



4023-8. ¿EN QUÉ PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO PODRÍA ACORTARSE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD CORONARIA?

Nuria Acosta García¹, Ana Viana Tejedor², Elena Fortuny Grau², Dafne Viliani², Iván Núñez Gil², Nieves Gonzalo² y Antonio Fernández Ortiz² del ¹Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid) y ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es una patología con importante morbi-mortalidad que obliga al ingreso de estos pacientes en una unidad de cuidados intensivos o una unidad coronaria (UC) al menos durante las primeras 48 horas, según las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica. El objetivo de este estudio es seleccionar a aquellos pacientes con buen pronóstico y escaso riesgo de presentar complicaciones en los que podría acortarse su estancia en la UC.

Métodos: Estudiamos las características epidemiológicas y clínicas de 1.053 pacientes consecutivos ingresados por SCA en la UC de un hospital terciario entre enero de 2011 y diciembre de 2012. Analizamos la relación entre la clase de Killip y Kimball (KK) al ingreso y el desarrollo de arritmias ventriculares malignas, de mayor tamaño del infarto y con la mortalidad intrahospitalaria, utilizando para ello la prueba de χ^2 .

Resultados: Del total de nuestros pacientes, el 56% presentaban un SCA con elevación del segmento ST y el 44% un SCA sin elevación del ST. Al ingreso, 838 pacientes se encontraban en clase de KK I y 215 pacientes en KK II, III o IV. En el 46,5% de los pacientes en Killip I al ingreso, la arteria descendente anterior era la responsable del infarto, mientras que lo fue en el 68,5% de los pacientes en clases de KK II, III o IV ($p < 0,001$). La mortalidad en el grupo de pacientes en Killip I fue significativamente inferior que en el resto de pacientes (0,3% frente al 8,4%; $p < 0,001$). Respecto a las arritmias ventriculares, en lo que se refiere a la fibrilación ventricular, de los pacientes en KK I, la presentaron únicamente el 2,38% frente al 6,98% del resto de los pacientes ($p = 0,01$). La incidencia de taquicardia ventricular monomorfa sostenida también fue significativamente menor en el grupo en KK I (1,67% vs 4,67%; $p = 0,009$).

Conclusiones: en nuestro estudio, los pacientes con SCA que se encuentran en clase de Killip I al ingreso presentan una menor mortalidad hospitalaria y una menor incidencia de arritmias ventriculares primarias con respecto a los pacientes en clases de KK mayor. Este subgrupo presenta claramente un mejor pronóstico y podría beneficiarse de un alta precoz de la UC (antes de las 48 horas) y disminuir así los elevados costes de hospitalización.