

Artículo Original de Investigación

Registro nacional de síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST en la República Argentina (RENASCA.AR)**National registry of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in Argentina (RENASCA.AR)**

Walter Quiroga Castro, Miguel Hominal, Gerardo Zapata, Juan Muntaner, Daniel Mauro, Alejandro Meiriño, Mauro Quiroga, Stella Maris Macín, Alejandro Amoroso, Lorena López, Raul Barcudi, Sebastián García Zamora y Luis Keller.

Comité de Cardiopatía Isquémica de la Federación Argentina de Cardiología.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 5 de Mayo de 2025

Aceptado después de revisión

el 26 de Enero de 2026

www.revistafac.org.ar

Los autores declaran no tener
conflicto de intereses.

Palabras clave:

IAMSEST,

Angina inestable,

Síndrome coronario agudo.

Keywords:

Acute coronary syndrome,

NSTEMI,

Unstable angina.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad e internación a nivel mundial. Dentro de ellas, los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST constituyen una manifestación frecuente. En Argentina, las disparidades en el acceso a servicios especializados dificultan un abordaje homogéneo de esta patología.

Objetivo: el registro RENASCA.AR tuvo como objetivo caracterizar el perfil clínico, terapéutico y evolutivo de pacientes con SCASEST en distintos niveles de atención del país.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo y multicéntrico, que incluyó 679 pacientes internados en 31 centros entre noviembre de 2022 y diciembre de 2024.

Resultados: la edad media fue de 63 años, el 27,1% eran mujeres. La presentación clínica más frecuente fue IAMSEST (65%), seguida de angina inestable (25%) y MINOCA (10%). El 90% de los pacientes fueron sometidos a cinecoronariografía, con una mediana de tiempo hasta el estudio de 22 horas. La tasa global de angioplastia fue del 67%, significativamente mayor en hombres que en mujeres (67% vs. 45%; $p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,4%, y la tasa compuesta de eventos (muerte y/o insuficiencia cardíaca descompensada) fue del 11,1%, con mayor prevalencia en mujeres que hombres (15,2% vs 9,6%; $p < 0,04$).

Conclusiones: RENASCA.AR mostró una alta tasa de utilización de estrategias invasivas, con baja mortalidad global, aunque con diferencias significativas según el sexo. Este registro aporta información clave sobre el manejo actual del SCASEST en Argentina y subraya la necesidad de optimizar el acceso y equidad en la atención cardiovascular.

National registry of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in Argentina (RENASCA.AR).

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases represent the leading cause of mortality and hospitalization worldwide. Among them, non-ST-segment elevation acute coronary syndromes are a common manifestation. In Argentina, disparities in access to specialized services hinder a uniform approach to this condition.

Objective: the RENASCA.AR registry aimed to characterize the clinical, therapeutic, and evolutionary profile of patients with NSTEMI across different levels of healthcare in the country.

Methods: a prospective, multicenter study was conducted, including 679 patients hospitalized in 31 centers between November 2022 and December 2024.

Results: the mean age was 63 years, and 27.1% were women. The most frequent clinical presentation was NSTEMI (65%), followed by unstable angina (25%) and MINOCA (10%). Coronary angiography was performed in 90% of patients, with a median time to procedure of 22 hours. The overall rate of percutaneous coronary intervention (PCI) was 67%, significantly higher in men than in women (67% vs. 45%; $p < 0.001$). In-hospital mortality was 1.4%, and the composite event rate (death and/or decompensated heart failure) was 11.1%, with a higher prevalence in women than men (15.2% vs 9.6%; $p < 0.04$).

Conclusions: RENASCA.AR revealed a high use of invasive strategies and low overall mortality, although with significant sex-related differences. This registry provides key insights into the current management of NSTEMI-ACS in Argentina and highlights the need to improve access and equity in cardiovascular care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de internación y mortalidad a nivel mundial¹. Esta categoría abarca un amplio espectro de presentaciones clínicas, desde pacientes estables y asintomáticos hasta eventos agudos. Estos últimos, denominados síndromes coronarios agudos (SCA), comprenden la angina inestable (AI), el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) y el infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST (IAMEST)².

En Argentina, coexisten diversos niveles de complejidad en el sistema de salud, lo que da lugar a distintas estrategias diagnósticas y terapéuticas. Esto hace indispensable una adecuada coordinación del sistema sanitario, tanto a nivel nacional como regional. Para ello, resulta fundamental contar con información precisa sobre la prevalencia, el tratamiento y las complicaciones de los SCA, considerando además las barreras que dificultan el acceso oportuno al diagnóstico y manejo adecuados según las guías y protocolos vigentes.

