

Registro HEPA-PCI: impacto del pretratamiento con heparina en la permeabilidad coronaria inicial en el IAMCEST

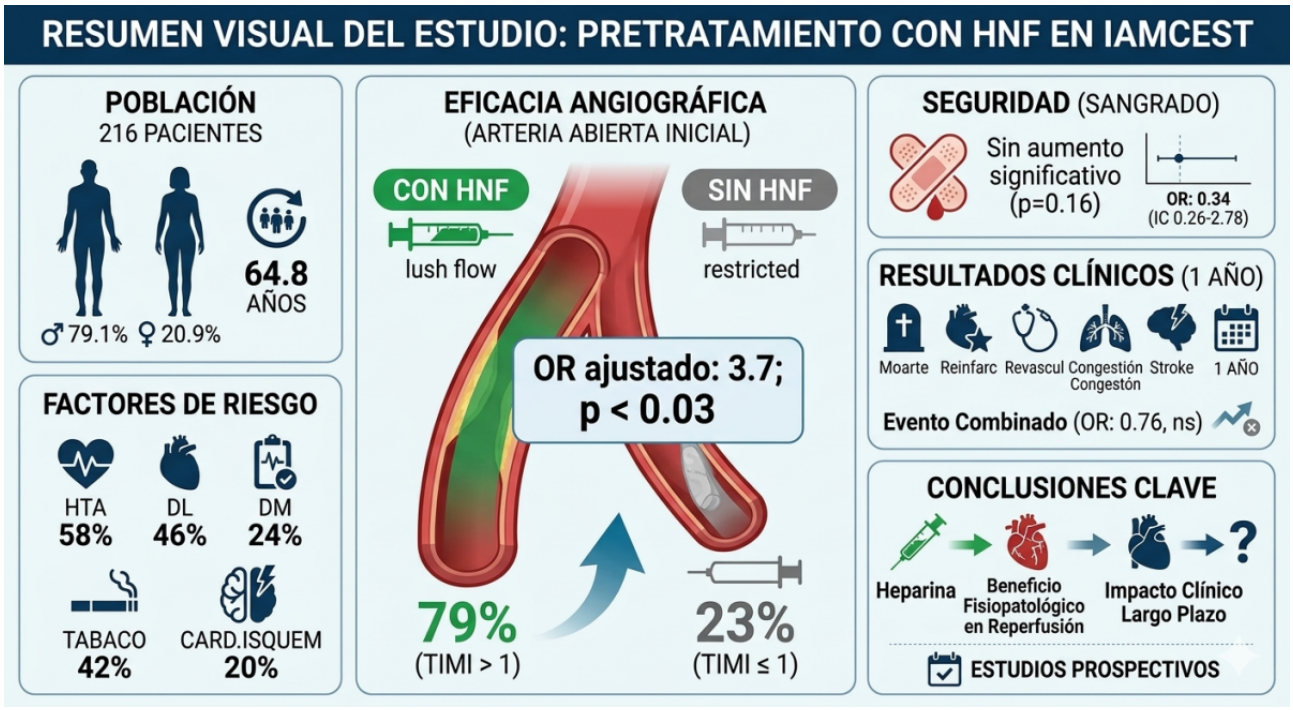
Rafael Cantisán Campillos(1), Celia González Peramato Muro(1), David Chipayo Gonzales(1) y Juan Carlos Rama Merchán(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres - España

Introducción: El papel del pretratamiento anticoagulante en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) continúa siendo controvertido. La administración precoz de heparina no fraccionada (HNF) antes del cateterismo podría favorecer la permeabilidad coronaria inicial y limitar el daño miocárdico, aunque la evidencia clínica actual es limitada. El objetivo fue analizar la asociación entre el pretratamiento con 70-100 UI/Kg de HNF y la presencia de arteria abierta al inicio del procedimiento, asi como su relación con la aparición de un evento combinado clínico a los 12 meses.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico que incluyó a pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria. Se comparó pretratamiento con HNF (70-100 UI/kg) antes de la coronariografía frente a la ausencia de este. La arteria abierta se definió como flujo TIMI > 1 inicial. El evento combinado clínico a 12 meses incluyó: muerte de causa cardiovascular, reinfarto, necesidad de revascularización, insuficiencia cardiaca aguda o ictus. Se empleó un modelo multivariable (OR; IC 95%).

Resultados: Se incluyeron 216 pacientes (64,8±12,8 años; 79,1% varones). Factores de riesgo: hipertensión (57,7%), dislipemia (46,1%), diabetes (23,7%) y tabaquismo (42,3%). El 19,9% tenía cardiopatía isquémica previa y el 43% infarto anterior. El tiempo medio de evolución fue 6,7±7,8 horas. La mayoría ingresó en Killip I (73,5%), con afectación multivaso en el 37,7% (DA culpable 46,6%). Tras realizar el ajuste multivariable, la HNF se asoció independientemente con mayor tasa de arteria abierta inicial (79% vs. 23%; OR: 3,7; IC 95%: 1,15-5,76; p < 0,03). Al año, el evento combinado mostró una tendencia favorable no significativa (OR: 0,76; IC 95%: 0,19–6,76; p=0,71). No se objetivaron diferencias significativas en la tasa de sangrados.

Conclusiones: El pretratamiento con HNF se asocia de forma independiente con mayor permeabilidad inicial de la arteria culpable sin aumentar sangrados. Aunque no hubo reducción significativa en el evento combinado de mortalidad cardiovascular y morbilidad al año, la mejora del flujo coronario precoz sugiere un beneficio fisiopatológico relevante. Se precisan estudios aleatorizados de mayor potencia para confirmar si esta ventaja mejora el pronóstico clínico a largo plazo de estos pacientes.



Resultados

Variable	OR (Pre HNF vs No preHNF)	IC	p
Flujo timi 1 o mayor	3,7	1,15-5,76	0,03
End point compuesto	0,76	0,19-6,76	0,71
Mortalidad CV	0,89	0,21-4,53	0,67
Re-IAM.	0,60	0,21-5,20	0,51
IC	0,91	0,41-3,78	0,10
ICTUS	1,41	0,33-6,71	0,81
SANGRADOS	0.34	0.26-2.78	0.16

Tabla 1. Resultados