


# Impacto pronóstico de la estrategia invasiva precoz y diferida en el SCASEST de alto riesgo

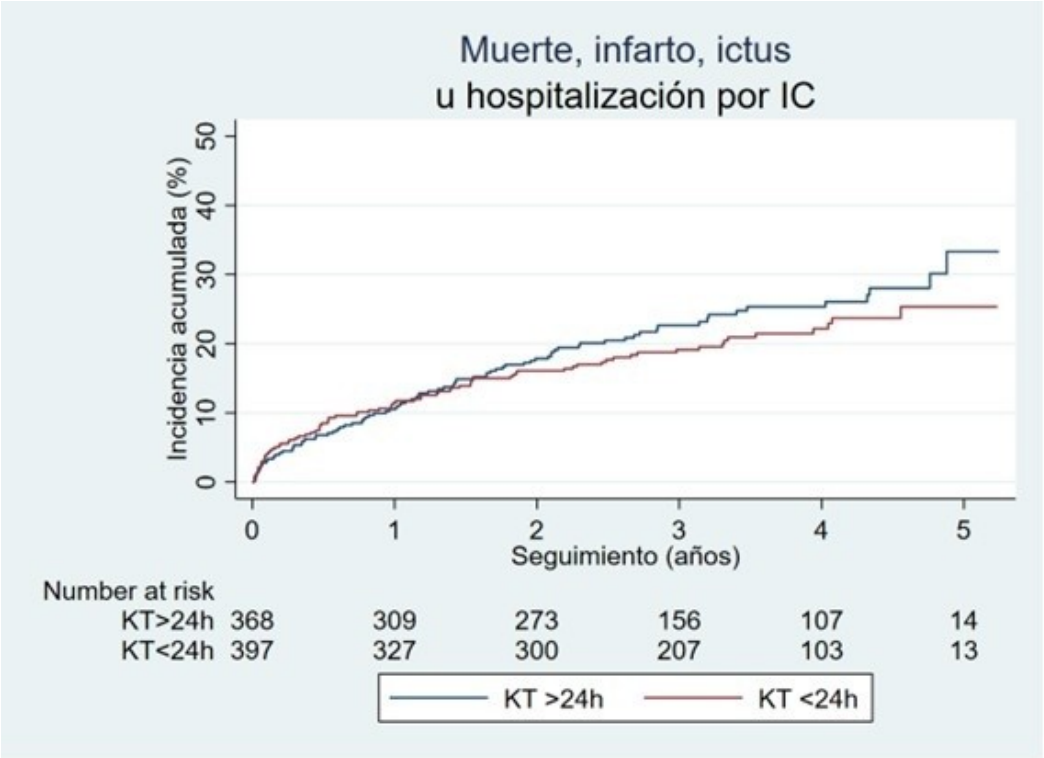
Cristina Morante Perea(1), Joan Siquier Padilla(1), María Roselló Herrera(1), Paula Manera Zorrilla-Lequerica(1), Montserrat Mateu Simonet(1), Aída Andreu Capó(1), Ana Elena Lago Rodríguez(1), Teresa Marco Mora(1), Cristina Gómez Cobo(2), Miquel Vives Borràs(1), Vicente Peral Disdier(1), Vicente Peral Disdier(1) y Xavier Rossello Lozano(1) de (1)Cardiología y (2)Análisis Clínicos. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España

Introducción: El manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) se basa en la estratificación del riesgo. En pacientes de alto riesgo, se recomienda una estrategia invasiva precoz (<24h; clase IIa, ESC guidelines) o una estrategia diferida (durante hospitalización; clase I, ESC guidelines). El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia a las recomendaciones y su impacto pronóstico en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional, con recogida prospectiva y consecutiva de 930 pacientes que ingresaron por SCASEST sometidos a coronariografía en un período de 4 años (2020–2024). El 83% se catalogó de alto riesgo según las ESC guidelines. Se compararon pacientes según el tiempo a la coronariografía (?24h vs >24h). El objetivo principal fue MACE (muerte, infarto, ictus o ingreso por insuficiencia cardiaca). Se realizó análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: Entre los pacientes de alto riesgo (n=766), el 52% fueron sometidos a coronariografia en <24h. Los pacientes del grupo >24h eran de mayor edad y riesgo clínico, con más comorbilidad y menor revascularización completa. No hubo diferencias en el tratamiento al alta. A los 3,1 años de seguimiento, no hubo diferencias en MACE (23,1% vs 19,6%; p=0,24). La estrategia precoz no se asoció de forma independiente con menor riesgo de MACE (HR 1,03; IC95% 0,76–1,41; p=0,85). La mortalidad no ajustada fue mayor en el grupo >24h (13,9% vs 9,0%; p=0,036), si bien la significación estadística se perdió al ajustar por posibles confusores (HR 0,86; IC95% 0,56–1,33; p=0,50).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con SCASEST sometidos a coronariografía, el 83% cumplían criterios de alto riesgo y aproximadamente en la mitad (52%) la coronariografía se realizó en <24 h. En este subgrupo, no se observaron diferencias en eventos cardiovasculares mayores a 3 años según el tiempo hasta la coronariografía tras ajuste multivariante.




**Características basales y resultados en pacientes con SCASEST de alto riesgo según tiempo hasta la coronariografía.**

| Variable | >24 h (n=368) | <24 h (n=398) | p valor |
|---|---|---|---|
| Edad (años) | 67 ± 12 | 64 ± 13 | <0.001 |
| Varón (%) | 73.9 | 74.9 | 0.76 |
| Fumador activo (%) | 31.3 | 38.7 | 0.031 |
| HTA (%) | 72.8 | 62.8 | 0.003 |
| Diabetes (%) | 35.3 | 29.9 | 0.11 |
| Dislipemia (%) | 72.3 | 67.8 | 0.18 |
| Cardiopatía isquémica previa (%) | 34.0 | 21.4 | <0.001 |
| ERC (%) | 16.8 | 11.6 | 0.036 |
| IAMSEST (%) | 87.8 | 94.2 | 0.002 |
| GRACE | 119 ± 30 | 113 ± 30 | 0.006 |
| TIMI | 3.0 ± 1.3 | 2.6 ± 1.3 | <0.001 |
| FEVI (%) | 57 ± 10 | 56 ± 10 | 0.35 |
| Enfermedad multivaso (%) | 50.5 | 42.7 | 0.030 |
| Revascularización completa índice (%) | 53.2 | 62.7 | 0.012 |
| Revascularización completa 3 meses (%) | 80.5 | 86.1 | 0.049 |
| MACE (%) | 23.1 | 19.6 | 0.24 |
| Mortalidad (%) | 13.9 | 9.0 | 0.036 |

Datos expresados como media ± desviación estándar o n (%). MACE: muerte, infarto de miocardio, ictus o ingreso por insuficiencia cardiaca.