

# Intervencionismo en el SCACEST evolucionado

Marcel Almendárez

Cardiología - Hemodinámica

Hospital Universitario Central de Asturias

**SAC** 27 y 28  
mayo **2022**

# Introducción

- ▶ Presentación tardía > 12 horas del inicio de síntomas
  - ▶ Isquemia persistente.
  - ▶ Estables y asintomáticos.
- ▶ Frecuencia actual en torno a un 12-16%
- ▶ Controversia en cuanto al beneficio clínico (MACE)
- ▶ Mayor beneficio desde el punto de vista de imagen

# Introducción

- ▶ ¿Por qué 12 horas?
  - ▶ Derivado de estudios clásicos de fibrinólisis sin evidencia en la supervivencia.
  - ▶ Mayor sangrado.
  - ▶ Modelos animales perdiendo todo el territorio en riesgo de 12 horas.
- ▶ Es aplicable a ICP primaria?
  - ▶ Períodos temporales de perfusión
  - ▶ Precondicionamiento isquémico
  - ▶ Colaterales
  - ▶ Ambigüedad en el inicio de los síntomas

# ¿En quienes deberíamos tratar?

Recomendación Guías ESC 2017	Clase	Nivel
Para pacientes con síntomas más de 12 h, está indicada la estrategia de ICP primaria en presencia de síntomas compatibles con isquemia, inestabilidad hemodinámica o arritmias potencialmente mortales.	I	C
Debe considerarse la estrategia sistemática de ICP primaria para pacientes que tardan en presentarse tras la aparición de los síntomas (12-48 h).	Ila	B
Para pacientes asintomáticos, no está indicada la estrategia sistemática de ICP de una ARI ocluida más de 48 h tras la presentación del IAMCEST.	III	A

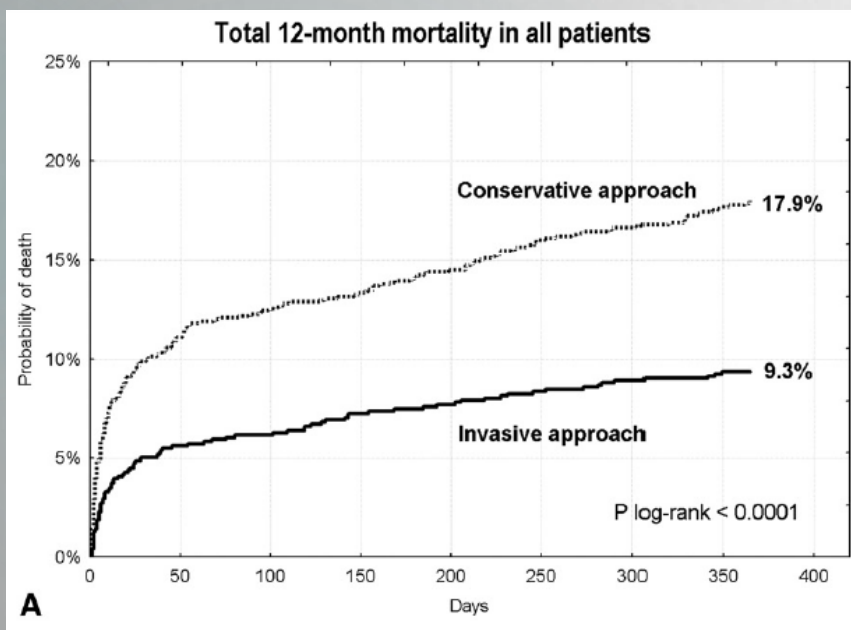
Recomendación Guías AHA/ACC 2013	Clase	Nivel
Shock cardiogénico	I	B
Datos de isquemia miocárdica persistente	I	C
Arteria totalmente ocluida más de 24 horas en pacientes estables y asintomáticos	III	B

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.019>
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.049>, Rev Esp Cardiol. 2017;70:1039-1045

# Evidencia 12-24 horas

*The*  
American Journal  
of Cardiology.