Distintos registros transversales realizados en la Argentina han permitido caracterizar los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de los SCA desde hace varios años, evidenciando importantes disparidades en cuanto a las demoras diagnósticas, las estrategias de reperfusión y las modalidades de revascularización^{3,4}. El registro Buenos Aires 1, publicado en 2020, incluyó 1100 pacientes de centros de la provincia homónima, y mostró un abordaje terapéutico predominantemente invasivo en pacientes con SCA sin elevación del ST (SCASEST), con baja prevalencia de complicaciones intrahospitalarias y durante el seguimiento⁵. Más recientemente, el registro ReSCAR, que incluyó 984 pacientes con SCA, reportó una mortalidad intrahospitalaria del 3,7%⁶. Cabe destacar que ambos registros fueron realizados en centros de alta complejidad, con disponibilidad de unidad coronaria y servicio de hemodinamia las 24 horas.

Sin embargo, dada la vasta extensión geográfica de nuestro país, numerosas localidades pequeñas y/o alejadas de los grandes centros urbanos no cuentan con la complejidad necesaria para la atención adecuada del SCA. En estas regiones, a menudo no se dispone de unidades coronarias, médicos especialistas ni acceso a hemodinamia, por lo que los pacientes suelen ser atendidos inicialmente en áreas críticas no específicas, como terapias intensivas polivalentes.

En este contexto, y con el objetivo de obtener una visión más representativa de la situación actual en Argentina, se propuso desarrollar un REgistro NAcional de SCA sin elevación del segmento ST en la República Argentina (RENASCA.AR). Este registro buscó recolectar información

actualizada sobre la prevalencia, tratamiento, complicaciones y mortalidad de dicha patología en distintos niveles de atención sanitaria a lo largo del país.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Aportar información objetiva en el campo de los SCASEST, una manifestación particularmente frecuente de la cardiopatía isquémica.

Objetivos secundarios:

1. Describir las características demográficas, factores de riesgo, presentación clínica, estratificación de riesgo y estrategias terapéuticas al ingreso y durante la evolución.
2. Evaluar la prevalencia de complicaciones hemodinámicas, eléctricas e isquémicas, así como la mortalidad intrahospitalaria en pacientes internados por SCASEST.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y prospectivo, el cual incluyó pacientes hospitalizados por SCASEST desde noviembre de 2022 hasta diciembre de 2024, en un total de 31 centros a lo largo del país, listados en la *tabla 1*. La invitación a los centros participantes se realizó a través de difusión de la Federación Argentina de Cardiología (FAC).

Para ser incluidos en el registro, los pacientes debían cumplir los siguientes criterios:

• Criterios de inclusión:

- Firma del formulario de consentimiento informado (FCI)
- Mayores de 18 años
- Diagnóstico clínico de SCASEST al momento del ingreso

• Criterios de exclusión:

- Imposibilidad de realizar seguimiento
- Paciente con diagnóstico principal diferente a SCASEST
- Imposibilidad o negativa del paciente para obtener el FCI

Se analizaron las formas de presentación clínica, hallazgos electrocardiográficos y analíticos, así como también la estrategia terapéutica que adoptó cada centro para el manejo del SCASEST. Se realizó estratificación en todos los casos mediante los scores de riesgo isquémico (GRACE) y de sangrado (CRUSADE) utilizados habitualmente^{7,8}.

Se realizó seguimiento mediante contacto clínico y/o telefónico a los 30 y 180 días con el fin de detectar eventos cardiovasculares al seguimiento. Dentro de los mismos se consideraron: muerte, IAM, ACV, sangrado y necesidad de nueva revascularización no programada al momento de la externación. Para la valoración del sangrado se utilizó la

