Rev Esp Cardiol. 2012;65 Supl 3: 243

Revista Española de Cardiología

6000-173. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST MANEJADOS EN BASE A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DE UN ÚNICO CENTRO

Ana Muñiz Lozano, Ana Blasco, Leire Goicolea, Susana Mingo, Luis Nombela, José Ramón Domínguez, Juan Fran Oteo y Javier Goicolea del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) y Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción: Los recientes avances en el tratamiento del SCACEST se han demostrado eficaces para mejorar el pronóstico clínico en estudios prospectivos pero su impacto en la práctica habitual se desconoce. Hemos analizado nuestra experiencia con un protocolo de tratamiento contemporáneo del SCACEST que implica la utilización rutinaria y sistemática de la angioplastia primaria (ICPP) por vía radial, en el contexto de una red asistencial, tromboaspiración (TA) y tto médico de acuerdo con las guías actuales.

Métodos: Analizamos 890 SCACEST consecutivos con seguimiento medio de 2,4 años (1-6 años) con sólo un 1% de pérdida, tratados con ICP primaria (85% de ingresos por SCACEST). Los datos clínicos, analíticos, angiográficos y de la ICPP se recogieron prospectivamente. Se analiza: mortalidad (M), mortalidad cardiovascular (MC) y una variable compuesta: angina, infarto, revascularización o MC (MACE). Se realizó el análisis multivariante de Cox.

Resultados: Edad: 61 años (22-97 años), 80% varones. Tabaquismo (71%), HTA (48%), DM (21%), y DL (39%); 12% presentaban cardiopatía isquémica previa (CIP), 16% en tto antiagregante y 3% anticoagulante (ACO). T.º síntomas-balón 230' (165'-335') y puerta-balón 72' (48'-103'). Killip al ingreso: I 78%, II 13%, III 2% y IV 7%. Se realizó TA al 79% y se obtuvo trombo macroscópico en el 61%. En el 90% se utilizó la vía radial. Se administró anti IIb-IIIa al 75% (65% eptifibatide y 35% abciximab). TIMI final: 0 3%, I 3%, II 11%, III 83% y TMPG: 0 7%, 1 6%, 2 71%, 3 17%. FEVI 35% en el 10% de pacientes al alta. La M a 1, 2 y 3 años (8,7%, 10,9% y 13,3% respectivamente) y la MC (6,5%, 7,2% y 8,6%) no se asociaron con MACE. Re-IAM y TLR 6,1% y 6,2% respectivamente. Las variables asociadas con MACE fueron: HTA (RR 1,4), TA no exitosa (RR 1,4) -mayor frecuencia de angina, re IAM y TLR-, CIP (RR 1,6), FEVI 35% (RR 2,1), y Killip III-IV (RR 3,1). Las variables asociadas con la M y con la MC fueron: edad (MC: RR 1,1; M: RR 1,1), FEVI 35% (MC: RR 3,4; M: RR 2,8), Killip III-IV (MC: RR 5,8; M: RR 4,2), y ACO previa (MC: RR 3,1; M: RR 2,6).

Conclusiones: Los principales factores predictores de M en la cohorte de SCACEST, manejados según las recomendaciones de las guías, fueron: la clase Killip y la FEVI al alta. La edad y la ACO crónica también influyeron en la M, probablemente por comorbilidades. La CIP, la HTA y la TA no exitosa, además de la clase Killip y la FEVI, se asociaron con MACE.