



# Cardiocre



## 128/98. - Diferencias en el manejo y pronóstico del síndrome coronario agudo: BRIHH de novo vs SCACEST

A.D. Ruiz Duthil<sup>1</sup>, K.E. Medina Rodríguez<sup>1</sup>, A. Espínola Pardo<sup>1</sup>, M.R. Gómez Domínguez<sup>1</sup>, M.A. Pérez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Almendro Delia<sup>1</sup>, J.M. Cruz Fernández<sup>1</sup>, A. García Alcántara<sup>2</sup>, R.J. Hidalgo Urbano<sup>1</sup> y J.C. García Rubira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Coordinador Grupo ARIAM-Andalucía.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La presentación del síndrome coronario agudo (SCA) mediante BCRIHH de nueva aparición tiene indicación actual de manejo similar a aquellos pacientes que debutan con SCACEST. Describimos las características basales al ingreso, terapéutica, complicaciones y pronóstico intrahospitalario de pacientes con SCA que debutan con BCRIHH “de novo” (BRIn) vs SCACEST (STe), en nuestro medio.

**Material y métodos:** Examen prospectivo de pacientes consecutivos incluidos en el Registro ARIAM entre 2001-2012, diferenciando dos grupos en función de debut con STe vs BRIn. Regresión logística para identificación de variables pronóstico de mortalidad.

**Resultados:** De un total de 21.451 casos analizados, debutaron 666 con BRIn y 20.785 STe. Basalmente en el grupo BRIn, eran mayores, con más DM (46,4% vs 29%), HTA (65% vs 48%), IAM (28,7% vs 11,8%); ICC (15% vs 2,2%) y peor FEVI (46,5% ± 14 vs 54,4% ± 13); más AVC (9,9% vs 5%), EPOC (6,5% vs 3,2%) y ERC (2,4% vs 0,9%), con  $p < 0,001$ . En el grupo BRIn hubo más casos con Killip  $\geq 2$  (48,3% vs 21,5%), desarrollaron más shock cardiogénico (13,2% vs 7,3%) y precisaron más VM (10,4% vs 6%). Igualmente se revascularizaron significativamente menos mediante ICP 1<sup>o</sup> (5,7% vs 12,9%), mientras que no hubo diferencias en fibrinólisis (64,3% vs 61,9%;  $p = 0,21$ ). En el análisis multivariado para la identificación de factores independientes de mortalidad, se obtuvo para el BRIn (OR 1,109 [0,877-1,403];  $p = 0,39$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, los pacientes con SCA que debutan con BRIn presentan peor perfil cardiovascular y evolución intrahospitalaria. El BRIn no se comporta como predictor independiente de mortalidad.