



6015-254. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿PRECOZ O DIFERIDA? ESTUDIO CIRCO-SCA

Teresa López Sobrino, Noelia Rojo Prieto, Rut Andrea Riba, Jany Rodríguez Londres, Guillem Caldentey Adrover, Eduard Quintana Obrador, Manel Castellá Pericas, Xavier Bosch Genover y José Tomás Ortiz Pérez, del Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El riesgo trombótico de retirar los inhibidores del P2Y12 (P2Y12i) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que requieren revascularización quirúrgica, se debe balancear con la reducción del riesgo hemorrágico posoperatorio. El objetivo del estudio es analizar si la estrategia de retirar los P2Y12i difiriendo la cirugía, es segura.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo monocéntrico de pacientes ingresados por SCA con indicación quirúrgica. Clasificados en 2 grupos en función de la estrategia adoptada: «Precoz» o «Diferida» según si la cirugía se realizó bajo efecto del P2Y12i o no. El objetivo primario fue un combinado de evento isquémico perioperatorio grave distinto del que motivó el ingreso, muerte hospitalaria y sangrado mayor. Los objetivos secundarios fueron tiempos de ingreso y necesidades transfusionales.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes durante 3 años. La mortalidad total fue del 4% (8), la posoperatoria del 3,7% (6). Durante la espera hasta la intervención fallecieron 2 pacientes, 7 presentaron eventos isquémicos graves (1 angor refractario a balón de contrapulsación, 3 IAMEST, 3 FV recuperada) y 2 requirieron modificación a estrategia percutánea. Se optó por estrategia precoz en 15,8% (31) y por diferida en 84,2% (165). Los pacientes intervenidos precozmente presentaban mayor gravedad (EuroSCORE II [10,67 frente a 5,01, $p = 0,001$] y Killip III-IV [36 frente a 15%, $p = 0,048$]). No existieron diferencias significativas en el objetivo primario (25,8% [8] frente a 17% [28], precoz frente a diferida, $p = 0,261$). No existieron diferencias en mortalidad (9,7% [3] frente a 3% [5], $p = 0,127$), sangrado mayor (12,9% [4] frente a 11,8% [19], $p = 0,864$), reapertura esternal (16,1% [5] frente a 8,7% [14], $p = 0,232$), requerimiento transfusional de hematíes (4,4 frente a 3,7 concentrados, $p = 0,576$) o tiempo medio de ingreso (20,5 frente a 28 días, $p = 0,11$) entre estrategia precoz y diferida. La estrategia precoz se asoció a más eventos isquémicos graves posoperatorios (16,1% [5] frente a 1,9% [3], $p = 0,002$), mayor requerimiento transfusional de plaquetas (1,4 frente a 0,4 unidades, $p = 0,002$) y menor periodo de espera hasta la cirugía (3,7 frente a 12,2 días, $p = 0,001$).

Tabla de características basales de ambos grupos

Características basales	Precoz (N = 31)	Diferida (N = 165)	Sig
-------------------------	-----------------	--------------------	-----

Sexo masculino	80,6% (25)	80,6% (133)	0,996
Edad media	65,5	65,7	0,935
HTA	74,2% (23)	80% (132)	0,475
Diabetes mellitus	45,2% (14)	57% (94)	0,226
Dislipemia	71% (22)	64,8% (107)	0,505
Creatinina al ingreso	1,05	1,15	0,504
Tipo de síndrome coronario agudo			0,148
Angina inestable	12,9% (4)	27,3% (45)	
IAMSEST	64,5% (20)	58,8% (97)	
IAMCEST	22,6% (7)	13,9% (23)	
Lesión tronco común > 50%	77,4% (24)	60% (99)	0,058
Sustitución valvular asociada	6,4% (2)	13,3% (22)	0,512
Tirofibán como terapia puente	19,4% (6)	8,5% (14)	0,09
GRACE	169	154	0,061
KILLIP			0,048
I-II	64% (20)	85% (141)	
III-IV	36% (11)	15% (24)	
CRUSADE	32	31	0,802

EuroSCORE II

10,67

5,01

0,001

Conclusiones: La estrategia de intervención diferida es segura en pacientes con SCA. Intervenir precozmente casos de alto riesgo no resulta en mayor mortalidad o sangrados, pero sí en más eventos isquémicos posoperatorios graves y transfusión de plaquetas.