

64

**IMPACTO PRONÓSTICO DE UNA OCLUSIÓN CORONARIA CRÓNICA EN ARTERIA NO CULPABLE EN CONTEXTO DE SÍNDROME CORONARIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST**

Carolina Menoni<sup>1</sup>, Sebastián Albistur<sup>1</sup>, Leandro Jubani<sup>1</sup>, Anaulina Silveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. *Círculo Católico.*

**Introducción:** la presencia de estenosis de una arteria no responsable del infarto (no ARI) se observa en un 50% de los IAMcST. Estos casos tienen una morbimortalidad dos veces superior. Diferentes estudios han demostrado que las oclusiones crónicas totales (OCT) son predictores de mortalidad temprana y tardía y son un factor de mal pronóstico en los pacientes que se presentan con IAMcST. Se ha demostrado el impacto de las OCT a nivel internacional, pero no existen estudios a nivel nacional acerca de este.

**Objetivos primarios:** determinar si existen diferencias en la mortalidad por todas las causas a 30 días y 3 años en los sujetos con IAMcST que al menos tenían una OCT en arteria no ARI comparado con aquellos que no tenían OCT.

**Objetivo secundario:** determinar si la mortalidad de aquellos pacientes con OCT localizada en ADA difería de aquellos con OCT localizada en otra arteria.

**Método:** se trata de un estudio observacional de casos y controles retrospectivo y unicéntrico. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que se presentaron como SCACST o SCA con BCRI nuevo o presuntamente nuevo y se realizaron una CACG en nuestro centro en el período 2013-2018.

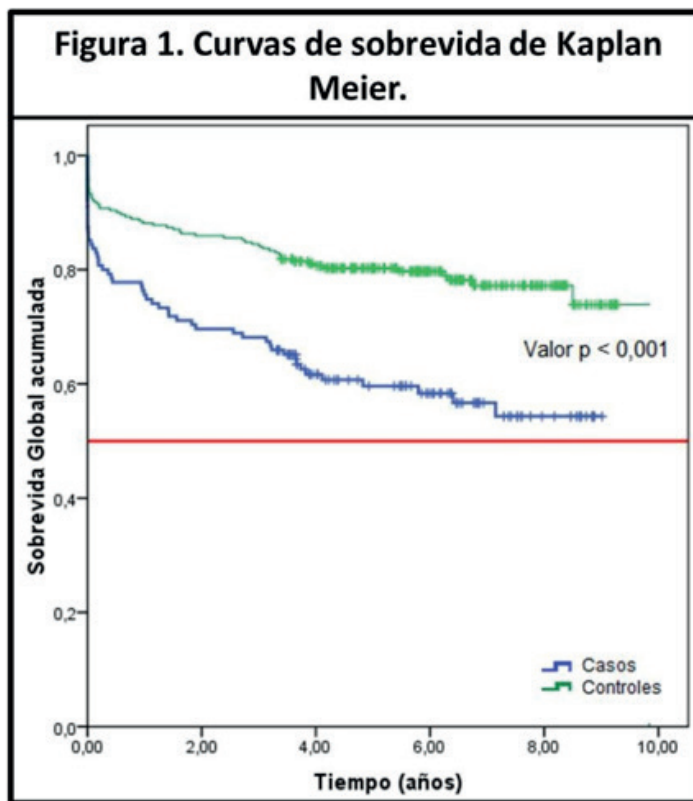
Criterios de exclusión: pacientes con antecedentes de CRM y/o registro insuficiente de variables de interés. Se incluyó en “Casos” pacientes que presentaban al menos una OCT en arteria no ARI. De los pacientes sin OCT en arteria no ARI se seleccionó mediante *macheo* un grupo control (“Controles”) con una relación 2:1. Las variables continuas se resumen mediante media  $\pm$ DE y las discretas mediante porcentaje y número absoluto. Se utilizó test de T para muestras independientes y test Chi2 para contrastar variables continuas o discretas, respectivamente. Se calculó odds ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC). Mediante curvas de Kaplan-Meier y test de Log-Rank se evaluó la mortalidad en ambos grupos.

**Tabla 1.** Características generales según grupo de estudio.

	Grupo OCT	Grupo controles	Valor p	OR IC 95%
Edad (años)(*)	63,8 +/- 1,1	63,7 +/- 0,8	0,954	-----
Sexo masculino	80,0 (108)	80,4 (217)	0,930	0,918 (0,543 – 1,117)
Tabaquismo	20,0 (27)	17,0 (46)	0,189	1,071 (0,885 – 1,296)
Diabetes mellitus	18,5 (25)	5,2 (14)	< 0,001	1,948 (1,274 – 2,980)
Dislipemia	15,6 (21)	7,4 (20)	0,010	1,408 (1,021 – 1,941)
Hipertensión arterial	32,6 (44)	11,9 (32)	< 0,001	1,718 (1,309 – 2,255)
Obesidad	9,6 (13)	4,8 (13)	0,062	1,356 (0,918 – 2,004)
Topografía del infarto:				
Anterior	18,5 (25)	18,9 (51)		-----
AL	27,4 (37)	24,8 (67)		1,047 (0,889 – 1,232)
IL	8,9 (12)	8,1 (22)		1,033 (0,798 – 1,338)
Inferior	36,3 (49)	39,6 (107)	0,784	1,152 (0,752 – 1,766)
INF-VD	3,7 (5)	1,9 (5)		1,342 (0,719 – 2,503)
Lateral	2,9 (4)	3,7 (10)		1,025 (0,603 – 1,182)
Clasificación Killip y Kimpball (KK):				
I	65,9 (89)	81,9 (221)	<0,001	Ref.
II	17,8 (24)	10,4 (28)	0,036	1,267 (0,987 – 1,626)
III	1,5 (2)	1,1 (3)	0,750	1,177 (0,573 – 2,417)
IV	14,8 (20)	6,7 (18)	0,008	1,447 (1,031 – 2,031)

(\*) valores expresados en media +/- EE: error estándar. Demás valores expresados en % (n).

**Resultados:** se registraron 1.520 IAMcST. Se incluyeron 135 casos y se seleccionaron 270 controles. En la tabla 1 se comparan las características clínicas y topografía del IAM entre ambos grupos. Hubo una mayor prevalencia de HTA, diabetes y dislipemia en los casos. En cuanto a la clase Killip y Kimpball se observó una mayor incidencia de KKIV en grupo casos 14,1% vs. 6,8% ( $p = 0,012$ ). La mortalidad de los casos duplica la de los controles a los 30 días y a 3 años (figura 1). La mortalidad intraprocedimiento de ATC primaria fue 2,2 veces mayor en los Casos. No se encontró diferencia de mortalidad entre casos con OCT en ADA vs. OCT en otro vaso.



**Conclusiones:** los pacientes con IAMCEST que tienen una OCT en no ARI tienen un aumento significativo de la mortalidad a 30 días y 3 años del evento primario respecto al grupo que no presenta dichas lesiones. La mortalidad fue similar en los casos con OCT de ADA u otro vaso.