



Revista Española de Cardiología



6016-61. ¿SE UTILIZA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA ELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST?

Lorenzo Azzalini, Zoraida Moreno-Weidmann, Xavier Rosselló, Joan Cinca y Xavier García-Moll del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La correcta estratificación del riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es necesaria para establecer la mejor estrategia terapéutica. Sin embargo, se dispone de pocos datos de la práctica clínica real. El objetivo de este trabajo fue determinar si la estratificación del riesgo se acompaña de una estrategia de revascularización y de un tratamiento médico acorde a ella.

Métodos: Análisis prospectivo de todos los pacientes que ingresaron por SCASEST en nuestro centro a lo largo de un año. Se analizaron las características de los pacientes, del ingreso, y si la estrategia de revascularización y el tratamiento al alta diferían según las escalas de riesgo TIMI y GRACE.

Resultados: Se incluyó a 303 pacientes consecutivos: 27% mujeres, 36% diabéticos, 49% con cardiopatía isquémica previa. El 54% de los enfermos presentó elevación de troponinas. Se realizó una coronariografía en el 83% de los casos. Se revascularizó percutáneamente (ICP) el 58%, y quirúrgicamente (CABG) el 8%. La mortalidad hospitalaria fue del 1,7%. La estratificación según la escala TIMI fue (bajo, intermedio, alto): $n = 66$ (21,8%), $n = 166$ (54,8%), $n = 71$ (23,4%). La estratificación según la escala GRACE fue (bajo, intermedio, alto): $n = 62$ (20,5%), $n = 117$ (38,6%), $n = 124$ (40,9%). La elección de la estrategia de revascularización no mostró ninguna tendencia a lo largo de las diferentes categorías de las escalas TIMI y GRACE (prueba de Mantel-Haenszel: $p = 0,40$ y $0,63$, respectivamente, para ICP; $p = 0,16$ y $0,62$, respectivamente, para CABG). Sin embargo, el tratamiento al alta (doble antiagregación, beta-bloqueantes, IECAs y estatinas) mostró una correcta adaptación a las diferentes categorías de la escala de riesgo TIMI.

Conclusiones: En la práctica clínica real de un hospital universitario de tercer nivel la correcta estratificación de los pacientes con SCASEST según las escalas TIMI y GRACE no condiciona una mayor o menor estrategia intervencionista. Sin embargo, el tratamiento médico al alta sí que muestra una correcta adaptación según el nivel de riesgo.