



8. CARGA ATEROESCLERÓTICA CORONARIA Y REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Samuel del Castillo García, J. Ignacio Iglesias Gárriz, Javier Vara Manso, José Félix Corral Fernández, Carmen Garrote Coloma, María Elena Tundidor Sanz, David Alonso Rodríguez, Enrique Sánchez Muñoz, María Fernández González, Javier Maíllo Seco, Mónica Domínguez Barriales, Silvia Marcos Rey, Rosana Blanco Gutiérrez y Felipe Fernández Vázquez

Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario, León, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Alrededor del 30% de los pacientes hospitalizados con diagnóstico inicial de síndrome coronario agudo (SCA) no precisan revascularización coronaria. En los pacientes con enfermedad coronaria estable la cuantificación del calcio coronario como medida indirecta de la carga aterosclerótica coronaria (CAC) es una herramienta establecida para evaluar el riesgo cardiovascular, si bien este concepto no ha sido desarrollado en el paciente con SCA. El objetivo del estudio es investigar si la escala de calcio coronario (CCS) puede ayudar a identificar a aquellos pacientes que no se beneficiarían de un estudio hemodinámico (EHD) invasivo y una revascularización.

Métodos: De manera prospectiva se incluyeron 152 pacientes hospitalizados en nuestro centro con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). El CCS se determinó antes de la angiografía coronaria invasiva.

Resultados: En total, 102 pacientes (67,1%) fueron sometidos a revascularización (82 percutánea y 20 quirúrgica). Los pacientes asignados a tratamiento médico eran de mayor edad: 68,3 (11,1) vs 64,7 (10,3) años, $p = 0,049$, más frecuentemente mujeres (40,0 vs 21,6%, $p = 0,028$) y con mayor prevalencia de hipertensión arterial (70,0 vs 52,0%, $p = 0,052$). Los pacientes que no se sometieron a revascularización coronaria presentaban menos desviación del segmento ST: 26,0 vs 52,9%, $p = 0,003$, y niveles más bajos de hs-troponina T tanto al ingreso: 12,0 ng/L (IQR 9,1/30,5) vs 36,7 ng/L (IQR 13,9/196,8), $p = 0,001$ como durante la hospitalización: 17,4 ng/L (IQR 9,9/90,8) vs 80,0 ng/L (IQR 29,4/463,4), $p = 0,001$. El CCS fue inferior en los pacientes no revascularizados: 70,5 (IQR 3,8/248,8) vs 319,5 (IQR 69,3/846,8). En un modelo de regresión logística LASSO (revascularización: variable dependiente), se incluyeron como predictores las siguientes variables: edad ($p = 0,008$), diabetes mellitus ($p = 0,041$), CCS ($p = 0,001$), desplazamiento del segmento ST ($p = 0,033$), hipertensión arterial ($p = 0,207$) y hs-troponina al ingreso ($p = 0,123$). El estadístico C de este modelo fue de 0,87 (0,81-0,93), con una sensibilidad de 0,80 (0,62-0,92), una especificidad de 0,85 (0,70-0,98), un valor predictivo positivo de 0,92 (0,86-0,99) y un valor predictivo negativo de 0,66 (0,53-0,81).

Características basales de ambos grupos

Total N = 152	Tto médico (n = 50), 67,1%	Tto revascularizador (n = 102); 32,9%	p
Edad en años (DE)	68,3	64,7 (10,3)	0,049
Sexo (mujer)	40%	21,6%	0,028
HTA (%)	70%	52%	0,052
Desviación del segmento ST (%)	26,0%	52,9%	0,003
Hs-troponina T (RIQ) ng/L	12,0 ng/L (9,1/30,5)	36,7 (13,9/196,8)	0,001
Calcio Score Coronario en UA (RIQ)	70,5 UA (3,8/248)	319,5 UA (69,3/846,8)	0,001

DE: desviación estándar; RIQ: rango intercuartílico; UA: unidades Agatston.

Conclusiones: La evaluación del CCS al ingreso en pacientes diagnosticados de SCA discrimina con precisión a los pacientes que precisarían de un EHD y una revascularización coronaria urgente.