TABLA 1.
Centros participantes por provincia

Provincia	Centro	Investigador(es) Principal(es)
BUENOS AIRES	Clínica Pergamino Nueva Clínica Chacabuco de Tandil	Estefanía Matijacevich Patricia Maccarone
CORDOBA	Clínica Universitaria Reina Fabiola Instituto Modelo de Cardiología Sanatorio Allende Nueva Córdoba	Raul Barcudi Mauro Quiroga Juan Pablo Ricarte Bratti
CORRIENTES	Hospital San Juan Bautista Instituto de Cardiología Juana Cabral	Christian José Monjes Stella Maris Macin
JUJUY	Clínica Nuestra Señora de Fátima	Richard Allen Callaway
MENDOZA	Hospital Central de Mendoza Hospital Enfermeros Argentinos Hospital Español del Sur Mendocino Hospital Regional de Malargüe Hospital Schestakow Policlínica Privada San Rafael	Javier Ignacio / Leonardo Ripa Carlos Hopp / Walther Marín Daniel Mauro / Lucila Ebbeke Celeste Vera / Roberto Cortéz Susana Marzana Maria Eugenia Baez
SALTA	Hospital San Bernardo IMAC Sanatorio San Roque	Alejandro Amoroso / Javier Belmont Aníbal Abraham / Débora Campos Sergio Argiro / Florencia König
SAN JUAN	Hospital Público Descentralizado	Esteban López Marinaro
SANTA FE	Hospital de Emergencias Clemente Alvarez Hospital Español de Rosario Instituto Cardiovascular de Rosario Sanatorio Aliare Sanatorio Americano Sanatorio Británico Sanatorio Delta Sanatorio Diagnóstico Sanatorio Julián Moreno	Marcelo Marino Edgardo Daniel Miraglia Gerardo Zapata Marcelo Elías Abraham Mauricio Priotti Luis Keller Sebastián García Zamora Miguel Hominal Julieta Storlini
TUCUMAN	Centro Modelo de Cardiología Centro Privado de Cardiología Hospital General Lamadrid de Monteros Instituto de Cardiología de Tucumán	Lorena Lopez Javier Hasbani Esteban Rengel Esteban Rengel

clasificación de Bleeding Academic Research Consortium (BARC)⁹.

Se consideró el punto final primario (PFP) de evaluación a la combinación de muerte intrahospitalaria y/o internación por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD).

Se analizaron los patrones electrocardiográficos, considerando las ondas T negativas, el infradesnivel del segmento ST y el electrocardiograma (ECG) normal, en busca de determinar su asociación con anatomía coronaria y eventos (PFP).

DEFINICIONES

Se emplearon las siguientes definiciones:

- **IAMSEST:** evento de necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, documentado por una elevación y/o descenso de biomarcadores cardíacos (preferentemente troponina cardíaca), con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite superior de referencia, en ausencia de elevación persistente del segmento ST en el ECG y en el contexto de clínica de isquemia miocárdica. La evidencia de isquemia podía manifestarse mediante síntomas compatibles, cambios electrocardiográficos

isquémicos distintos a la elevación del ST, alteraciones nuevas de la contractilidad miocárdica, o pérdida de miocardio viable en estudios por imágenes, o hallazgos angiográficos compatibles con enfermedad coronaria aguda.

- **AI:** SCA caracterizado por la presencia de isquemia miocárdica aguda, manifestada clínicamente por dolor torácico o equivalente isquémico de reciente comienzo, de aparición en reposo, de intensidad progresiva o con umbral decreciente, sin evidencia de necrosis miocárdica, definida por ausencia de elevación y/o descenso de biomarcadores cardíacos (preferentemente troponina) por encima del percentil 99 del límite superior de referencia.
- **Infarto con arterias coronaria no obstructivas (MINOCA):** SCA que cumple criterios diagnósticos universales de IAM, en el cual la angiografía coronaria demuestra ausencia de enfermedad coronaria obstructiva, definida como estenosis <50 % en todas las arterias coronarias epicárdicas, sin una causa clínica alternativa evidente que explique la presentación (por ejemplo, miocarditis o miocardiopatía por estrés, etc).

TABLA 2.

Características basales de la población

Edad (mediana, rango)	63 años (24-95)
Sexo masculino	72,9% (495)
Factores de riesgo	
Hipertensión arterial	75,1% (510)
Dislipemia	55,2% (375)
Tabaquismo	61,3% (416)
Activo	32,5% (221)
Pasado	28,8% (195)
Diabetes Mellitus	29,1% (197)
IMC >30	29,1% (197)
Antecedentes heredofamiliares	17,8% (121)
Sedentarismo	72,4% (491)
Antecedentes cardiovasculares	
Enfermedad coronaria	34,6% (235)
Infarto previo	23,8% (162)
Angioplastia previa	26,3% (178)
CRM previa	4,3% (29)
Insuficiencia cardíaca	7,6% (52)
Enfermedad vascular periférica	7,9% (53)
Comorbilidades	
Insuficiencia renal	5,4% (37)
EPOC	5% (34)
ACV	3,9% (26)