Comparison of Invasive and Non-Invasive Treatment Strategies in Older Patients With Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock (from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes - PL-ACS)



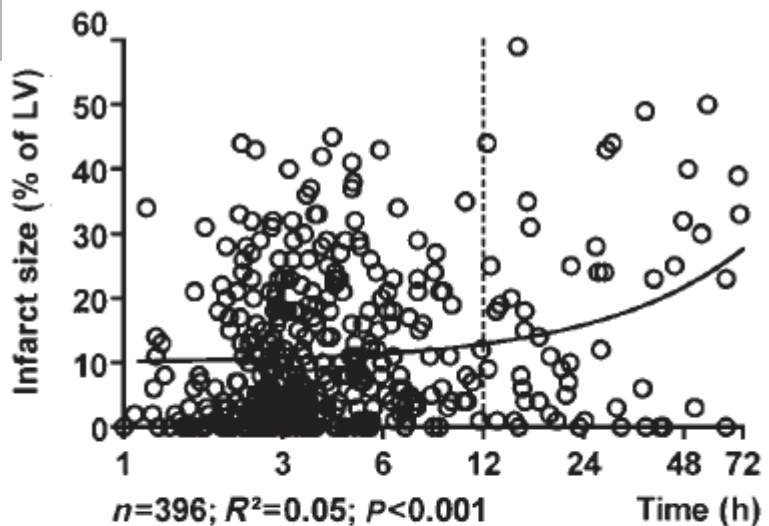
Registro PL-ACS 2006

N = 2036

PCI vs Médico en paciente Estable +/- dolor  
Propensity y Cox

# Tamaño de infarto 12 vs 72 horas

Mechan  
 Myocar  
 From Sy  
 A Randc

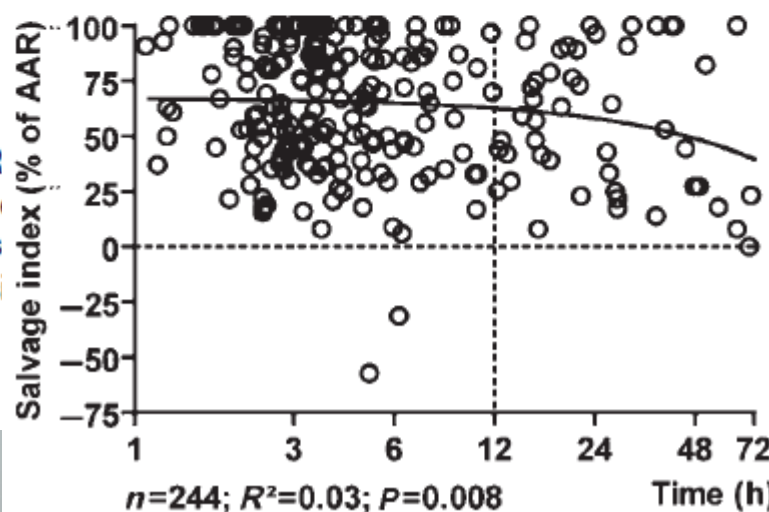


ment Strategy

ment Strategy

Infarct  
 angiop  
 for <12 h vs.

