



6032-323. ¿DEBEN INGRESAR TODOS LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DE RIESGO INTERMEDIO-BAJO EN UNIDADES DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS?

Teresa Romero Delgado, Carlos Ferrera, Zaira Gómez Álvarez, Eduardo Martínez, Juan Carlos Gómez Polo, Julia Playán Escribano, Andrés Escudero Díaz, Francisco Javier Noriega, David Vivas Balcones, Antonio Fernández Ortiz y Ana Viana Tejedor

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica actuales recomiendan ingresar a los pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) en unidades con monitorización. Sin embargo, no existen recomendaciones claras sobre si el ingreso debe hacerse en una Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos (UCAC) o en una planta de hospitalización con monitorización. El objetivo de este estudio es conocer si el lugar de ingreso tiene impacto sobre el riesgo de mortalidad o eventos intrahospitalarios en la población de pacientes con IAMSEST de menor riesgo.

Métodos: Entre enero de 2013 y diciembre de 2017 se recogieron de forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes ingresados por IAMSEST en un centro terciario. Se los clasificó en dos grupos en función de si ingresaban en la UCAC o en planta de hospitalización con monitorización. Se registraron variables clínicas, analíticas, electrocardiográficas y angiográficas. Se realizó un seguimiento de 12 meses. Se seleccionó la población de pacientes con riesgo bajo-intermedio (puntuación GRACE 140).

Resultados: Se incluyeron 902 pacientes con IAMSEST, de los cuales 234 (25,9%) ingresaron en planta de cardiología con monitorización. En la cohorte total, los pacientes que ingresaban en planta eran de mayor edad (71 ± 12 vs 67 ± 13 , $p 0,006$) y tenían más fibrilación auricular (17,4 vs 10,9%, $p 0,01$). Presentaron menos insuficiencia cardiaca (87,7% en Killip I frente a 71,8%, $p 0,001$) y la mortalidad intrahospitalaria fue menor (2,6 vs 7,3%, $p 0,009$). Cuando se seleccionó la población de pacientes con puntuación de GRACE 140 (riesgo bajo-intermedio) ($N = 344$) se encontró que no hubo diferencias significativas en la aparición de eventos graves entre ambos grupos (tabla), con excepción de la insuficiencia cardiaca con necesidad de ventilación mecánica, que fue motivo de ingreso en la UCAC en un 18% de los pacientes. No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre ambos grupos ni en otras complicaciones intrahospitalarias (tabla). No hubo diferencias significativas en cuanto a muerte, ACV o sangrados en el seguimiento a 12 meses.

Complicaciones en la cohorte de pacientes de riesgo intermedio-bajo (puntuación GRACE 140)

Variable	Ingreso en planta (N = 101)	Ingreso en UCAC (N = 243)	p
----------	-----------------------------	---------------------------	---

Necesidad de VM	2 (2,4%)	18 (18,7%)	0,003
Sangrado mayor	0 (0%)	3 (1,2%)	0,737
ACV	0 (0%)	6 (2,5%)	0,111
Insuficiencia renal aguda	2 (2,5%)	3 (3,1%)	0,802
FA de novo	1 (1%)	19 (7,9%)	0,013
BAV	1 (1%)	5 (2,1%)	0,638
Taquicardia ventricular	1 (1%)	1 (0,4%)	0,515
Fibrilación ventricular	2 (2%)	3 (1,2%)	0,599
Mortalidad intrahospitalaria	1 (1%)	4 (1,6%)	0,643

VM: ventilación mecánica; ACV: accidente cerebrovascular; FA: fibrilación auricular; BAV: bloqueo aurículoventricular.

Conclusiones: Los hallazgos del estudio indican que los pacientes con IAMSEST de riesgo intermedio o bajo podrían ingresar con seguridad en una planta de hospitalización convencional con posibilidad de monitorización, sin que ello se asocie con un incremento en la mortalidad de los pacientes.