



## 6011-3. DIFERENCIAS CLÍNICAS DURANTE EL INGRESO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN FUNCIÓN DEL TIPO DE REVASCULARIZACIÓN

Felipe Díez-del Hoyo<sup>1</sup>, Martín Negreira Caamaño<sup>2</sup>, Iván Olavarri Miguel<sup>3</sup>, Pablo Díez-Villanueva<sup>4</sup>, María Thiscal López-Lluva<sup>5</sup>, Antonio Martínez-Guisado<sup>6</sup>, David Aritza Conty Cardona<sup>7</sup>, Joan Isaac Llaó Ferrando<sup>8</sup>, José Antonio Fernández-Sánchez<sup>9</sup>, Emilio Arbas Redondo<sup>10</sup>, Ander Arteagoitia Bolumburu<sup>11</sup>, Paula María Mendoza Cuartero<sup>12</sup>, María Martínez-Avial Silva<sup>4</sup>, Jéssica Vaquero Luna<sup>13</sup>, Laura Fuertes Kenneally<sup>14</sup>, Jesús Diz-Díaz<sup>15</sup>, Teresa Giralt-Borrell<sup>16</sup>, Borja Souto Cainzos<sup>17</sup>, Anna Carrasquer Cucarella<sup>18</sup>, Carolina Robles-Gamboa<sup>19</sup>, Jéssika González<sup>19</sup>, Gregorio<sup>20</sup> y Pedro Luís Cepas Guillén<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, CIBERCV, Madrid, <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, <sup>3</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, <sup>4</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, <sup>5</sup>Complejo Asistencial Universitario, León, <sup>6</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>7</sup>Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, <sup>8</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, <sup>9</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, <sup>10</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, <sup>11</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Madrid, <sup>12</sup>Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, <sup>13</sup>Hospital Universitario de Araba, Vitoria, <sup>14</sup>Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, <sup>15</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>16</sup>Hospital del Mar, Barcelona, <sup>17</sup>Hospital Universitario A Coruña, <sup>18</sup>Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, <sup>19</sup>Hospital Universitario de Toledo y <sup>20</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías de práctica clínica recomiendan una revascularización quirúrgica en aquellos pacientes con estenosis significativa de tronco y/o 3 vasos con anatomía coronaria compleja. La evidencia de su beneficio en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es menor, así como de su uso en nuestro medio en este contexto.

**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. Se analizaron los datos según la estrategia revascularización.

**Resultados:** Se incluyeron 444 pacientes consecutivos con SCASEST de los que 391 se analizaron finalmente por disponer de datos completos sobre el tipo de revascularización. Globalmente el 93% de los pacientes se revascularizaron: un 92% percutáneamente y un 7,5% de manera quirúrgica (0,5% híbrido). Las principales variables se recogen en la tabla. Los pacientes sometidos a cirugía de derivación coronaria se habían pretratado menos con doble antiagregación plaquetaria (DAPT) (56 vs 74%;  $p = 0,04$ ) y tenían mayor prevalencia de enfermedad de tronco (52 vs 10,5%,  $p 0,001$ ), 3 vasos (85,2 vs 13,5%;  $p 0,001$ ) y menor de arteria responsable ocluida (0 vs 16%;  $p = 0,02$ ). En aquellos en los que se utilizaron *stents* (96,3%), en todos los casos se empleó uno farmacoactivo. La revascularización quirúrgica completa se logró en el 90,5% de los casos, aunque solo en un 40% fue completa arterial. Hubo más complicaciones no fatales (37 vs 11%;  $p = 0,001$ ) y una mayor estancia hospitalaria ( $5,6 \pm 4$  vs  $15,25$  días;  $p 0,001$ ) en el grupo de pacientes operados, aunque no hubo fallecimientos en los pacientes revascularizados.

# Características basales y al ingreso en función del tipo de revascularización en pacientes con SCASEST

| Variable                              | ICP (n = 328)       | Cirugía coronaria (n = 27) | p     |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|-------|
| Edad (años)                           | 64,5 ± 16 años      | 65,5 ± 17 años             | 0,77  |
| Sexo (varón)                          | 78,8%               | 76%                        | 0,74  |
| Diabetes                              | 32,4%               | 40,7%                      | 0,37  |
| Ictus/Accidente isquémico transitorio | 6,6%                | 6,8%                       | 0,92  |
| Insuficiencia renal (ClCr 60 ml/min)  | 10,7%               | 3,8%                       | 0,49  |
| ICP previa                            | 25%                 | 7,7%                       | 0,05  |
| IAMSEST                               | 81%                 | 81,5%                      | 0,95  |
| Troponina pico                        | 5.096 ± 11.024 ng/l | 6.551 ± 17.250 ng/l        | 0,54  |
| Pretratamiento DAPT                   | 74,3%               | 56%                        | 0,04  |
| Momento del cateterismo               | 55,2 ± 59 horas     | 38,2 ± 38 horas            | 0,12  |
| Enfermedad tronco >50%                | 10,5%               | 52%                        | 0,001 |
| Enfermedad de 3 vasos                 | 13,5%               | 85,2%                      | 0,001 |
| Arteria responsable ocluida           | 16%                 | 0%                         | 0,02  |
| Revascularización completa            | 77,8%               | 90,5%                      | 0,15  |
| Uso de <i>stent</i> farmacoactivo     | 100%                | -                          | -     |

|                                     |           |            |       |
|-------------------------------------|-----------|------------|-------|
| Revascularización completa arterial | -         | 40%        | -     |
| FEVI                                | 55 ± 9%   | 55 ± 8%    | 0,80  |
| Complicaciones ingreso              | 11,2%     | 36,8%      | 0,001 |
| Días de ingreso                     | 5,6 ± 4,2 | 15,2 ± 5,5 | 0,001 |

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

**Conclusiones:** Un 7,5% de pacientes con SCASEST se revascularizan quirúrgicamente en nuestro medio. Aquellos con arteria responsable ocluida y pretratados con DAPT tienen menos probabilidad de someterse a cirugía. La estancia hospitalaria y las complicaciones intrahospitalarias de la cirugía coronaria son mayores, aunque también lo es la complejidad anatómica coronaria.