No. at R  
 Treatm  
 Cons  
 Invas



Rank  $P = .39$

75 90

167 166

162 162



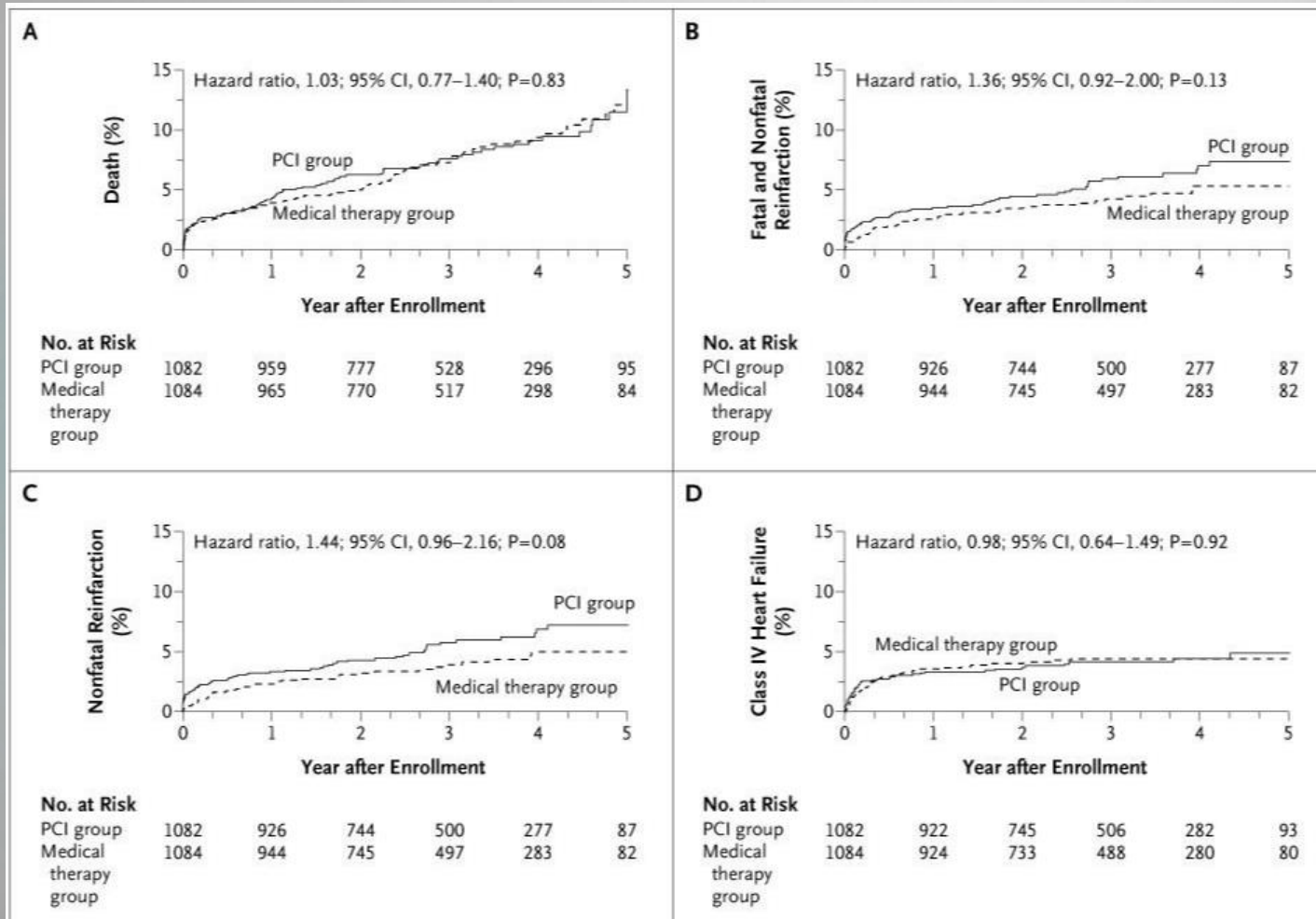
- ▶ BRAVE 2:
- ▶ 365 pacientes asintomáticos, 48 horas.
- ▶ Reducción -6.80% infarto por MIBI
- ▶ Seguimiento 4 años menos mortalidad

- ▶ Salvage:
- ▶ 396 pacientes con dolor, 72 horas.
- ▶ Tamaño de infarto 14 vs 7 %
- ▶ 41% con tejido importante para salvar



# > 48 horas

## Coronary Intervention for Persistent Occlusion after Myocardial Infarction



- ▶ OAT trial 2006
- ▶ Randomizado 1082 vs 1084
- ▶ 3 - 28 días (8)
- ▶ Asintomáticos

# Contraindicación > 48 horas

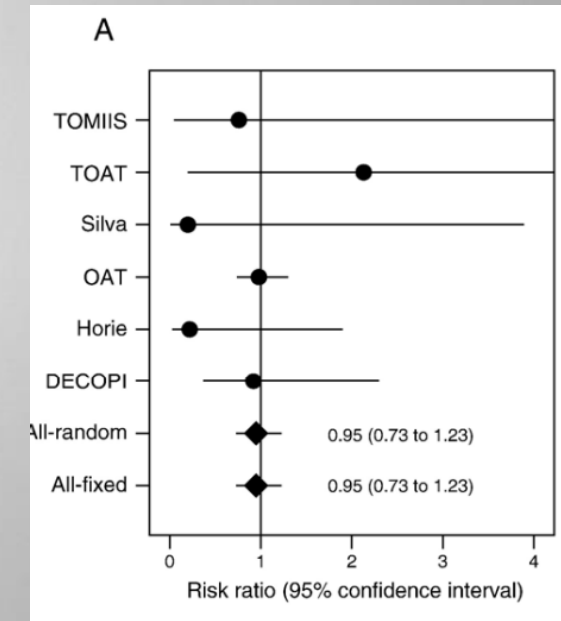
## Percutaneous coronary intervention for late reperfusion after myocardial infarction in stable patients



