



6034-10. MANEJO INVASIVO ¿PRECOZ? EN PACIENTES CON SCASEST EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL REGISTRO IMPACT-TIMING-GO

Felipe Díez-del Hoyo¹, Pablo Díez-Villanueva², María Thiscal López-Lluva³, Pedro Luis Cepas Guillén⁴, Antonio Martínez-Guisado⁴, Clara Fernández-Cordón¹, Aritz Gil Ongay⁵, Eduardo Luján Valencia⁵, Martín Negreira Caamaño⁶, Leire Goñi Blanco⁷, María Fernández-González², Joan Isaac Llaó Ferrando⁸, Emilio Arbas Redondo⁹, María Abellas-Sequeiros¹⁰, Diego Cazorla-Morallón¹¹, Paula María Mendoza-Cuartero¹², Deisy Carolina Sorto Sánchez¹³, Fernando Torres Mezcuá¹⁴, Julia Playán Escribano¹⁵, Teresa Giralt Borrell¹⁶, Borja Souto Cainzos¹⁷ y Anna Carrasquer Cucarella¹⁸

¹Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, ³Complejo Asistencial Universitario, León, ⁴Hospital Clínic, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, ⁶Hospital General Universitario de Ciudad Real, ⁷Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, ⁸Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ⁹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ¹¹Hospital Universitario de San Juan, Alicante, ¹²Hospital Universitario Basurto, Vizcaya, ¹³Hospital Txagorritxu, Vitoria, ¹⁴Hospital General Doctor Balmis, Alicante, ¹⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ¹⁶Hospital del Mar, Barcelona, ¹⁷Hospital Universitario A Coruña y ¹⁸Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica de 2020 de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) recomiendan una estrategia rutinaria invasiva precoz (coronariografía en las primeras 24 horas) en pacientes con infarto de miocardio (IAM) y/o cambios ECG. Se desconoce el impacto pronóstico de esta recomendación en la vida real y el grado de implementación en nuestro país.

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con SCASEST incluidos en el registro IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST segment elevation. ManaGement and Outcomes (IMPACT-TIMING-GO), registro multicéntrico, observacional y prospectivo en 22 centros españoles. Se analizaron los datos del ingreso recogidos en el primer mes de inclusión, abril de 2022. Todos los pacientes fueron sometidos a manejo invasivo y tenían enfermedad coronaria causal.

Resultados: De los 444 pacientes consecutivos disponibles se incluyeron 395 (edad media $65,1 \pm 16$ años, 78% varones) por disponer de datos completos. La mediana de tiempo hasta cateterismo desde el ingreso fue de 38,8 horas (RIC 17,5-70,9h). La tabla resume las principales variables al ingreso. Globalmente solo en un 39,5% de los pacientes se realizó cateterismo precoz, más habitualmente en varones (82,7 vs. 75,3%; $p = 0,08$) y menos frecuentemente pretratados con doble antiagregación (66,7 vs 75,3%; $p = 0,06$). Los pacientes sometidos a cateterismo precoz tuvieron más frecuentemente cambios ECG (72 vs. 51%; $p = 0,001$), diagnóstico de IAM (89 vs. 77%; $p = 0,003$), y la arteria responsable ocluida (22 vs. 12%; $p = 0,01$). Asimismo estaban ingresados más frecuentemente en hospitales con sala de hemodinámica (81 vs 73%; $p = 0,05$) y en unidades de cuidados agudos llevadas por cardiología (47 vs 28%; $p = 0,001$). No hubo diferencias en las complicaciones al ingreso (11 vs. 12,6%; $p = 0,62$), aunque la estancia hospitalaria fue menor ($4,6 \pm 3,5$ vs $6,9 \pm 5$ días; $p = 0,001$).

Características basales y al ingreso en función de la realización de manejo invasivo precoz en pacientes con SCASEST

Variable	≤ 24h (n = 156)	> 24h (n = 239)	p
Edad (años)	66,3 ± 13 años	64,4 ± 17,5 años	0,25
Sexo (varón)	82,7%	75,3%	0,08
Diabetes	30,9%	34,9%	0,42
Ictus/Accidente isquémico transitorio	6,6%	6,8%	0,92
Insuficiencia renal (ClCr 60 ml/min)	10,4%	11%	0,86
IAM previo	20,1%	23,9%	0,37
Dolor de reposo	77,5%	70,6%	0,13
Cambios ECG	72,2%	51,3%	0,001
IAMSEST	89,3%	77,4%	0,003
Troponina-US pico	7.300 ± 14.564 ng/l	3.953 ± 8.586 ng/l	0,01
Pico CK	486 ± 613 U/l	299 ± 352 U/l	0,02
Pretratamiento DAPT	66,7%	75,3%	0,06
Hospital con hemodinámica	81,3%	72,8%	0,05
Ubicación			
UCI por intensivos	20,4%	20,2%	0,001
UCI por cardiología	38,8%	19,3%	

Planta cardiología	28,3%	46,6%	
Urgencias	11,8%	12,2%	
Arteria culpable ocluida	22%	12,6%	0,01
Revascularización			
NO	6,5%	10,2%	
ICP	83%	84,3%	0,09
Cirugía coronaria	9,2%	5,5%	
FEVI	55 ± 8%	55 ± 10%	0,80
Complicaciones ingreso	10,9%	12,6%	0,62
Días de ingreso	4,6 ± 3,5	6,9 ± 5	0,001

ClCr (aclaramiento de creatinina) IAM (infarto de miocardio); US (ultrasensible); DAPT (doble antiagregación plaquetaria); ICP (intervención coronaria percutánea); FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo).

Conclusiones: En menos de la mitad de pacientes con SCASEST en nuestro medio se realiza un manejo invasivo precoz. Estos pacientes presentan más frecuentemente cambios ECG, elevación de troponina y oclusión de arteria culpable. Este manejo se asocia a la presencia de sala de hemodinámica e ingreso en unidades de cuidados agudos llevada por cardiología.