Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 473

Revista Española de Cardiología

6011-133. ¿CUÁL ES LA EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO SOMETIDOS A TERAPIAS DE REPERFUSIÓN?

Pedro Daniel Perdiguero Martín, Pedro Pabón Osuna, Jose Ángel Pérez Rivera, Tania Rodríguez Gabella, María del Carmen Valenzuela Vicente, Esther Sánchez Corral, Francisco Martín Herrero y Pedro Luis Sánchez Fernández del IBSAL-Hospital Universitario de Salamanca.

Resumen

Objetivos: Determinar: 1. Evolución temporal de la mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados en la UCIC con un SCACEST entre los años 1993 y 2007 y sometidos a fibrinólisis o ICP. 2. Variables que expliquen las diferencias de mortalidad en los diferentes puntos temporales. 3. Predictores independientes de mortalidad en la población incluida en el registro. 4. Efecto de los tiempos de retraso sobre la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 1969 pacientes consecutivos ingresados en la UCIC entre los años 1993-2007 con el diagnóstico de SCACEST y que recibieron terapias de reperfusión. El proceso estadístico incluyó un análisis descriptivo general y un análisis inferencial univariante y multivariante, empleándose el paquete estadístico SPSS.

Resultados: En el análisis ajustado, las variables asociadas a un incremento de la mortalidad fueron: edad, HTA, angina previa, localización anterior del infarto y Killip al ingreso. Se asociaron con una reducción de la mortalidad el tratamiento con antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, betabloqueantes e IECAS. El análisis cronológico estratificado anualmente evidenció diferencias en la mortalidad relacionada con el tiempo, con un punto de inflexión entre los periodos 1993-2000 y 2001-2006 (mortalidad no ajustada: 14,7% vs 9,1%). En el primer periodo observamos mayor prevalencia de angina e infarto previos y una tasa significativamente más baja de tratamiento médico óptimo. Ningún paciente recibió ICP, frente al 42% de los pacientes del segundo periodo. Con respecto a las diferencias en los tiempos de retraso, el retraso síntomas-reperfusión fue significativamente mayor en el segundo periodo (238 min vs 216 min, p: 0,012), no observándose diferencias en el resto de los retrasos analizados. En el análisis multivariante, ni el periodo de tiempo analizado, ni el método de reperfusión fueron predictores independientes de mortalidad.

Análisis de los tiempos de retraso según la época.

Análisis de regresión logística binaria para mortalidad intrahospitalaria				
	OR	IC95%		p
		Inferior	Superior	
Edad	1,052	1,036	1,069	0,000
HTA previa	1,546	1,096	2,182	0,013
Antecedentes de angina	1,651	1,051	2,595	0,030
Killip al ingreso	6,078	4,251	8,692	0,000
Betabloqueantes	0,208	0,132	0,227	0,000
IECAs	0,174	0,111	0,272	0,000
Hipolipemiantes	0,222	0,107	0,460	0,000
Loc. anterior	2,195	1,543	3,121	0,000
Antiagregantes	0,358	0,220	0,581	0,000

Angiopl. vs fibrinolisis	0,780	0,412	1,478	0,447
Época (1993-2000 vs. 2001-2006)	0,837	0,519	1,350	0,466

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria es mayor en el primer periodo, pero no está influenciado por el método de reperfusión ya que no se observaron diferencias en los distintos tiempos hasta la reperfusión, salvo en el tiempo total síntomas-reperfusión que es menor en el primer periodo ya que la fibrinólisis se aplica más precozmente. Un perfil de riesgo menos adverso y el empleo de un tratamiento médico más completo y optimizado explicarían las diferencias de mortalidad entre los dos periodos.