



6029-5. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EMBÓLICO FRENTE A NO EMBÓLICO, DIFERENCIAS PRONÓSTICAS

Jesús Carmona-Carmona, Iria Martínez-Primoy, Rocío Martínez-Núñez, Inés Sayago Silva, Juan Carlos García-Rubira y Rafael J. Hidalgo Urgano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: El embolismo coronario (EC) es una causa rara de síndrome coronario agudo (SCA) con evidencia limitada a pequeñas series de casos. En nuestra serie presentada con anterioridad (n = 36) la fibrilación auricular supone el principal factor de riesgo, elevación de ST como forma más frecuente. En el presente trabajo se comparan características de gravedad, manejo y pronóstico intrahospitalario de una cohorte con enfermedad monovaso embólica frente a otra no embólica (arteria descendente anterior como responsable).

Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo que analiza dos cohortes de pacientes ingresados en nuestro servicio entre julio del 2011-marzo del 2021 por SCA. El diagnóstico de EC se estableció según los criterios del National Cerebral Cardiovascular Center. La cohorte comparativa se ha extraído del registro ARIAM Andalucía.

Resultados: De un total de 646 pacientes (19 eventos embólicos vs 627 no embólicos), no hubo diferencias en cuanto a FEVI en el momento agudo (43 ± 9 vs $44 \pm 10\%$, $p > 0,05$) ni estadio Killip-Kimbal (KK) inicial (KK I más frecuente al ingreso en ambos grupos) ni uso de inotropos. Si se apreciaron diferencias en cuanto a peor evolución intrahospitalaria con peor KK en grupo EC ($p = 0,001$; KKII 23,5 vs 15,3%; KKIII 23,5 vs 5,9%), más trombopenia (5,3 vs 0,8%, $p = 0,046$) y mayor pico de troponina ultrasensible ($p = 0,000$). No hubo diferencias en el uso de ventilación invasiva, si se apreciaron en el soporte con no invasiva, mayor en la cohorte embólica (21,1 vs 4,9%, $p = 0,002$). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de parada cardiorrespiratoria, complicaciones mecánicas, bradicardias, hemorragias o muerte intrahospitalaria. El manejo conservador fue más frecuente en el grupo EC; con ICP como estrategia más frecuente en ambas cohortes (14,3 vs 3%; 85,6 vs 92,3%; $p = 0,05$). Al alta, el grupo EC tenía tratamiento en menor medida con IECAS (52,9 vs 79,7%, $p = 0,05$) y estatinas (64,7 vs 90,8%, $p = 0,05$). No se apreciaron diferencias en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Conclusiones: En nuestra serie no hubo diferencias en cuanto a mortalidad en un SCA causado por embolia coronaria frente a eventos ateroscleróticos. El grupo EC presentó peor estadio KK y mayor necesidad de ventilación mecánica no invasiva. No se apreciaron diferencias en cuanto a FEVI y complicaciones mayores durante el ingreso.