Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 650

Revista Española de Cardiología

6025-311. MOMENTO DE REALIZACIÓN DE LA CORONARIOGRAFÍA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y SU IMPACTO EN EL PRONÓSTICO

Marta Monteagudo Viana, Ildefonso Roldán Torres, José Ferrando Cervelló, Carlos Núñez Piles, Inmaculada Salvador Mercader, Julia Seller Moya, Daniela Dubois Marques y Vicente Mora Llabata del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: El tiempo óptimo para la realización de coronariografía (coro) en pacientes (p) con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es motivo de debate y no siempre se ajusta a las recomendaciones de las guías de práctica clínica diaria. Nuestro objetivo ha sido estudiar la relación entre el momento de la realización de coro y el riesgo de eventos mayores en el seguimiento en p ingresados con SCASEST.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes en condiciones de práctica clínica habitual de p consecutivos ingresados por SCASEST. Analizamos la incidencia durante el primer año de seguimiento de: muerte cardiaca, nuevo infarto no fatal, reingreso por insuficiencia cardiaca (MACE). Comparamos 2 grupos de estrategia invasiva: grupo A (rutina) y B (electiva). Clasificamos el grupo A en A1 (48 h) y A2 (3-5 días) y grupo B en B1 angiografía tras test de isquemia (> 5 días) y B2 (estrategia conservadora sin angiografía). La asociación entre tipo de estrategia y la tasa de incidencia de MACE la estudiamos mediante modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox. Ajustamos por la propensión de recibir angiografía incluyendo las variables asociadas con la coro y el tiempo en los modelos de regresión logística.

Resultados: 342 p consecutivos fueron incluidos, 28% mujeres. 188 fueron sometidos a una estrategia de rutina invasiva (A), 105 p en 48h (A1) y 83 p entre 3-5 d (A2), y 154 p a una estrategia invasiva electiva (B), 80 p tras test de isquemia (B1). En 74 p no se realizó coro (B2). Estos fueron de más edad 78,6 (DE: 8,7) vs 67,4 (DE: 12,5); p 0,001) y presentaron más MACE en el seguimiento, HR: 2,403 (IC95%: 1,590-3,631), p 0,001. Destacar que no observamos diferencias en la incidencia del evento combinado entre las estrategias A vs B1, HR:0,638 (IC95%: 0,397-1,024), p = 0,063 en el análisis crudo y HR:0,605 (IC95%: 0,315-1,162), p = 0,131 en el ajustado, ni entre A1 vs A2, HR:1,431 (IC95%: 0,873-2,347), p = 0,155 y HR:1,299 (IC95%: 0,633-2,664), p = 0,476 para el análisis crudo y ajustado, respectivamente.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con SCASEST, el momento de realización de la coronariografía no se relacionó con un aumento en la tasa de incidencia de MACE al año de seguimiento. Sin embargo, el manejo conservador en dichos pacientes se asoció con un peor pronóstico.