



5014-8. ¿ESTÁ JUSTIFICADO ELIMINAR EL GRUPO DE RIESGO INTERMEDIO EN LAS ÚLTIMAS GUÍAS EUROPEAS DE SCASEST?

Teba González Ferrero¹, Belén Álvarez Álvarez¹, Carla Cacho Antonio¹, Pablo José Antúnez Muiños¹, Mauro Trincado Ave¹, Antía de la Fuente Rey¹, Jesús Martín Martínez¹, Federico García Rodeja Arias¹, Óscar Otero García¹, Marta Pérez Domínguez¹, Abel Torrelles Fortuny¹, Alberto Cordero Fort², Rosa María Agra Bermejo¹, José María García Acuña¹ y José Ramón González Juanatey¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ²Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante.

Resumen

Introducción y objetivos: La estratificación de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) supone una prioridad tras su diagnóstico debido a la información que proporciona y sus implicaciones terapéuticas. Las últimas guías de la ESC sugieren una nueva propuesta de estrategia de estratificación del riesgo en 3 grupos diferentes: bajo, alto y muy alto riesgo. Además, eliminan el grupo de riesgo intermedio definido en las guías previas de 2015. Nuestro objetivo fue identificar un grupo de riesgo intermedio siguiendo las recomendaciones de las guías previas.

Métodos: Se incluyó una cohorte de 7.597 pacientes con diagnóstico de SCASEST ingresados en 2 hospitales diferentes entre 2003 y 2017 con media de seguimiento de $4,4 \pm 2,7$ años. Posteriormente se establecieron las 4 categorías de riesgo según las guías de 2015 y los eventos asignados en el seguimiento fueron: MACE, un objetivo combinado que incluyó: mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardíaca y revascularización urgente; mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular.

Resultados: El análisis estratificado objetivó que los pacientes incluidos en el grupo de riesgo intermedio tenían un pronóstico diferente que los incluidos en las categorías de bajo y alto riesgo y obtuvimos los siguientes resultados: la tasa de incidencia para mortalidad total medida en casos por 100 personas-año [intervalo de confianza (IC95%)] fue 1,96; para pacientes de bajo riesgo IC95% 1,30-2,95, riesgo intermedio 3,91; (IC95% 3,28-4,57), alto riesgo 4,94; IC95% 4,87-5,21 y muy alto riesgo 8,74; IC95% 7,75-9,85. La tasa de incidencia para mortalidad cardiovascular para bajo, intermedio, alto y muy alto fue de 1,02; (IC95% 0,58-1,18); 2,64 (IC95% 2,13-3,26); 3,32 (IC95% 3,11-3,55) y 6,71 (IC95% 4,84-7,69), respectivamente.

Características basales

Muy alto riesgo: 678 (8,9)	Alto riesgo: 3.080 (40,5)	Riesgo intermedio: 2.808 (37,0)	Bajo riesgo: 1.033 (13,6)	p
----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---

Edad	68,5 (12,9)	73,9 (9,6)	62,8 (11,1)	53,6 (10,7)	0,001
Sexo femenino, n (%)	209 (30,9)	977 (21,1)	645 (23,0)	218 (21,1)	0,001
Diabetes mellitus	209 (30,9)	978 (31,8)	937 (33,4)	0 (0,0)	0,001
Hipertensión arterial	402 (59,5)	1.952 (63,4)	1.601 (57,0)	442 (42,8)	0,001
Dislipemia	310 (45,9)	1.434 (46,6)	1.480 (52,7)	454 (43,9)	0,001
Fumadores	156 (23,1)	551 (17,9)	937 (33,4)	502 (48,6)	0,001
Antecedentes familiares de CI	123 (4,0)	123 (20,2)	253 (9,0)	185 (9,0)	0,001
CI previa	165 (24,2)	685 (22,2)	738 (26,3)	82 (7,9)	0,001
IAM previo	1.017 (33,0)	1.017 (33,0)	999 (35,6)	261 (25,3)	0,001
IC previa	42 (6,2)	177 (5,7)	58 (2,1)	6 (0,6)	0,001
Arteriopatía periférica	78 (11,5)	314 (10,2)	186 (6,6)	32 (3,1)	0,001
FA	62 (9,2)	354 (11,5)	183 (6,5)	26 (2,5)	0,001
Ictus previo	63 (9,3)	263 (8,5)	137 (4,9)	23 (2,2)	0,001
EPOC	90 (1,2)	396 (12,9)	189 (6,7)	48 (6,7)	0,001
IRC	66 (9,8)	213 (6,9)	68 (2,4)	9 (0,9)	0,001

ARM: antagonistas del receptor de mineralocorticoides; ACO: anticoagulantes orales; BB: bloqueadores beta; CI: cardiopatía isquémica; Cx: circunfleja; CD: coronaria derecha; DA: descendente anterior; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FA: fibrilación auricular; IECA/ARA II: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas del receptor de angiotensina II; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca; IRC: insuficiencia renal crónica; MACE: *Major Adverse Cardiovascular Events*; TCI: tronco coronario izquierdo).



Análisis de supervivencia.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la propuesta de 4 categorías podría tener mejor capacidad para la discriminación del riesgo en pacientes con SCASEST y pone en duda la nueva clasificación expuesta en las recientes guías europeas, particularmente el grupo de riesgo intermedio que pasaría a reclasificarse como de bajo riesgo.