

¿La comorbilidad influye en la decisión de un abordaje intervencionista de pacientes ingresados con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en un hospital comarcal?

Does comorbidity affect the decision regarding an interventionist approach to patients admitted for non-ST segment acute coronary syndrome in a regional hospital?

Sr. Director:

Los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del segmento ST (SCASEST) tienen un perfil cardiovascular de alto riesgo y, sin embargo, una baja proporción recibe tratamiento invasivo¹. El estudio MASCARA² demostró que se indicaba un tratamiento invasivo a los pacientes de más bajo riesgo, más jóvenes, con menor prevalencia de diabetes o insuficiencia renal. Uno de las variables menos estudiada, a la hora de indicar un tratamiento invasivo en pacientes con SCASEST es la comorbilidad asociada. Tampoco disponemos de datos concluyentes que establezcan los factores que determinan el traslado, desde un hospital comarcal, a un hospital con unidad de hemodinámica.

Para conocer si la comorbilidad asociada influye en la decisión de traslado para la indicación de coronariografía, hemos analizado una cohorte de pacientes con SCA, ingresados en un hospital comarcal durante 39 meses, con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST o angina inestable.

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 245 pacientes (edad media [\pm DE]: 71 ± 12 años; mujeres: 34,3%), con angina inestable o IAMSEST. La comorbilidad media (índice de Charlson [ICH]³) fue relativamente baja ($1,57 \pm 1,5$). La escala TIMI⁴ mostró un riesgo moderado-alto (riesgo ≥ 3 en el 65,8%).

Un total de 125 pacientes (51%) fueron remitidos a otro hospital para coronariografía. Las principales variables asociadas al cateterismo fueron: menor edad ($67,1 \pm 10,3$ vs. $75,7 \pm 12,6$ años; $p < 0,001$), sexo masculino (72,8 vs. 27,2%, $p < 0,01$), menor puntuación TIMI (TIMI 3-4, 47,2 vs. > 4 , 58,3%; $p = 0,04$), menor comorbilidad (ICH = 0, 31,2%, vs. ICH > 3 , 12%; $p = 0,01$), menor probabilidad de arteriopatía periférica (3,2 vs. 12,5%; $p = 0,007$) y de insuficiencia cardíaca (2,4 vs. 15%; $p < 0,001$). El cateterismo se indicó en un menor porcentaje de enfermos con descenso del segmento ST en el ECG inicial (24,5 vs. 29,2%; $p < 0,001$), menor probabilidad de IAM (30,9 vs. 54,2%; $p < 0,001$) y menor porcentaje con Killip III-IV (2,4 vs. $> IV$, 16,7%; $p < 0,001$). Los factores determinantes independientes para la realización de la coronariografía fueron la edad (OR: 0,94; IC 95%: 0,91-

0,96; $p < 0,001$) y los niveles séricos de creatinina (OR: 0,32; IC 95%: 0,13-0,77; $p < 0,01$).

Estos resultados muestran que en nuestro hospital comarcal sin laboratorio de hemodinámica, la indicación de una estrategia invasiva fue baja (51%) pese a tratarse de una población de moderado-alto riesgo para acontecimientos cardiovasculares. Las variables que influyeron en la indicación de cateterismo cardíaco fueron la edad, los antecedentes de arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y la función renal, más que el propio riesgo isquémico o la comorbilidad asociada. Por tanto, en este estudio el factor que determinó una actitud conservadora, contrariamente a lo que indican las guías, fue la edad avanzada más que la comorbilidad.

Es posible que estos resultados se expliquen por la creencia de que los pacientes ancianos y/o con enfermedades concomitantes son malos candidatos para revascularización coronaria. Sin embargo, el mal pronóstico precoz de los pacientes con comorbilidad y riesgo elevados^{5,6}, justifica aplicar escalas de riesgo para conocer qué pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento invasivo.

Bibliografía

1. Bueno H, Bardají A, Fernández-Ortiz A, Marrugat J, Martí H, Heras M, et al. Estudio DESCARTES. Rev Esp Cardiol. 2005;58:244-52.
2. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo Registro Actualizado). Resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16.
3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mackenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-83.
4. Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA. 2000;284:835-42.
5. Núñez JE, Núñez E, Fàcil L, Bertomeu V, Llàcer A, Bodí V, et al. Papel del índice de Charlson en el pronóstico a 30 días y 1 año tras un infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2004;57:842-9.
6. Sanchis J, Núñez J, Bodí V, Núñez E, García Álvarez A, Bonanad C, et al. Influence of comorbid conditions on one year outcomes on non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. Mayo Clin Proc. 2011;86:291-6.

G. Vazquez-Oliva*, A. Zamora, M. Vilaseca y G. Paluzie

Unitat de Cardiologia, Hospital Comarcal de Blanes, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, Girona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gvazquez@salutms.cat
(G. Vazquez-Oliva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.11.017>