



6010-91. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DE CENTRO Y NORTE DE EUROPA CON SCACEST A LOS QUE SE REALIZA ANGIOPLASTIA PRIMARIA: DIFERENCIAS CON LA POBLACIÓN DE ORIGEN ESPAÑOL. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA

Manuela Romero Vazquíñez¹, Francisco Torres Saura¹, Eduardo Arroyo Úcar¹, Derek Dau Villareal², David Martín Calvo², Francisco Javier Costa Victorio¹, Juan Antonio Belda Cutillas¹, Natalia Amores González¹, Lorena González Ródenas², Isabel Benito Agüera¹, José Martínez Crespo² y Manuel Cristian García Serrano¹, del ¹Hospital General Universitario de Vinalopó, Elche (Alicante) y ²Hospital de Torrevieja, Torrevieja (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad por cardiopatía isquémica en Europa varía entre países, encontrando un gradiente norte-sur con mortalidad mayor en los países nórdicos. Se han desarrollado varias hipótesis como el efecto protector de la dieta mediterránea. En el levante español encontramos un gran porcentaje de población de origen centro y norteyuropeo que residen de forma permanente o en largas temporadas del año. Analizamos las características y la evolución de los pacientes de origen centro y norteyuropeo (NE) respecto a los pacientes de origen español (E) en el contexto de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) tratados con angioplastia primaria (ICPp) en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo, monocéntrico de pacientes diagnosticados de SCACEST entre junio de 2013 a mayo de 2017 a los que se realiza ICPp. Recogida de variables demográficas, clínicas, analíticas, angiográficas y ecocardiográficas. Seguimiento posterior de un año.

Resultados: Se incluyeron un total de 143 pacientes, de los cuales 62 (43,4%) NE y 81 (56,6%) E. Los pacientes NE con edad media de $66,7 \pm 12$ años, el 62,9% varones, 19,4% diabéticos y 16,1% con IAM previo, sin diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre las 2 poblaciones (tabla). En los pacientes NE el vaso culpable el 41,9% fue la descendente anterior, seguida de la coronaria derecha (35,5%), en el 4,8% fue el tronco izquierdo. El 85,5% de los pacientes NE en Killip I, el 9,7% en Killip IV, enfermedad multivaso el 56,5%, sin diferencias entre los 2 grupos. Se obtuvo flujo TIMI 3 en el 89,5% del total. La mortalidad al mes en el grupo NE fue del 4,8 y 9,9% del grupo E ($p = 0,26$). La mortalidad al año del grupo NE fue del 6,5% y 13,6% en el grupo E ($p = 0,17$). Los predictores de mortalidad en el grupo NE fueron la diabetes ($p 0,026$, IC95% 0,005-0,709), los antecedentes de insuficiencia cardiaca ($p 0,018$, IC95% 0,005-0,608) y la clase Killip > 2 ($p 0,002$, IC95% 2,23-35,38). Los predictores en el grupo E fueron la creatinina ($p 0,03$, IC95% 1,24-59,75) y la insuficiencia cardiaca previa ($p 0,04$, IC95% 0,04-0,61).

Características clínicas, angiográficas y evolución en las 2 poblaciones

NE (n 62)

E (n 81)

p

Edad (años)	66,7	67,7	0,69
Varones (%)	62,9	72,8	0,2
Diabetes mellitus (%)	19,4	28,4	0,25
Hipertensión arterial (%)	51,6	64,2	0,19
Dislipemia (%)	40,3	40,7	0,51
Tabaquismo (%)	29	39,5	0,37
IAM previo (%)	16,1	22,2	0,36
ICC previa (%)	1,6	6,2	0,21
Creatinina (mg/dl)	1,06	1,11	0,5
Hemoglobina (g/dl)	14,89	14,74	0,95
Troponina I (ng/ml)	35,95	32,45	0,6
Vaso culpable (%)	ADA 41,9 TCI 4,8	ADA 45,7 TCI 4,9	0,99
Killip IV (%)	9,7	12,3	0,75
Vasos enfermos	1,82	1,84	0,9
TIMI 3 final (%)	88,7	90,1	0,7
Mortalidad al mes (%)	4,8	9,9	0,26
Mortalidad al año (%)	6,5	13,6	0,17

Conclusiones: A pesar de las diferencias en mortalidad por cardiopatía isquémica entre norte y sur de Europa, no encontramos diferencias significativas en las características basales, ni en la evolución y pronóstico al año de p con origen NE respecto a los de origen E que presentan un SCACEST tratados mediante ICPp.