



6011-3. DIFERENCIAS CLÍNICAS DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN FUNCIÓN DEL TIPO DE REVASCULARIZACIÓN

Felipe Díez-del Hoyo¹, Martín Negreira Caamaño², Iván Olavarri Miguel³, Pablo Díez-Villanueva⁴, María Thiscal López-Lluva⁵, Antonio Martínez-Guisado⁶, David Aritza Conty Cardona⁷, Joan Isaac Llaó Ferrando⁸, José Antonio Fernández-Sánchez⁹, Emilio Arbas Redondo¹⁰, Ander Arteagoitia Bolumburu¹¹, Paula María Mendoza Cuartero¹², María Martínez-Avial Silva⁴, Jéssica Vaquero Luna¹³, Laura Fuertes Kenneally¹⁴, Jesús Diz-Díaz¹⁵, Teresa Giralt-Borrell¹⁶, Borja Souto Cainzos¹⁷, Anna Carrasquer Cucarella¹⁸, Carolina Robles-Gamboa¹⁹, Jéssika González¹⁹, Gregorio²⁰ y Pedro Luís Cepas Guillén⁶

¹Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, ²Hospital General Universitario de Ciudad Real, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁴Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ⁵Complejo Asistencial Universitario, León, ⁶Hospital Clínic, Barcelona, ⁷Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ⁸Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid, ¹¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid, ¹²Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, ¹³Hospital Universitario de Araba, Vitoria, ¹⁴Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, ¹⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ¹⁶Hospital del Mar, Barcelona, ¹⁷Hospital Universitario A Coruña, ¹⁸Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, ¹⁹Hospital Universitario de Toledo y ²⁰Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan una revascularización quirúrgica en aquellos pacientes con estenosis significativa de tronco y/o 3 vasos con anatomía coronaria compleja. La evidencia de su beneficio en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es menor, así como de su uso en nuestro medio en este contexto.

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes (IMPACT-TIMING-GO), registro multicéntrico, observacional y prospectivo en 22 centros españoles. Se analizaron los datos del ingreso recogidos en el primer mes de inclusión, abril de 2022. Todos los pacientes fueron sometidos a manejo invasivo y tenían enfermedad coronaria causal. Se analizaron los datos según la estrategia revascularización.

Resultados: Se incluyeron 444 pacientes consecutivos con SCASEST de los que 391 se analizaron finalmente por disponer de datos completos sobre el tipo de revascularización. Globalmente el 93% de los pacientes se revascularizaron: un 92% percutáneamente y un 7,5% de manera quirúrgica (0,5% híbrido). Las principales variables se recogen en la tabla. Los pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria se habían pretratado menos con doble antiagregación plaquetaria (DAPT) (56 vs 74%; $p = 0,04$) y tenían mayor prevalencia de enfermedad de tronco (52 vs 10,5%, $p 0,001$), 3 vasos (85,2 vs 13,5%; $p 0,001$) y menor de arteria responsable ocluida (0 vs 16%; $p = 0,02$). En aquellos en los que se utilizaron *stents* (96,3%), en todos los casos se empleó uno farmacoactivo. La revascularización quirúrgica completa se logró en el 90,5% de los casos, aunque solo en un 40% fue completa arterial. Hubo más complicaciones no fatales (37 vs 11%; $p = 0,001$) y una mayor estancia hospitalaria ($5,6 \pm 4$ vs $15,25$ días; $p 0,001$) en el grupo de pacientes operados, aunque no hubo fallecimientos en los pacientes revascularizados.

Características basales y al ingreso en función del tipo de revascularización en pacientes con SCASEST

Variable	ICP (n = 328)	Cirugía coronaria (n = 27)	p
Edad (años)	64,5 ± 16 años	65,5 ± 17 años	0,77
Sexo (varón)	78,8%	76%	0,74
Diabetes	32,4%	40,7%	0,37
Ictus/Accidente isquémico transitorio	6,6%	6,8%	0,92
Insuficiencia renal (ClCr 60 ml/min)	10,7%	3,8%	0,49
ICP previa	25%	7,7%	0,05
IAMSEST	81%	81,5%	0,95
Troponina pico	5.096 ± 11.024 ng/l	6.551 ± 17.250 ng/l	0,54
Pretratamiento DAPT	74,3%	56%	0,04
Momento del cateterismo	55,2 ± 59 horas	38,2 ± 38 horas	0,12
Enfermedad tronco >50%	10,5%	52%	0,001
Enfermedad de 3 vasos	13,5%	85,2%	0,001
Arteria responsable ocluida	16%	0%	0,02
Revascularización completa	77,8%	90,5%	0,15
Uso de <i>stent</i> farmacoactivo	100%	-	-

Revascularización completa arterial	-	40%	-
FEVI	55 ± 9%	55 ± 8%	0,80
Complicaciones ingreso	11,2%	36,8%	0,001
Días de ingreso	5,6 ± 4,2	15,2 ± 5,5	0,001

ICP (intervención coronaria percutánea); ClCr (aclaramiento de creatinina); IAM (infarto de miocardio); DAPT (doble antiagregación plaquetaria; FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo).

Conclusiones: Un 7,5% de pacientes con SCASEST se revascularizan quirúrgicamente en nuestro medio. Aquellos con arteria responsable ocluida y pretratados con DAPT tienen menos probabilidad de someterse a cirugía. La estancia hospitalaria y las complicaciones intrahospitalarias de la cirugía coronaria son mayores, aunque también lo es la complejidad anatómica coronaria.