IMC: índice de masa corporal, CRM: cirugía de revascularización miocárdica, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ACV: accidente cerebrovascular

Consideraciones éticas

A todos los participantes del registro se les entregó el FCI previo a su inclusión. En dicho documento se explicaban en detalle los objetivos del estudio, los datos recolectados y las medidas adoptadas para su protección. Asimismo, se solicitó la autorización de los pacientes para utilizar dicha información y para poder ser contactados en el seguimiento. Se les informó que su participación era completamente voluntaria y que su decisión de participar o no, no afectaría en modo alguno su relación con el centro en el que se encontraban internados. El FCI fue elaborado por el Comité Científico del Registro y aprobado posteriormente por la Secretaría de Investigación de la FAC.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico infostat de la Universidad Nacional de Córdoba. Las variables continuas se analizaron mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. Aquellas con distribución normal se expresaron como media y desvío estándar; aquellas con distribución no normal como mediana y rango intercuartil, analizadas a partir del test de la t de Student o Test no paramétricos

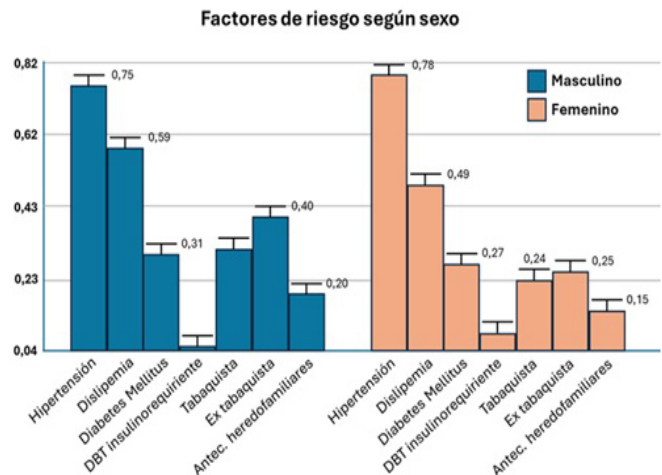


FIGURA 1.

Factores de riesgo cardiovascular según sexo
DBT: Diabetes Mellitus.

según corresponda. Las variables cualitativas fueron expresadas como porcentajes y número de casos, y en el análisis bivariado de evaluación de los factores asociados se compararon las proporciones con el test de Chi cuadrado o Fisher según supuestos y frecuencias esperadas. En todos los casos fueron considerados significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el período analizado se conformó una muestra total de 679 pacientes, de los cuales el 184 (27,1%) fueron de sexo femenino y con una edad promedio de 63 años (rango 24-95). La edad promedio en los hombres fue de 62,8 años (24-92), mientras que en las mujeres resultó de 66,1 años (37-95). Se observó un rango significativamente menor en los pacientes de sexo masculino (13 años menor que en las mujeres).

Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial fue el de mayor prevalencia (75,1%), seguido de la dislipemia (55,2%). Un 29,1% refería diagnóstico previo de Diabetes Mellitus (5,4% tipo I). El 32,5% de los pacientes eran tabaquistas al momento del ingreso (hábito tabáquico activo), aunque la exposición al tabaco fue del 61,3% (ex tabaquistas y actuales). Un 29,1% presentaban obesidad al ingreso (IMC>30), siendo mórbida (IMC>40) en solo el 5% de los casos. El resto de las características basales de la muestra se detallan en la [tabla 2](#).

Al analizar los factores de riesgo en relación con el sexo, se encontró que tabaquismo (tanto el actual y como el pasado) eran estadísticamente más frecuentes en los hombres que en las mujeres: tabaquismo actual hombres 32% vs. 24% en las mujeres; $p < 0,043$; IC 95 1,50 (1,01-2,22) ([Figura 1](#)). Ex-tabaquismo en hombres 40% vs. mujeres 25%; $p < 0,0006$; IC 95 1,99 (1,32-2,96). No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al resto de los factores riesgo evaluados.

TABLA 3.

