

Impacto pronóstico de la estrategia invasiva precoz y diferida en el SCASEST de alto riesgo

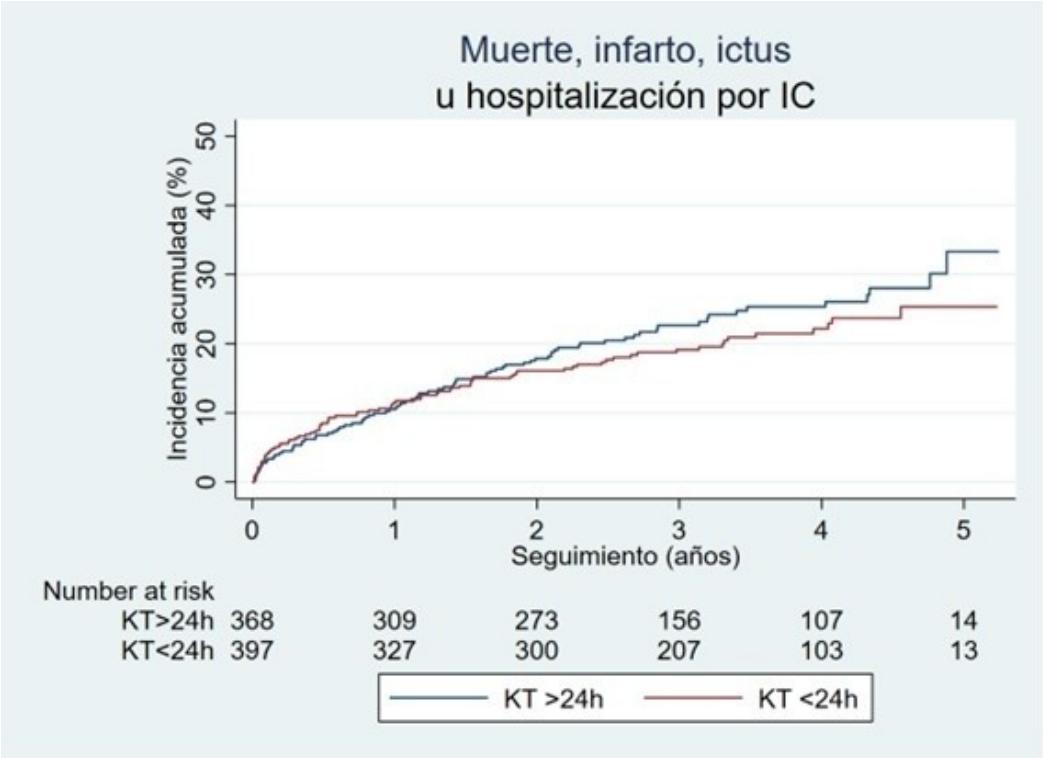
Cristina Morante Perea(1), Joan Siquier Padilla(1), María Roselló Herrera(1), Paula Manera Zorrilla-Lequerica(1), Montserrat Mateu Simonet(1), Aída Andreu Capó(1), Ana Elena Lago Rodríguez(1), Teresa Marco Mora(1), Cristina Gómez Cobo(2), Miquel Vives Borràs(1), Vicente Peral Disdier(1), Vicente Peral Disdier(1) y Xavier Rossello Lozano(1) de (1)Cardiología y (2)Análisis Clínicos. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España

Introducción: El manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) se basa en la estratificación del riesgo. En pacientes de alto riesgo, se recomienda una estrategia invasiva precoz (<24h; clase IIa, ESC guidelines) o una estrategia diferida (durante hospitalización; clase I, ESC guidelines). El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia a las recomendaciones y su impacto pronóstico en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional, con recogida prospectiva y consecutiva de 930 pacientes que ingresaron por SCASEST sometidos a coronariografía en un período de 4 años (2020–2024). El 83% se catalogó de alto riesgo según las ESC guidelines. Se compararon pacientes según el tiempo a la coronariografía (?24h vs >24h). El objetivo principal fue MACE (muerte, infarto, ictus o ingreso por insuficiencia cardiaca). Se realizó análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: Entre los pacientes de alto riesgo (n=766), el 52% fueron sometidos a coronariografia en <24h. Los pacientes del grupo >24h eran de mayor edad y riesgo clínico, con más comorbilidad y menor revascularización completa. No hubo diferencias en el tratamiento al alta. A los 3,1 años de seguimiento, no hubo diferencias en MACE (23,1% vs 19,6%; p=0,24). La estrategia precoz no se asoció de forma independiente con menor riesgo de MACE (HR 1,03; IC95% 0,76–1,41; p=0,85). La mortalidad no ajustada fue mayor en el grupo >24h (13,9% vs 9,0%; p=0,036), si bien la significación estadística se perdió al ajustar por posibles confusores (HR 0,86; IC95% 0,56–1,33; p=0,50).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con SCASEST sometidos a coronariografía, el 83% cumplían criterios de alto riesgo y aproximadamente en la mitad (52%) la coronariografía se realizó en <24 h. En este subgrupo, no se observaron diferencias en eventos cardiovasculares mayores a 3 años según el tiempo hasta la coronariografía tras ajuste multivariante.



Características basales y resultados en pacientes con SCASEST de alto riesgo según tiempo hasta la coronariografía.

Variable	>24 h (n=368)	<24 h (n=398)	p valor
Edad (años)	67 ± 12	64 ± 13	<0.001
Varón (%)	73.9	74.9	0.76
Fumador activo (%)	31.3	38.7	0.031
HTA (%)	72.8	62.8	0.003
Diabetes (%)	35.3	29.9	0.11
Dislipemia (%)	72.3	67.8	0.18
Cardiopatía isquémica previa (%)	34.0	21.4	<0.001
ERC (%)	16.8	11.6	0.036
IAMSEST (%)	87.8	94.2	0.002
GRACE	119 ± 30	113 ± 30	0.006
TIMI	3.0 ± 1.3	2.6 ± 1.3	<0.001
FEVI (%)	57 ± 10	56 ± 10	0.35
Enfermedad multivaso (%)	50.5	42.7	0.030
Revascularización completa índice (%)	53.2	62.7	0.012
Revascularización completa 3 meses (%)	80.5	86.1	0.049
MACE (%)	23.1	19.6	0.24
Mortalidad (%)	13.9	9.0	0.036

Datos expresados como media ± desviación estándar o n (%). MACE: muerte, infarto de miocardio, ictus o ingreso por insuficiencia cardiaca.