Rev Esp Cardiol. 2021;74(Supl 1): 180

Revista Española de Cardiología

6009-5. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Alejandro Gómez González, Luis López Flores, Néstor García González, Gloria del Rocío Padilla Rodríguez, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El tiempo hasta la coronariografía diagnóstica en pacientes que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), se plantea como uno de los principales factores pronósticos en los pacientes de mayor riesgo.

Métodos: Incluimos los pacientes ingresados en la unidad coronaria de un hospital de 3er nivel desde enero-2011 hasta abril-2021 por SCASEST. Nos planteamos examinar si las características clínicas de los pacientes en los que se realiza coronariografía precoz (Cp), aquella que se lleva a cabo en las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas, difieren de aquellos en los que se realiza más tardíamente. Asimismo, analizamos los resultados clínicos obtenidos según la estrategia.

Resultados: Se incluyeron 811 pacientes (73,4% varones y 26,6% mujeres), de 65 años de edad media, en los que 229 (28,2%) de ellos se realizó coronariografía precoz. Inicialmente, encontramos más fumadores (44,5%vs 32,8, p = 0,006), mayor frecuencia de cambios electrocardiográficos de riesgo (descenso ST > 2 mm en 2 derivaciones contiguas, elevación transitoria del segmento ST, patrón de tronco) (p = 0,000), mayor necesidad de fármacos ionotrópicos (14,5 vs 9,6%, p = 0,045), peor Killip-Kimball (KK) durante la estancia hospitalaria (p = 0,002), así como mayor frecuencia de *shock* cardiogénico (p = 0,005) entre los pacientes en los que se realizó Cp. Aunque la mortalidad intrahospitalaria fue superior en los pacientes en los que se realizó Cp, no se halló una diferencia estadísticamente significativa. No se obtuvieron diferencias en los demás factores de riesgo cardiovasculares, historia previa de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus, revascularización coronaria, presentación KK inicial, ni FEVI poscateterismo.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que en pacientes que ingresan por SCASEST, realizamos con mayor frecuencia Cp en pacientes con peor pronóstico (alteraciones patológicas en el ECG inicial, mayor frecuencia de soporte con inotrópicos y peor KK durante el ingreso hospitalario), sin observarse diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria ni en la FEVI poscateterismo.