

Revista Española de Cardiología



4020-7. ¿HEMOS MEJORADO EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST?

Pedro Daniel Perdiguerro Martín, Francisco Martín Herrero, Olga Durán Bobín, Soraya Merchán Gómez, Esther Sánchez Corral, José Ángel Pérez Rivera, Pedro Pabón Osuna y Cándido Martín Luengo del IBSAL-Hospital Universitario, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes hospitalizados por un SCASEST en dos épocas distintas y analizar el valor pronóstico del uso de la EI (estrategia invasiva) en la práctica clínica real.

Métodos: 509 pacientes ingresados de manera consecutiva, por un SCASEST, en la UCIC de nuestro hospital entre enero de 2003 y junio de 2004 (época antigua) fueron comparados con 145 pacientes hospitalizados entre enero y mayo de 2010 (época actual). Los sucesos adversos analizados fueron: la mortalidad hospitalaria y en el seguimiento a largo plazo (26 ± 13 meses), la muerte, reingreso por SCA, revascularización coronaria y el suceso combinado (muerte o reingreso por SCA).

Resultados: Las características de la población así como la presentación de sucesos adversos, en ambos grupos, se muestran en la tabla. No hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria entre la época antigua y la actual (6,7% vs 6,2%, $p = 0,84$). De acuerdo a la escala de riesgo GRACE, en la época actual respecto a la época antigua se realizó EI al 96% vs 40% ($p < 0,001$); 90% vs 49% ($p < 0,001$) y 72% vs 36% ($p < 0,001$), de los pacientes de bajo (< 109 puntos), intermedio (109-140 puntos) y alto riesgo (> 140 puntos), respectivamente. Las curvas de Kaplan-Meier (test de log-rank) mostraron una mayor supervivencia de los pacientes de la época actual, tanto para la mortalidad en el seguimiento (chi-cuadrado 6,77; $p = 0,009$), como para la presentación del suceso combinado (chi-cuadrado 11,59; $p = 0,001$) (fig.), tanto en el grupo de alto riesgo GRACE (chi-cuadrado 3,79; $p = 0,05$), como en el de riesgo bajo o intermedio (chi-cuadrado 8,87; $p = 0,003$). Pertenecer a la época actual se mantuvo como un predictor de supervivencia en el análisis multivariante (regresión de Cox), tanto para la mortalidad (HR 0,37; IC 0,18-0,75; $p = 0,006$), como para la presentación del suceso combinado (HR 0,44; IC 0,27-0,71; $p = 0,001$), independientemente del uso de la EI (HR 1,17; IC 0,77-1,78; $p = 0,464$).

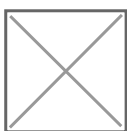


Figura. Supervivencia libre de muerte o reingreso por SCA.

Perfil epidemiológico, clínico y sucesos adversos de la población de estudio

Variable	Época antigua (N = 509)	Época actual (N = 145)	p
----------	-------------------------	------------------------	---

Edad (años)	71 ± 11	70 ± 11	0,300
Mujeres	159 (31%)	28 (19%)	0,005
Dislipidemia	167 (33%)	75 (52%)	< 0,001*
Tabaquismo activo	98 (19%)	37 (25%)	0,287
HTA	282 (55%)	94 (65%)	0,043*
Diabetes mellitus	133 (26%)	41 (28%)	0,606
Killip > 1 al ingreso	59 (11,6%)	19 (13,1%)	0,620
ST desviado	165 (33%)	56 (42%)	0,035*
Troponina elevada	280 (57%)	127 (88%)	< 0,001*
GRACE ? 140 puntos	155 (37%)	69 (48%)	0,026*
FEVI < 50%	77 (23%)	33 (23%)	0,979
Cateterismo	210 (41%)	120 (83%)	< 0,001*
Revascularización	171 (34%)	107 (74%)	< 0,001*
Muerte en el seguimiento	72 (17%)	12 (8,3%)	0,010*
Reingreso por IAM	62 (13%)	11 (7,6%)	0,073
Reingreso por AI	51 (11%)	11 (7,6%)	0,265
Suceso combinado (muerte o SCA)	145 (35%)	27 (19%)	< 0,001*
Revascularización en el seguimiento	55 (11,6%)	15 (10,3%)	0,681

Conclusiones: A pesar de un perfil de riesgo más adverso de los pacientes ingresados por un SCASEST en la época actual, la mortalidad intrahospitalaria no ha variado. Sin embargo, asistimos a una clara mejoría en el pronóstico a largo plazo, incluso en los pacientes de menor riesgo. El uso en la actualidad, casi sistemático, de la EI no es el único factor que podría explicar este beneficio en la morbimortalidad cardiovascular.