Análisis del patrón electrocardiográfico según la presencia de eventos

Patrón del ECG	Sin eventos (n=604)	Con eventos (n=75)	OR (IC 95%)	p
Sin cambios	30,9% (187)	9,3% (7)	0,18 (0,08 - 0,40)	<0,0001
Ritmo de FA	3,9% (24)	13,3% (10)	4,4 (2,01 - 9,74)	<0,0001
BCRD	7,9% (48)	18,6% (14)	2,8 (1,44 - 5,49)	<0,002
Infradesnivel ST	26,9% (163)	56% (42)	3,7 (2,25 - 6,13)	<0,001
Ondas T negativas	36,9% (223)	41,3% (31)	2,7 (2,31 - 5,44)	NS

ECG: electrocardiograma, FA: fibrilación auricular, BCRD: bloqueo completo de rama derecha, IC: intervalo de confianza, NS: no significativo

Al evaluar el ECG de los pacientes ingresados, se encontró que se destacaron 3 patrones electrocardiográficos principales: ondas T negativas (37%), infradesnivel del segmento ST (30%) y ECG sin cambios (32%). El 9% presentó bloqueo completo de rama derecha (BCRD) y el 5% bloqueo completo de rama izquierda (BCRI). El 95% se presentaron al momento de la admisión hospitalaria en ritmo sinusal, mientras que solo el 5% presentaron fibrilación auricular (FA).

Se realizó estratificación del riesgo isquémico/hemorrágico en todos los casos a través del empleo de los scores de riesgo GRACE y CRUSADE, respectivamente. Se observó un score promedio de GRACE de 120 puntos (mediana 115, P25: 93, P75: 145), y CRUSADE promedio de 26 puntos (mediana 24, P25: 16, P75: 34). La utilización de estos scores y su percentil 75, permitió diferenciar un 25% de la población con score GRACE de alto riesgo (>145), y un 25% con score de CRUSADE >34 puntos, que corresponde a un riesgo de sangrado moderado a alto.

Respecto al tratamiento farmacológico, si bien el 94,1% recibieron aspirina al momento del ingreso, 77% fueron tratados con doble terapia antiplaquetaria (DAPT). Clopidogrel resultó ser el segundo antiplaquetario más utilizado (71,1%), seguido de ticagrelor (16,8%) y prasugrel (12,1%). Durante la internación 87,3% recibieron tratamiento anticoagulante, preferentemente con heparina de bajo peso molecular (58,2%). El 93,9% recibieron tratamiento con estatinas al ingreso.

Se realizó cinecoronariografía (CCG) en el 89,9% de los pacientes (n=611), sin observarse una diferencia significativa en el empleo de la estrategia invasiva debido al sexo (90% en hombres vs. 88% en mujeres; p=NS). Respecto al acceso vascular, se empleó el abordaje radial en la mayoría de los casos (radial 82% vs. femoral 18%). La mediana global al momento de la realización de la CCG fue de 22 hs (P25: 9 hs - P75: 45 hs). Al analizar dicho intervalo según el sexo, se observó que hubo un retraso en el caso de las mujeres (mujeres 27 hs, rango intercuartil 15-46 vs hombres 21 hs, rango intercuartil 7-44). Si se categorizan los pacientes estudiados dentro de las 12 hs: hombres 36% vs. mujeres 21%, p<0,009, OR 2,1 (IC 95% 1,35-3,27).

En cuanto a la anatomía coronaria, se observó que 34,5% de los pacientes presentaron lesión de un vaso, 26,5% de dos vasos y el 20,9% de tres vasos. En el 18% (n=110) de los casos se reportaron sin obstrucciones angiográficamente significativas (SOAS).

Al evaluar diagnóstico final dentro de los SCASEST, el 25% correspondieron a pacientes con AI, 65% a IAMSEST y 10% a pacientes con MINOCA.

Respecto a la revascularización, la tasa global de angioplastia coronaria (ATC) fue del 67%, la cual fue significativamente mayor en el sexo masculino (hombres 67% vs. mujeres 45%; p<0,001; OR 2,4; IC95% 1,68-3,54).

Se analizaron los eventos reportados durante la fase intrahospitalaria, observando una prevalencia de FA del 3%, ICD del 10,4% y una mortalidad del 1,4%, siendo la tasa del PFP del 11,1%. Este compuesto de eventos resultó ser significativamente mayor en mujeres (9,6% en hombres vs. 15,2% en mujeres; p<0,04; OR 1,69; IC95% 1,02-2,80). No se observaron diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad respecto al sexo (1% en hombres vs. 2,2% en mujeres, p=NS).

