



6011-142. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE DEBUTA CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS?

Ana Delia Ruiz Duthil¹, Kristel Elizabeth Medina Rodríguez¹, Joffrey Eduardo Lujan Valencia¹, Pedro Caravaca Pérez¹, Alberto García Guerrero¹, Manuel Cassani Garza¹, Antonio Reina Toral² y Manuel Almendro Delia¹ del ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Las guías actuales recomiendan la revascularización precoz de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que se presenta con BCRIHH nuevo o presumiblemente nuevo. Describimos las características basales, terapéutica, complicaciones y pronóstico intrahospitalario de pacientes con SCA que debutan con BCRIHH (BRIn) vs SCA con elevación del segmento ST (STe).

Métodos: Examen prospectivo de pacientes incluidos en el registro ARIAM andaluz entre 2001 y 2012, estableciendo dos grupos en función de la presentación del SCA, con STe vs BRIn. Se realizó una regresión logística para la identificación de variables pronóstico de mortalidad.

Resultados: Se identificaron 666 pacientes con BRIn y 20785 STe de un total de 21451 casos analizados. Característicamente, los pacientes en el grupo BRIn fueron mayores (73 ± 9 vs 63 ± 12 años), con mayor prevalencia de diabetes (46,4% vs 29%), hipertensión arterial (65% vs 48%), infarto previo (28,7% vs 11,8%), insuficiencia cardiaca (15% vs 2,2%), ictus (9,9% vs 5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6,5% vs 3,2%) e insuficiencia renal crónica (2,4% vs 0,9%), con $p < 0,001$. Al ingreso, en el grupo BRIn hubo más casos con clasificación Killip-Kimball ≥ 2 (48,3% vs 21,5%; $p < 0,01$), desarrollaron más *shock* cardiogénico (13,2% vs 7,3%; $p < 0,01$) y precisaron más ventilación mecánica (10,4% vs 6%; $p < 0,01$). Asimismo se revascularizaron significativamente menos mediante ICP 1º (5,7% vs 12,9%), no existiendo diferencias en cuanto a fibrinólisis (64,3% vs 61,9%; $p = \text{NS}$). El análisis multivariado de mortalidad mostró para el BRIn una OR de 1,109 [0,877-1,403]; $p = \text{NS}$.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con SCA que debutaron con BRIn presentaron globalmente peor perfil cardiovascular basal y evolución intrahospitalaria. No existen diferencias significativas en cuanto al empleo de fibrinólisis como estrategia de reperfusión. El BRIn no se comporta como predictor independiente de mortalidad.