



6032-5. FACTORES PREDICTORES DE FENÓMENOS TROMBÓTICOS CORONARIOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST Y MANEJO INVASIVO: ¿HAY ESPACIO PARA EL PRETRATAMIENTO?

Emilio Arbas Redondo¹, Alfonso Jurado Román¹, Isabel Dolores Poveda Pinedo¹, Daniel Tébar Márquez¹, Artemio García Escobar¹, Santiago Jiménez Valero¹, Guillermo Galeote García¹, Borja Rivero Santana¹, Andrea Severo Sánchez¹, Juan Ramón Rey Blas¹, Eduardo R. Armada Romero¹, Ángel García García², Rosa González Davia³, José Raúl Moreno Gómez¹ y Esteban López de Sá y Areses¹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid. ³Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque la evidencia disponible hasta la fecha sobre el pretratamiento (administración del inhibidor del receptor plaquetario P2Y₁₂ antes de la coronariografía) no es favorable en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), una buena selección de estos pacientes en base a características fácilmente evaluables al ingreso podría ayudar a la hora de decidir si pretratar o no, con el objetivo de minimizar los potenciales fenómenos trombóticos, sobre todo cuando se realiza intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio observacional con pacientes ingresados por SCASEST remitidos a coronariografía. Se analizó la asociación de variables clínicas y derivadas de exploraciones complementarias al ingreso con la presencia de fenómenos trombóticos coronarios (trombo en la angiografía, fenómeno de no-*reflow* durante la ICP, uso de anti-IIb/IIIa como rescate o trombosis aguda del *stent*).

Resultados: Se analizaron 198 pacientes con SCASEST, con una edad media de 66,9 ± 12,2 años. El cateterismo se realizó por acceso arterial radial o cubital en 170 pacientes (85,9%) y en las primeras 24 horas en el 55,1%. Se observaron lesiones coronarias obstructivas en 133 pacientes (67,2%), realizándose ICP en 124 (62,6%) y cirugía en 4 (2,0%). La elevación de marcadores de daño miocárdico, como la troponina I ultrasensible (TnI-hs), el descenso del ST en el ECG y las alteraciones segmentarias de la contractilidad en el ecocardiograma al ingreso se asociaron de forma estadísticamente significativa con la presencia de fenómenos trombóticos coronarios (tabla). Mediante ajuste por análisis multivariante, el hecho de presentar un descenso del ST en el ECG al ingreso mostró una OR = 3,0 (1,1-8,7) para fenómenos trombóticos, mientras que un incremento > 6.000 ng/l entre dos determinaciones seriadas de TnI-hs separadas al menos 3 horas alcanzó una OR = 4,4 (1,3-14,1).

Asociación de variables clínicas y de exploraciones complementarias al ingreso con fenómenos trombóticos coronarios (carga de trombo coronario ? TIMI 1, no-reflow, uso de anti-IIb/IIIa de rescate o trombosis aguda del *stent*)

Variable	Fenómenos trombóticos (n = 26)	No fenómenos trombóticos (n = 170)	p
Edad (años)	67,5 ± 2,2	66,8 ± 0,9	0,772
Hipertensión arterial	18 (69,2%)	121 (70,4%)	0,908
Dislipemia	17 (65,4%)	105 (61,1%)	0,672
Diabetes mellitus	11 (42,3%)	53 (30,8%)	0,243
Tabaquismo activo	4 (15,4%)	31 (18,0%)	0,742
Angioplastia previa	8 (30,8%)	54 (31,4%)	0,949
Fibrilación auricular	2 (7,7%)	20 (11,7%)	0,546
Dolor torácico típico	22 (84,6%)	137 (80,6%)	0,625
Elevación de TnI-hs	25 (96,2%)	1 (3,4%)	0,007*
Incremento de TnI-hs en dos determinaciones seriadas > 3 horas (ng/ml)	8.893,2 ± 4.639,1	2.104,3 ± 571,3	0,007*
Creatinina sérica al ingreso (mg/dl)	1,13 ± 0,16	1,03 ± 0,04	0,455
Descenso del ST	9 (34,6%)	24 (14,0%)	0,009*
Elevación transitoria del ST	2 (7,7%)	8 (4,7%)	0,514
Ondas T negativas	9 (34,6%)	37 (21,6%)	0,145
Alteraciones segmentarias de la contractilidad de nueva aparición en ecocardiograma	13 (50,0%)	44 (27,2%)	0,019*

FEVI 50% de nueva aparición o deterioro de FEVI previa en ecocardiograma	1 (3,9%)	9 (5,6%)	0,718
--	----------	----------	-------

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; TnI-hs: troponina I ultrasensible. *p 0,05.

Conclusiones: La elevación significativa de marcadores de daño miocárdico (como la troponina I ultrasensible) y el descenso del segmento ST en el ECG permitirían seleccionar a un subgrupo de pacientes con SCASEST que podría beneficiarse de una estrategia de pretratamiento si se plantea manejo invasivo y el riesgo hemorrágico no es alto.