



## 4035-4. PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SCASEST Y AUSENCIA DE LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS

Teresa Lozano Palencia<sup>1</sup>, Juan Miguel Ruiz Nodar<sup>1</sup>, Ángel Cequier Fillat<sup>2</sup>, Armando Betherncourt<sup>3</sup>, Joan Torres Marqués<sup>4</sup>, Francisco González Llopis<sup>5</sup>, Laura Niosi<sup>1</sup> y César Morís de la Tassa<sup>6</sup> del <sup>1</sup>Hospital General Universitario, Alicante, <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), <sup>3</sup>Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears), <sup>4</sup>Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Balears), <sup>5</sup>Hospital Virgen de la Salud, Elda (Alicante) y <sup>6</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Existen pocos datos en relación con el pronóstico clínico de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) y coronariografía sin lesiones significativas (LS). El objetivo de este estudio fue evaluar el pronóstico de los pacientes con coronarias sin LS incluidos en un registro multicéntrico español.

**Métodos:** En el registro se incluyeron 1.133 pacientes consecutivos con SCASEST, de los que 687 (60,6%) fueron evaluados mediante coronariografía. Los pacientes fueron divididos en cuatro grupos de acuerdo a los hallazgos angiográficos: 102 (14,8%) (grupo 1) mostraron coronarias sin LS, 222 (32,3%) (grupo 2), enfermedad de un vaso, 176 (25,6%) (grupo 3) enfermedad de dos vasos y 187 pacientes (27,2%) (grupo 3) enfermedad de tres vasos o de tronco común izquierdo. Se analizaron las características clínicas, la mortalidad total y los eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM = muerte, infarto o revascularización) al año del ingreso índice.

**Resultados:** Los pacientes del grupo 1 (sin LS) fueron más jóvenes que la población con lesiones obstructivas ( $64,8 \pm 10,6$  frente a  $67,4 \pm 11,4$  años,  $p = 0,034$ ). No se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, salvo la de diabetes, menor en la población sin LS (23,5 frente al 34,7%,  $p = 0,016$ ). La puntuación media según las escalas de riesgo TIMI y GRACE fue inferior en los pacientes sin LS (TIMI  $2,43 \pm 1,17$  frente a  $3,22 \pm 1,30$ ,  $p < 0,001$ ; GRACE  $121,4 \pm 29,3$  frente a  $129,2 \pm 33,5$ ,  $p = 0,028$ ). Al alta, los pacientes sin LS fueron tratados de forma menos óptima de acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica para prevención secundaria: AAS (72 frente al 93,8%,  $p < 0,001$ ), clopidogrel (32 frente al 84,8%,  $p < 0,001$ ), bloqueadores beta (45 frente al 78,7%,  $p < 0,001$ ), IECAs (30 frente al 44,3%,  $p = 0,008$ ) y estatinas (62 frente al 88,7%,  $p < 0,001$ ). La mortalidad al año para los grupos 1, 2, 3 y 4 fue respectivamente 2,1%, 2,4%, 6% y 10,7% ( $p = 0,001$ ) y los ECAM 2,1%, 9,9%, 11,4% y 21,3% ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** los pacientes con SCASEST sin LS en la coronariografía muestran similar mortalidad al año que aquellos con enfermedad de un vaso; sin embargo, su pronóstico en cuanto a ECAM es más favorable que el de la población con enfermedad obstructiva, a pesar de recibir medidas de prevención secundaria menos adecuadas.