



4026-3. ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA ESTRATEGIA INVASIVA AJUSTADA AL RIESGO EN PACIENTES CON SCASEST EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Joan Isaac Llaó Ferrando¹, Albert Ariza Solé¹, Jaime Aboal Viñas², Cosme García García³, Jordi Sans Roselló⁴, Antonia Sambola⁵, Rut Andrea⁶, Gil Bonet Pineda⁷, Carlos Tomás Querol⁸, Miquel Gual¹ y Ángel Cequier Fillat¹, del ¹Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona), ²Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁵Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, ⁶Hospital Clínic, Barcelona, ⁷Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona y ⁸Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica recomiendan la realización de una estrategia invasiva ajustada al riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Se analizó la adherencia a estas recomendaciones, sus condicionantes e impacto pronóstico en pacientes con SCASEST ingresados en unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC).

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con SCASEST ingresados en 8 UCIC durante 6 meses. El perfil de riesgo se definió mediante los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología. Se definió como adherencia a recomendaciones la realización de coronariografía en las primeras 6 horas en pacientes de muy alto riesgo o en 24 horas en pacientes de alto riesgo. El impacto de la adherencia en mortalidad o reingreso a 6 meses se analizó mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 629 pacientes (edad media 66,6 años), 225 (35,9%) de muy alto riesgo, y 392 (62,6%) de alto riesgo. La estrategia invasiva fue mayoritaria (96,2%). Las recomendaciones se cumplieron en 284 pacientes (45,6%), especialmente pacientes más jóvenes, con menos comorbilidades y menores valores GRACE. Estos pacientes presentaron menor estancia en UCIC y hospitalaria, sin diferencias en mortalidad hospitalaria. A los 6 meses presentaron menor incidencia de SCA, revascularizaciones y menor incidencia de muerte/reingreso (razón de riesgos: 0,53; intervalo de confianza 95% 0,38-0,76, $p = 0,001$). Tras ajustar por confusores, la asociación entre adherencia y muerte/reingreso a 6 meses persistió significativa ($p = 0,028$).

Predictores de muerte o reingreso a los 6 meses

Variable	Análisis univariado		Análisis multivariado	
	Hazard ratio (IC95%)	P	Hazard ratio (IC95%)	P

Adherencia recomendaciones	0,53 (0,38-0,76)	0,001	0,67 (0,46-0,96)	0,028
Edad (años)	1,03 (1,02-1,05)	0,001		
Hipertensión arterial	1,94 (1,26-2,98)	0,002		
Diabetes mellitus	1,91 (1,39-2,64)	0,001		
Tabaquismo activo	0,88 (0,72-1,08)	0,229		
Ictus previo	2,76 (1,89-4,02)	0,001	1,53 (1,01-2,34)	0,050
Arteriopatía periférica	2,36 (1,66-3,37)	0,001	1,62 (1,11-2,37)	0,012
Infarto de miocardio previo	2,08 (1,49-2,89)	0,001	1,66 (1,17-2,37)	0,005
Insuficiencia cardiaca previa	2,53 (1,64-3,89)	0,001		
Frecuencia cardiaca	1,02 (1,01-1,02)	0,001	1,01 (1,00-1,02)	0,045
Clase Killip al ingreso	1,89 (1,55-2,29)	0,001		
Hemoglobina al ingreso	0,81 (0,75-0,87)	0,001	0,94 (0,86-1,02)	0,148
Aclaramiento de creatinina basal	0,99 (0,98-0,99)	0,001	0,99(0,99-1,00)	0,078
Escala GRACE	1,01 (1,00-1,01)	0,001	1,00 (1,00-1,01)	0,068
Revascularización	0,80 (0,57-1,13)	0,212		

Conclusiones: Las recomendaciones respecto a la estrategia invasiva se cumplen en una minoría de los SCASEST ingresados en UCIC. La adherencia se asoció de forma independiente con una mejor evolución.