**Table III.** Summary effects for outcomes with PCI vs MED

Outcome	RE risk ratio (95% CI)	P	Q (I <sup>2</sup> )	FE risk ratio (95% CI)	P
Death	0.95 (0.73-1.23)	.69	3.35 (0)	0.95 (0.73-1.23)	.69
MI	1.26 (0.89-1.78)	.19	4.32 (0)	1.26 (0.89-1.78)	.19
Death or MI	0.99 (0.57-1.70)	.96	8.23 (39)	1.14 (0.92-1.41)	.23
CHF	0.67 (0.36-1.22)	.19	6.49 (23)	0.76 (0.54-1.08)	.13

- ▶ Metaanálisis Iodannis
- ▶ aleatorizados 2617 pacientes (6 estudios) 2007
- ▶ PCI vs médico estable +/- dolor 1-45 días





# Lagunas en la evidencia

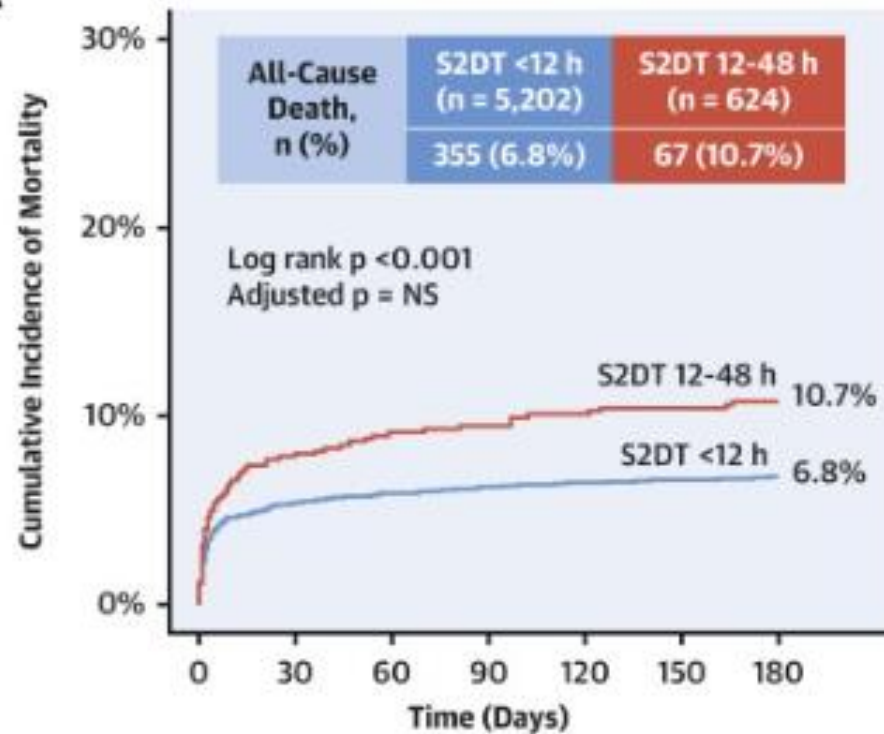
- ▶ Estudios muy antiguos
- ▶ No definen claramente el porcentaje que se manifiesta asintomático
- ▶ Ambigüedad en el tiempo de elección
- ▶ Objetivos muy diferentes
- ▶ Registros no aleatorizados

# Estudios mas actuales



Long-  
With  
ST-Seq  
P

A



infarction

# Conclusiones

- ▶ En los pacientes con un SCACEST > 12 horas de evolución:
  - ▶ Si síntomas >>> ICP primaria
  - ▶ Inestabilidad hemodinámica o sospecha de isquemia en curso>>> ICP primaria.
  - ▶ Menos de 24 horas asintomático, valorar realizar ICP para reducir tamaño de infarto.
  - ▶ 24 – 48 horas asintomático y arteria con flujo >>> ICP primaria.
  - ▶ 24 – 48 horas asintomático y sin flujo >>> poco beneficio ICP primaria.