



6048-321. CAMBIOS EN EL PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST: TENDENCIAS TEMPORALES DESDE 1997 HASTA 2024

Francisco Buendía Santiago, Antonio Meseguer Hernández, José Manuel Andreu Cayuelas, María del Rosario Mármol Lozano, Leticia Jaulent Huertas, Derek Farid Dau Villareal, Zoser Saura Carretero, María del Carmen Guirao Balsalobre, Bettina Rebeca de Berardinis Moreno, Eloy Yordano Mite Salazar, Leticia Risco Eres, María Belén Villamarín Heredia, Jaime Merino Romero, María Isabel Baños Maturano y Juan Antonio Castillo Moreno

Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento agudo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) ha cambiado de forma radical en las últimas décadas. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias en las características clínicas, perfusión y mortalidad hospitalaria de los pacientes con SCACEST que ingresaron en nuestro centro en 3 periodos con diferentes estrategias de tratamiento.

Métodos: Estudio ambispectivo con una cohorte prospectiva de 210 pacientes atendidos por SCACEST en nuestro hospital según el protocolo Código Infarto regional entre julio de 2023 y marzo de 2024, con alerta de hemodinámica 24 horas para intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) en nuestro propio centro. La cohorte retrospectiva se obtuvo a partir del registro de pacientes ingresados en la unidad coronaria de nuestro hospital por SCACEST durante dos periodos de 1997-1998 (sin disponibilidad de ICPp) y 2010-2011 (con disponibilidad de ICPp 24 horas en centro regional de referencia), donde se seleccionaron 210 pacientes consecutivos en cada uno de los periodos. Se registraron variables clínicas, tratamiento de perfusión y mortalidad hospitalaria.

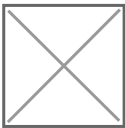
Resultados: Como se observa en la tabla, los pacientes ingresados por SCACEST en 2023-2024 presentaron una tendencia a menor edad y presentaron con mayor frecuencia hipertensión arterial y dislipemia con respecto a 1997-1998, también presentaron más dislipemia que en 2010-2011, sin diferencias en otras características clínicas. La tasa de *shock* cardiogénico y/o paraca cardiorrespiratoria (PCR) al ingreso fue mayor en 2023-2024. Asimismo, la tasa de perfusión fue mucho más elevada que en los periodos previos, desapareciendo por completo el uso de fibrinólisis. Los pacientes ingresados en 2010-2011 y 2023-2024 presentaron tasas de mortalidad menores con respecto a la era pre-ICPp (10,1 vs 15,7%; $p = 0,041$), pero no hubo diferencias entre los últimos dos periodos.

Características clínicas, tasa de reperfusión y mortalidad hospitalaria de los pacientes en los distintos cortes temporales

	1997-1998 (n = 210)	2010-2011 (n = 210)	2023-2024 (n = 210)	p*	p**
Edad (años)	66,0 ± 12,1	65,7 ± 13,3	63,8 ± 12,7	0,071	0,141
Sexo (varón)	160 (76,2%)	164 (78,1%)	169 (80,5%)	0,286	0,547
Diabetes mellitus	80 (38,1%)	86 (41,0%)	79 (37,6%)	0,920	0,484
Hipertensión arterial	101 (48,1%)	129 (61,4%)	123 (58,6%)	0,031	0,550
Dislipemia	75 (35,7%)	78 (37,1%)	103 (49,0%)	0,006	0,014
Tabaquismo activo	80 (38,1%)	97 (46,4%)	90 (43,5%)	0,263	0,548
IMC	27,4 [24,9-30,0]	27,3 [25,0-29,7]	27,7 [24,8-30,1]	0,970	0,684
IMC > 30	49 (25,1%)	47 (22,5%)	52 (25,2%)	0,979	0,510
IAM previo	32 (15,2%)	36 (17,1%)	37 (17,7%)	0,496	0,880
Enf. arterial no coronaria	28 (13,3%)	31 (14,8%)	23 (11,0%)	0,455	0,244
Killip IV o PCR al ingreso	5 (2,4%)	16 (7,6%)	37 (17,6%)	0,001	0,002
Fibrinolisis	139 (66,2%)	79 (37,6%)	0 (0,0%)	0,001	0,001
ICP primaria	0 (0,0%)	87 (41,4%)	207 (98,6%)	0,001	0,001

Reperusión (ICPp/Fibrinolisis)	139 (66,2%)	166 (79,0%)	207 (98,6%)	0,001	0,001
Muerte hospitalaria	33 (15,7%)	19 (9,0%)	23 (11,2%)	0,174	0,474
Mortalidad hospitalaria Killip 4, no PCR	29 (14,1%)	11 (5,7%)	9 (5,3%)	0,005	0,886
Mortalidad hospitalaria Killip 4 o PCR	4 (80,0%)	8 (50,0%)	14 (37,8%)	0,146	0,409

p*: significación de las diferencias entre el periodo de 1997-1998 y el de 2023-2024;
p**: significación de las diferencias entre el periodo de 2010-2011 y el de 2023-2024.
Variables categóricas como número absoluto (porcentaje);
variables cuantitativas con distribución normal como media ± desviación estándar;
variables cuantitativas con distribución no normal como mediana [rango intercuartílico].
IMC: índice de masa corporal; IAM: infarto agudo de miocardio;
PCR: parada cardiorrespiratoria;
ICP: intervención coronaria percutánea;
ICPp: ICP primaria.



Evolución en la estrategia y tasas de reperusión en pacientes con SCACEST en los tres cortes temporales seleccionados.

Conclusiones: El perfil del paciente con SCACEST en los últimos años se caracteriza por la mayor presencia de factores de riesgo como hipertensión y dislipemia, y tendencia a menor edad. Con el uso de la estrategia de ICPp se obtuvieron tasas mayores de reperfusión, aunque el descenso en las cifras de mortalidad hospitalaria no mostró una reducción en el último de los cortes temporales, probablemente asociado a la mayor cantidad de pacientes con *shock* y/o PCR en este grupo.