En busca de determinar si algún patrón del ECG se asoció con mayor riesgo clínico, se definieron dos grupos: aquellos que presentaron eventos clínicos (grupo con PFP) y aquellos que no los presentaron (grupo sin PFP), según se muestra en la [tabla 3](#).

Cabe destacar que el patrón de ECG sin alteraciones estuvo presente en el 40% de los casos, perteneciendo el 31% a pacientes sin PFP, mientras que en el grupo con PFC esta proporción fue considerablemente menor (9%).

Por otro lado, el infradesnivel del ST, el BCRD y la presencia de FA están presentes en forma significativa en el grupo de pacientes que presentan PFP. La presencia de ondas T negativas y BCRI en este grupo de pacientes no presentaron diferencia significativa.

Posteriormente, se analizaron los hallazgos del ECG y su asociación con la anatomía coronaria, evidenciando mayor prevalencia de ECG normal en pacientes SOAS e infradesnivel del ST en pacientes con lesiones significativas ([Tabla 4 y Figura 2](#)).

El tratamiento médico al momento de la externación se detalla en la [tabla 5](#).

DISCUSIÓN

Este análisis forma parte de un registro multicéntrico que incluyó pacientes con SCASST (AI e IAMSEST) internados para su evaluación y tratamiento. La muestra analizada está compuesta por pacientes provenientes de 37 centros distribuidos en 9 provincias de la República Argentina,

TABLA 4.

Análisis del patrón electrocardiográfico según la anatomía coronaria.

Patrón de ECG	SOAS (n=110)	Con lesiones (n=510)	OR (IC 95%)	P
Sin cambios	50% (55)	30% (153)	0,18 (0,08 - 0,40)	<0,0001
FA	5,4% (6)	4,9% (25)	4,4 (2,01 - 9,74)	NS
BCRD	6,3% (7)	8,8% (45)	2,8 (1,44 - 5,49)	<0,002
Infradesnivel del ST	15,4% (17)	31,9% (163)	2,65 (1,38 - 5,10)	<0,001
Ondas T negativas	31,8% (35)	38% (194)	3,1 (2,53 - 7,31)	NS

ECG: electrocardiograma, FA: fibrilación auricular, BCRD: bloqueo completo de rama derecha, SOAS: sin lesiones angiográficamente significativas, IC: intervalo de confianza, NS: no significativo

TABLA 5.

Tratamiento médico al alta

Antiagregación plaquetaria	
Aspirina	91,6% (614)
Clopidogrel	62,8% (421)
Ticagrelor	12,3% (82)
Prasugrel	14,9% (99)
DAPT	90,2% (604)
Betabloqueantes	81,7% (547)
ARA/IECA	71,1% (476)
AMR	16,7% (112)
Estatinas	96,4% (646)
Alta intensidad	91,6% (614)
Anticoagulación	7,3% (49)
AVK	1,9% (13)
DOAC	5,3% (35)

DAPT: doble terapia antiplaquetaria, ARA: antagonista de los receptores de angiotensina II, IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, AMR: antagonista de los receptores de mineralocorticoides, AVK: antagonistas de la vitamina K, DOAC: anticoagulantes directos

cada uno con distinto nivel de complejidad, infraestructura y red de derivación.

Dentro de los factores demográficos se observó un claro predominio del sexo masculino, los cuales, a su vez, resultaron ser más jóvenes. Este hallazgo confirma los datos reportados en otros registros multicéntricos, tanto nacionales como mundiales^{6,10,11,12}.

Resulta de interés destacar que, si bien el 5% de los pacientes presentaron FA al momento del ingreso, un 3% lo presentó durante la evolución hospitalaria, lo que representa una prevalencia total del 8% en esta población. Esto resulta de gran interés debido al impacto en la decisión del tratamiento antitrombótico.

Una baja proporción de paciente no presentó un patrón anormal en el ECG al momento del ingreso. Este último dato es para resaltar, ya que esto implica que existe un bajo porcentaje de pacientes que presentaron IC y/o muerte con un ECG normal al momento de la admisión hospitalaria. Esto confirma que, en ocasiones, el simple hecho de la presencia de un ECG sin alteraciones no implica un bajo riesgo.

