



## 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 Duthil<sup>1</sup>, Kristel Elizabeth Medina Rodríguez<sup>1</sup>, Joffrey Eduardo Lujan Valencia<sup>1</sup>, Pedro Caravaca Pérez<sup>1</sup>, Alberto García Guerrero<sup>1</sup>, Manuel Cassani Garza<sup>1</sup>, Antonio Reina Toral<sup>2</sup> y Manuel Almendro Delia<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla y <sup>2</sup>Hospital 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 ( $73 \pm 9$  vs  $63 \pm 12$  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  $\geq 2$  (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 1° (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.