



6011-179. REGISTRO INTRAHOSPITALARIO CONTEMPORÁNEO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE ÁREA. REGISTRO SCA-SAN PEDRO

Carolina Ortiz Cortés, Pablo Sánchez Calderón, Luis Enrique Lezcano Gort, Zineb Kounka, María José Romero Castro, David Chipayo Gonzales, Yolanda Porras Ramos y José Javier Gómez Barrado del Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es una causa importante de morbilidad hospitalaria por lo que el conocimiento de dicha patología en el medio hospitalario propio nos puede ayudar a mejorar su pronóstico. El último estudio disponible en nuestro país (estudio DIOCLE) confirma una reducción significativa de la mortalidad hospitalaria de los SCA con respecto a datos previos. El objetivo fue conocer las características clínicas, el manejo y la mortalidad hospitalaria de pacientes ingresados por SCA en un hospital de referencia provincial en nuestro entorno.

Métodos: Incluimos a todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva con diagnóstico de SCA durante un periodo de 6 meses (abril–septiembre 2015). Se recogieron los datos concernientes al ingreso.

Resultados: Analizamos 169 pacientes durante el periodo del estudio. Un total de 69 (40,8%) pacientes presentaron SCACEST (17,7% SCACEST anterior y 23,07% inferior o lateral), 89 (52,6%) pacientes presentaron SCASEST y 11 (6,5%) pacientes SCA de localización indeterminada por bloqueo de rama izquierda o estimulación por marcapasos. Se realizó coronariografía durante el ingreso a 153 (90,5%) pacientes (94,2% en SCACEST, 88,7% en SCASEST y 81,8% en SCA indeterminado). Los datos relativos a las características clínicas, manejo, evolución hospitalaria, pronóstico y tratamiento recibidos al alta se recogen en la tabla. La mortalidad hospitalaria fue del 5,3% (7,2%, 2,2 y 18,1% para SCACEST, SCASEST y SCA indeterminado respectivamente).

	SCACEST (69)	SCASEST (89)	SCA indeterminado (11)	p
Edad (años)	65,4 ± 14,2	70,8 ± 12,4	75 ± 13,5	0,01
Mujeres n (%)	17 (24,6)	36 (40,4)	27,27	NS
FRCV y comorbilidades n (%)				
HTA	33 (47,8)	67 (75,2)	7 (63,6)	0,002

DM	17 (24,6)	32 (35,9)	5 (45,4)	NS
DLP	24 (34,7)	52 (58,42)	7 (63,6)	0,008
Tabaquismo activo	25 (36,23)	16 (17,9)	1 (9)	0,026
Antecedentes FA	6 (8,6)	11 (12,3)	2 (18,18)	NS
I. renal	6 (8,6)	13 (14,6)	1 (9)	NS
C. isquémica previa	5 (7,2)	32 (35,9)	2 (18,18)	0,0001
Complicaciones n (%)				p 0,0001
Arritmias	2 (2,9)	9 (10,11)	0 (0)	
FA/ <i>Flutter</i>	6 (8,6)	4 (4,4)	2 (18,18)	
TV/FV	9 (13,04)	2 (8,9)	0 (0)	
BAV	9 (13,04)	0 (0)	2 (18,18)	
TCIV	2 (2,9)	0 (0)	0 (0)	
Complicaciones mecánicas				NS
Afectación coronaria, n (%)				p: 0,016
1 o 2 vasos	54 (78,2)	51 (57,3)	4 (36,3)	
TCI o 3 vasos	4 (5,7)	14 (15,7)	1 (9)	
Sin lesiones significativas	3 (4,3)	14 (15,7)	1 (9)	
Coronariografía	65 (94,2)	79 (88,7)	9 (81,8)	NS
ICP	58 (84)	50 (58,8)	6 (54,5)	0,001

FEVI	55,1 (± 11)	59,5 (±12)	51 (± 15)	NS
Killip III/IV	11,05	6,06	8,1	NS
Puntuación GRACE	141 (±46)	123,9 (± 35)	167 (±46)	0,01
Tratamientos al alta, n (%)				
Ácido acetilsalicílico	65 (94,2)	79 (88,7)	8 (72,7)	0,029
Inh P2Y12	65 (94,2)	72 (80,8)	7 (63,6)	0,01
Betabloqueante	52 (75,3)	72 (80,8)	5 (54,5)	0,024
IECA/ARAII	50 (72,4)	61 (68,5)	7 (63,6)	NS
Estatinas	64 (92,7)	86 (96,6)	8 (72,7)	0,01
Antialdosterónicos	7 (10)	9 (10,11)	2 (18,18)	NS
Mortalidad	5 (7,2)	2 (2,2)	2/18,18)	0,05

Conclusiones: Las características clínicas y el manejo del SCA en nuestro hospital, un hospital de referencia provincial no difieren de la referida en los recientes registros españoles; también registramos una disminución de la mortalidad con respecto a estudios previos en consonancia con una mayor adherencia a los tratamientos recomendados por las guías clínicas.