



## 6011-4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON SCAEST CAUSADO POR EMBOLIA CORONARIA

Claudia Escabia Riera<sup>1</sup>, Edgar Fadeuilhe Grau<sup>1</sup>, Cristina Pérez Montoliu<sup>1</sup>, Raquel Adeliño Recasens<sup>1</sup>, Montserrat Gracida Blancas<sup>2</sup>, Eduardo Fernández Nofrerías<sup>1</sup>, Xavier Carrillo Suárez<sup>1</sup>, Victoria Vilalta del Olmo<sup>1</sup>, Xavier Armario Bel<sup>1</sup>, Lara Fuentes Castillo<sup>2</sup>, Joan Antoni Gómez Hospital<sup>2</sup>, Oriol Rodríguez Leor<sup>1</sup> y Antoni Bayés Genís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La embolia coronaria (EC) es una causa poco frecuente y poco estudiada de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST). El objetivo del estudio es describir las características clínicas, angiográficas, tratamiento y pronóstico en pacientes con SCAEST causado por EC.

**Métodos:** Análisis retrospectivo con identificación de casos de SCAEST debidos a EC (2007-2018) en dos hospitales terciarios de Cataluña. Descripción de las características clínicas, angiográficas y del tratamiento realizado. A partir de los casos identificados como SCAEST por EC, se ha generado una cohorte de controles 2:1 emparejados por edad, sexo y localización del infarto para estudiar la mortalidad en el seguimiento a 12 meses.

**Resultados:** La prevalencia de EC fue del 1,4%. Los pacientes con EC (n = 83) presentaban, de forma significativa, mayor edad, mayor proporción de mayor sexo femenino, menor intervencionismo coronario previo, mayor presentación con *shock* cardiogénico y menor extensión de la enfermedad coronaria. La angiografía coronaria mostró con mayor frecuencia flujo TIMI 0, se realizó menos intervencionismo coronario, alcanzando un menor grado de flujo TIMI 3 final. La etiología más frecuente fue la fibrilación auricular (FA) (48,2%) y la trombosis protésica (10,8%). En el análisis de casos y controles, los pacientes con EC presentaron mayor mortalidad en el año de seguimiento (HR 2,41, IC95% [1,08-5,37], p = 0,03).

**Conclusiones:** Los pacientes con SCAEST por EC presentaron un peor perfil clínico y angiográfico, con menor tratamiento de reperfusión, y con FA como causa más frecuente. El análisis de casos y controles mostró más del doble de mortalidad a 1 año en pacientes con EC.