



7003-4. *TIMING* DE LA ESTRATEGIA INVASIVA PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST DE ALTO RIESGO. ¿BARRA LIBRE PARA TODOS?

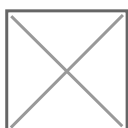
Manuel Almendro Delia¹, Tania Seoane-García¹, Emilia Blanco Ponce¹, Luis Madrona Jiménez¹, Juan Carlos Rodríguez Yañez², José Manuel Soto Blanco², José Andrés Arboleda Sánchez³, Gema Alonso Muñoz³, José Benito Zayas Ganfornina², José Julián Arias Garrido², Rafael J. Hidalgo Urbano¹, Juan Carlos García Rubira¹ e Iria Martínez Primoy¹, del ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ²Hospital de Puerto Real, Cádiz, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Hospital Costa del Sol, Málaga, Hospital de Jerez (Cádiz) y ³Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga y Hospital Reina Sofía, Córdoba, en representación de los investigadores del Registro CREA-ARIAM.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de la ESC 2015 sobre SCASEST recomiendan una estrategia invasiva precoz (EIP) en subgrupos de alto o muy alto riesgo, a pesar de no haber demostrado reducir la mortalidad ni el infarto. Objetivo: describir la influencia pronóstica de EIP (24 h) en SCASEST atendiendo a recomendaciones propuestas por guías ESC 2015.

Métodos: Registro prospectivo multicéntrico de pacientes con SCA ingresados en Unidades Coronarias. Cohorte SCASEST y tratamiento invasivo entre 2015-17. Se analizó el tiempo hasta el infarto no mortal o la muerte por cualquier causa a 30 días, usando *Propensity Score Matching* y modelos de Cox multivariantes con efectos aleatorios por hospital (*cluster-specific random effects*) e interacciones en subgrupos de riesgo.

Resultados: De 2094 pacientes, 1900 presentaron al ingreso criterios ESC³ de alto/muy alto riesgo (16% ascenso transitorio ST, 3% *shock* cardiogénico, 3,5% inestabilidad eléctrica/parada cardiaca, 13% Killip 3, 36% descensos dinámicos ST y 42% GRACE > 140), constituyendo el grupo de estudio (R+). Del grupo R+, solo 694 pacientes (37%) fueron a EIP (mediana [P25-P75], 13 [6-18] horas) y 1206 (63%) a invasiva diferida (EID, > 24h) (48 [35-71] horas). El grupo EIP presentó con mayor frecuencia *shock* cardiogénico, inestabilidad eléctrica/parada cardiaca y ascenso transitorio del ST, menor acceso radial y similar proporción de intervencionismo con *stent*, afección de tronco/multivaso y puntuación GRACE > 140 que el grupo EID. En la muestra emparejada (n = 1.228, media de diferencias estandarizadas = 2,8%, *matching* óptimo 10%), la EIP no redujo significativamente la mortalidad (HR = 0,87 IC95% [0,50-1,52]; p = 0,635. Estadístico C = 0,91) ni el infarto (HR = 0,78 IC95% [0,28-2,16]; p = 0,637. Estadístico C = 0,70). De forma exploratoria se evidenció menor mortalidad asociada a EIP en presencia de *shock* cardiogénico (HR = 0,52 IC95% [0,20-1,33]; Pinteracción = 0,016, figura), no mostrando beneficio significativo en presencia de inestabilidad eléctrica/parada cardiaca, (Pinteracción = 0,578) o ascenso transitorio ST (Pinteracción = 0,740). Los resultados fueron similares tras análisis sin estimadores sólidos.



Mortalidad por cualquier causa según tipo estrategia y presencia de shock cardiogénico. EID: estrategia invasiva diferida (> 24h). EIP: estrategia invasiva precoz (< 24h).

Conclusiones: En el «mundo real» el uso de EIP en SCASEST de alto/muy alto riesgo no se ajusta a las recomendaciones actuales. Sin embargo, esta estrategia no parece conferir un beneficio pronóstico significativo a corto plazo, salvo en presencia de *shock* cardiogénico.