



6014-183. CORONARIOGRAFÍA URGENTE FRENTE A DIFERIDA EN LA MUERTE SÚBITA RECUPERADA. IMPACTO PRONÓSTICO

Carlos Ferrera Duran¹, Pablo Salinas Sanguino¹, Cristina Fernández Pérez², María José Pérez-Vizcayno¹, María Teresa Nogales Romo¹, Carlos Macaya Miguel¹, Antonio Fernández Ortiz¹ y Ana Viana Tejedor¹ del ¹Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid y ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La muerte súbita (MS) constituye un problema sanitario de primer orden que requiere rapidez y precisión diagnóstico-terapéutica. La causa más frecuente de MS es el síndrome coronario agudo (SCA). Fuera del escenario del SCA con elevación del ST (SCACEST) y el *shock* cardiogénico, no existen recomendaciones formales sobre el momento óptimo para realización de coronariografía (CG) en pacientes con posible origen cardiológico de la MS. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto pronóstico de la realización de una CG urgente en pacientes recuperados de una MS, tras haber descartado SCACEST y un origen no cardiológico.

Métodos: Analizamos 212 pacientes con MS recuperada y electrocardiograma no diagnóstico tras la recuperación del pulso, recogidos de forma prospectiva y consecutiva desde abril-2004 hasta enero-2015 en un hospital terciario. Se excluyeron 45 pacientes en *shock* cardiogénico con indicación de CG urgente. Los restantes 167 pacientes constituyen nuestra población de estudio. Se clasificaron en 2 grupos: grupo I (n = 56), en los que se realizó CG urgente; grupo II (n = 111), en los que se realizó CG diferida, tras estabilización clínica.

Resultados: La edad fue mayor en los pacientes del G-II, así como la prevalencia de hipertensión, dislipemia, diabetes y consumo de tabaco (tabla). No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos, la presencia de cardiopatía isquémica previa y la proporción relativa del primer ritmo en parada cardiorrespiratoria (tabla). La CG encontró ausencia de enfermedad coronaria en una proporción similar de pacientes en ambos grupos (48,2% frente a 35,1%, p = 0,103). La presencia de enfermedad grave de tronco (3,6% frente a 9,9%, p = 0,223) y 3 vasos (7,1%, frente a 10,8%, p = 0,240) fue similar en ambos grupos. En la evolución, no hubo diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria (21,4% frente a 11,8%, p = 0,102) y la mortalidad al año (5% frente a 15,7%, p = 0,146). Tras el ajuste multivariado, la realización de CG urgente no mostró asociación significativa con la mortalidad (p = 0,419).

Características basales y primer ritmo en parada

Variables	Grupo I (CG urgente) (N = 56)	Grupo II (CG diferida) (N = 111)	p

Varones	73,2% (41)	69,4% (77)	0,606
Edad (media)	59,2 (14,7)	65,1 (13,4)	0,010
Referido de otro centro	10,7% (6)	36% (40)	0,001
Hipertensión	44,6% (25)	66,7% (74)	0,006
Hiperlipemia	30,4% (17)	46,8% (52)	0,041
Diabetes	17,9% (10)	39,6% (44)	0,004
Hábito tabáquico	35,7% (20)	61,3% (68)	0,002
Obesidad	28,6% (6)	18,9% (21)	0,156
Enfermedad vascular periférica	8,9% (5)	13,5% (15)	0,389
Infarto previo	23,2% (13)	26,1% (29)	0,682
Cirugía cardiaca previa	5,4% (3)	12,6% (14)	0,143
Ritmo en parada			
Fibrilación ventricular	73,2% (41)	68,2% (75)	0,917
Asistolia	16,1% (9)	20% (22)	
Taquicardia ventricular	8,9% (5)	9,1% (10)	
Otros	1,8% (1)	2,7% (3)	
Fracción de eyección (media)	49,5 (16,2)	53,2 (17,9)	0,241
Angioplastia urgente	25% (14)	13,5% (15)	0,064

Conclusiones: Aunque la CG constituye una herramienta esencial en el manejo de pacientes con MS recuperada, su realización precoz no supone un beneficio significativo en la reducción de la mortalidad intrahospitalaria y al año en estos pacientes. Serían necesarios estudios aleatorizados para determinar con

exactitud su beneficio potencial en el escenario de la MS.