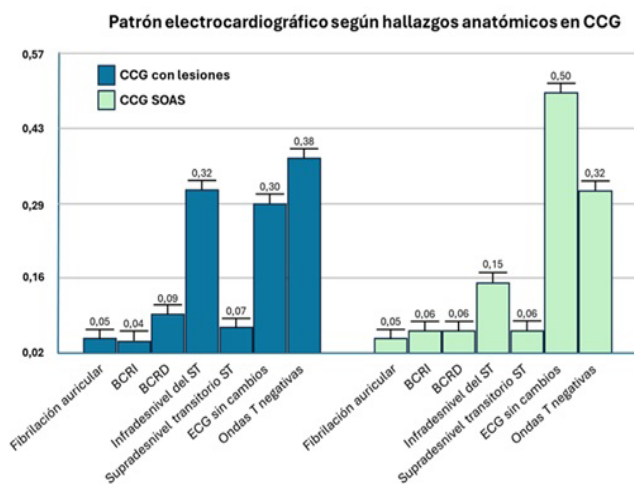


FIGURA 2.

Patrón electrocardiográfico según hallazgos anatómicos en la CCG CCG: cinecoronariografía, SOAS: sin lesiones angiográficamente significativas, BCRD: bloqueo completo de rama izquierda, BCRD: bloqueo completo de rama derecha, ECG: electrocardiograma

En cuanto al tratamiento médico, cabe destacar que la mayoría de los pacientes (casi 3 de cada 4) recibieron DAPT de ingreso. Este es un dato relevante, ya que si bien las guías contemporáneas no recomiendan el uso sistemático del pre-tratamiento (indicación Clase III en SCASST), el mismo se realizó en la mayoría de los casos¹³. Una posible razón sea el tiempo a la CCG>24 hs en gran parte de los casos, tal como recomienda el consenso de terapia antitrombótica de la FAC¹⁴. Por otro lado, la utilización de inhibidores del receptor P2Y₁₂ potentes resultó ser significativamente baja, al igual que en todos los registros nacionales.

Como se mencionó previamente, la mayoría de los pacientes fueron evaluados mediante CCG, alcanzando un 90%. Este dato adquiere relevancia, considerando que no todos los centros participantes contaban con unidad coronaria ni con disponibilidad de hemodinamia. En el registro Epi Cardio, se reportó una conducta invasiva en el 51,8 % de los pacientes con SCASST, mientras que en el registro ReSCAR, que incluyó únicamente centros de alta complejidad, esta tasa fue significativamente mayor, alcanzando el 84%^{6,15}.

Asimismo, no se observaron diferencias significativas en la indicación de estrategia invasiva entre hombres y mu-

jeros. Los autores consideran este hallazgo de particular importancia, dado que en la mayoría de los registros internacionales la tasa de intervencionismo ha sido significativamente menor en mujeres^{16,17,18,19}. No obstante, se evidenció una diferencia significativa en el tiempo hasta la realización de la CCG entre ambos sexos, con un mayor retraso en las mujeres. Al categorizar los tiempos en distintos intervalos (<3 h, <12 h, <24 h y >24 h), la diferencia estadística se mantuvo consistentemente a favor del sexo masculino.

Si bien la mortalidad impresiona ser baja, sobre todo en comparación con otros registros locales (1,4% vs. 2,7% en Buenos Aires 1 y 3,7% en ReSCAR), se considera que resulta adecuada al grupo de pacientes, según se explicó anteriormente con los scores de riesgo.

Limitaciones

La principal limitación de este estudio, común a este tipo de diseños, es el sesgo de selección. Si bien se logró una participación amplia de centros con distintos niveles de complejidad y de diversas regiones del país, aproximadamente la mitad de los pacientes fueron incluidos en solo seis centros de referencia. Además, no se garantizó la inclusión consecutiva de todos los pacientes internados en cada institución, lo que introduce un sesgo de inclusión. Esta situación podría haber influido en la baja tasa de eventos reportados. Por último, la ausencia de auditoría o control externo de los datos ingresados representa una posible fuente de error o de pérdida de información al momento del análisis.

CONCLUSIONES

El presente registro evidenció una alta tasa de utilización de CCG en el diagnóstico del SCA. No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la indicación de dicho estudio. La mortalidad global de la cohorte fue baja. Sin embargo, se registró una mayor tasa de angioplastia en los varones en comparación con las mujeres, al igual que una mayor incidencia de eventos clínicos posteriores.

