



## T-34. - IAMEST VS IAMSEST EN LA UNIDAD CORONARIA EN 2012. ¿SON REALMENTE IGUALES?

F. Salmerón Martínez<sup>1</sup>, C. Llanos Guerrero<sup>1</sup>, M. Barrionuevo Sánchez<sup>1</sup>, C. Olmeda Brull<sup>2</sup>, M. Fernández Anguita<sup>1</sup>, M. Corbi Pascual<sup>1</sup>, J. Jiménez Mazuecos<sup>1</sup>, C. Lafuente Gormaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Villarrobledo. Villarrobledo (Albacete).

### Resumen

**Objetivos:** Desde la inclusión de marcadores de daño miocárdico más sensible como la troponina I o T, la incidencia de infartos sin ascenso del ST ha aumentado de manera exponencial. Es bien conocido que al largo plazo este tipo de pacientes presentan un pronóstico similar a los infartos con necrosis transmural. Existen escasos datos sobre la diferencia de manejo entre estos dos tipos de pacientes en las unidades coronarias (UCIC) actuales.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en el que se incluyen de manera consecutiva a todos los pacientes que ingresaron en la UCIC de nuestro centro desde el 1 de enero al 1 diciembre del 2012. Se comparó el perfil clínico, el manejo realizado y el tratamiento recibido.

**Resultados:** Ingresaron un total de 420 pacientes (p), 75% varones, la edad media fue de  $68 \pm 12$  años. Un total de 253 p por IAM con elevación del ST (IAMEST) y 167 (31%) pacientes por IAM sin elevación del ST (IAMSEST). Excepto en el número de hipertensos (60% IAMEST vs 80% IAMSEST,  $p < 0,05$ ), no existieron diferencias significativas en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La existencia de clase funcional Killip III-IV fue más frecuente en los pacientes con IAMEST (22% vs 13%,  $p < 0,05$ ). La FEVI media fue del  $41\% \pm 8\%$  en ambos grupos. En el tratamiento médico no existieron diferencias en el uso de IECA, betabloqueantes, estatina o ácido acetilsalicílico. El prasugrel, la bivalirudina y los antiIIb-IIIa se utilizaron más ampliamente en pacientes con IAMEST (11%, 45% y 21% respectivamente). Así como el soporte inotrópico (36% de los IAMEST vs 17% de los IAMSEST,  $p < 0,05$ ). La ventilación mecánica invasiva o no invasiva se requirió en un total de 29 pacientes sin diferencias entre ambos grupos. En el uso de la hemodiálisis, balón de contrapulsación o marcapasos provisional no existieron tampoco diferencias. El 94% de las coronariografías se realizaron por vía radial, realizándose revascularización percutánea en el 86% de los pacientes con IAMEST frente al 54% de los pacientes con IAMSEST, que presentaron más enfermedad multivaso (14% vs 25%  $p < 0,05$ ). El tipo de stent implantado fue de manera más frecuente de tipo farmacoactivo (29% en los IAMEST vs 52% de los IAMSEST,  $p < 0,005$ ). La estancia en la UCIC fue superior en los pacientes con IAMEST ( $4,1 \pm 2,2$  vs  $2,3 \pm 2$  días). En cambio la mortalidad durante su estancia en UCIC no presentó diferencias (3,4% en los IAMEST vs 3,8% en los SCASEST).

**Conclusiones:** En los datos actuales recogidos en nuestra UCIC a lo largo del 2012, predomina el

ingreso por IAMEST, aunque cada vez es más frecuente el ingreso por IAMSEST. Estos pacientes presentan similares factores de riesgo, más prevalencia de enfermedad multivaso, con revascularización con stent farmacoactivo, con menor uso de nuevos antiagregantes y anticoagulantes. En cambio las diferentes técnicas invasivas se utilizan de manera similar en éste tipo de pacientes. Su mortalidad es similar al de los pacientes con IAMEST.