La realización de registros como RENASCA.AR constituye una herramienta valiosa para conocer la práctica médica y los resultados clínicos en la Argentina. Si bien presenta limitaciones inherentes al diseño observacional y a la selección de los centros participantes, permite aproximarse a la realidad asistencial de los pacientes atendidos en instituciones afiliadas a la FAC.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar promoviendo registros multicéntricos de base prospectiva que permitan identificar disparidades, optimizar estrategias terapéuticas y mejorar la calidad asistencial en poblaciones con SCA a nivel nacional.

Agradecimientos

En nombre del grupo de investigadores de RENASCA.AR, agradecemos la valiosa colaboración de todos los investigadores participantes y sus respectivos equipos de trabajo en la recolección de datos y el seguimiento de los pacientes. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a CETI-FAC por su asistencia en el desarrollo y gestión de la base de datos.

BIBLIOGRAFIA

1. Steg G, James S, Atar D, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* **2012**; 33: 2569 – 2619.
2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* **2018**; 72: 2231 – 2264.
3. Blanco P, Gagliardi J, Higa C, et al. Infarto agudo de miocardio. Resultados de la Encuesta SAC 2005 en la República Argentina. *Rev Argent Cardiol* **2007**; 75: 163 – 170.
4. Gagliardi J, Charask A, Higa C, et al. Infarto agudo de miocardio en la República Argentina. Análisis comparativo en los últimos 18 años. Resultados de las Encuestas SAC. *Rev Argent Cardiol* **2007**; 75: 171 – 178.
5. Costabel J, Zaidel E, Rivero M, et al. Registro multicéntrico prospectivo de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en centros de alta complejidad. Resultados intrahospitalarios y evolución a 6 meses. *Rev Argent Cardiol* **2020**; 88: 308 – 316.
6. Rivero M, Feder J, Procopio G, et al. Registro de síndromes coronarios agudos en centros de alta complejidad de Argentina. ReSCAR 2022. *Rev Argent Cardiol* **2023**; 91: 205 – 211.
7. Eagle K, Lim M, Dabbous O, et al. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. GRACE Investigators. *JAMA*. **2004**; 291: 2727 – 2733.
8. Subherwal S, Bach R, Chen A, et al. Baseline Risk of Major Bleeding in Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: The CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) Bleeding Score. *Circulation* **2009**; 119: 1873 – 1882.
9. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al. Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials: A consensus report from the Bleeding Academic Research Consortium (BARC). *Circulation* **2011**; 123: 2736 – 2747.
10. Alabas O, Gale C, Hall M, et al. Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry. *J Am Heart Assoc* **2017**; 6: e007123.
11. Ten Haaf M, Bax M, ten Berg J, et al. Sex differences in characteristics and outcome in acute coronary syndrome patients in the Netherlands. *Neth Heart J* **2019**; 27: 263 – 271.
12. Khraishah H, Alahmad B, Alfaddagh A, et al. Sex disparities in the presentation, management and outcomes of patients with acute coronary syndrome: insights from the ACS QUIK trial. *Open Heart* **2021**; 8: e001470.
13. Byrne R, Rossello X, Coughlan J, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* **2023**; 44: 3720 – 3826.
14. Barcudi R, Bono J, Ramos, et al. Documento de consenso sobre terapia antitrombótica en enfermedad coronaria del Comité de Cardiopatía Isquémica de la Federación Argentina de Cardiología. *Rev Fed Arg Cardiol* **2022**; 51 (Suplemento 3): 4 – 35.
15. Gagliardi J, De Abreu M, Mariani J, et al. Motivos de ingreso, procedimientos, evolución y terapéuticas al alta de 54.000 pacientes ingresados a unidades de cuidados intensivos cardiovasculares en la Argentina. Seis años del Registro Epi-Cardio. *Rev Argent Cardiol* **2012**; 80: 446 – 454.
16. Mariani J, Antonietti L, Tajer C, et al. Diferencias de género en el tratamiento de síndromes coronarios agudos: resultados del registro Epi-Cardio. *Rev Argent Cardiol* **2013**; 81: 307 – 315.
17. Haider A, Bengs S, Luu J, et al. Sex and gender in cardiovascular medicine: presentation and outcomes of acute coronary syndrome. *Eur Heart J* **2020**; 41: 1328 – 1336.
18. Arora S, Stouffer G, Kucharska-Newton A, et al. Twenty-Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized with Acute Myocardial Infarction. *Circulation* **2019**; 139: 1047 – 1056.
19. Olivencia Peña L, Bueno Cavanillas A, et al. Síndrome coronario agudo en la mujer. Diferencias de género. *Medicina Clínica* **2011**; 137: 623 – 630.