



6010-127. ¿CÓMO APLICAMOS LAS GUÍAS CLÍNICAS EN LA PRÁCTICA DIARIA? ANÁLISIS DE ALGUNOS ASPECTOS DE LAS GUÍAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

José J. Blanco López, Raquel Lllorca Cuevas, Gilda Oller Carbonell, Lisandro Rodríguez Hernández, Ricardo Huerta Blanco y Francisco Jiménez Cabrera del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Introducción y objetivos: Evaluar el cumplimiento en la práctica clínica diaria de nuestro hospital de algunos aspectos terapéuticos y no terapéuticos actualizados en las nuevas guías de práctica clínica del síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Análisis prospectivo observacional en condiciones de práctica clínica habitual durante un período de 6 meses de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) con un SCA. El estudio se realiza en un Hospital de tercer nivel con hemodinámica cardiaca, y alerta hemodinámica las 24h. pero sin programa de ICP primaria establecido. Establecimos como recomendaciones no terapéuticas: la realización de escalas de riesgo isquémico (GRACE) y hemorrágico (CRUSADE), la codificación como motivo de ingreso en SCASEST o SCACEST por sus implicaciones terapéuticas y la correcta codificación al alta de la UMI como angina, IAM no Q o IAM con su localización y como recomendaciones terapéuticas: la doble antiagregación y su adecuación a las nuevas guías y la realización de una estrategia intervencionista precoz en los casos indicados.

Resultados: Se estudiaron 254 pacientes con una edad media de $61,6 \pm 11,8$ años. Todos los pacientes presentaron algún factor de riesgo coronario y el 23% con cardiopatía isquémica previa. 143 pacientes presentaban SCASEST (56,3%) y 111 SCACEST (43,7%). La fibrinólisis como tratamiento de reperfusión se realizó a 56 pacientes (22%), teniendo que realizar ICP de rescate en 22 (9,1%) pacientes. Consideramos estrategia invasiva precoz la realización de ICP en las 24 primeras horas se revascularizó en ese periodo a 167 pacientes (65,7%) y en las primeras 72h a 215 pacientes (84%), consiguiéndose revascularización completa inicial en 144 p. (57%) al presentar un 40% enfermedad multivaso. La estancia en UMI y en el hospital fue de $2,88 \pm 1,98$ y $7,06 \pm 4,55$ días. La mortalidad de 10 pacientes (3,9%) y precisaron un nivel asistencial de UCC 30 pacientes (12%). Otros resultados de los aspectos no terapéuticos y farmacológicos analizados se presentan en la tabla.

Aspectos terapéuticos y no terapéuticos de las guías de SCA	
	SCA (n = 254)

Motivo de ingreso en UMI	
IAM	64 (25,2%)
IAM no Q	17 (6,7%)
SCA	42 (16,5%)
SCACEST	65 (25,6%)
SCASEST	61 (24%)
<i>Shock</i> cardiogénico	5 (2%)
Diagnóstico inicial según Guías clínicas	
SCASEST	145 (56,3%)
Sin elevación del ST	95 (37,4%)
Elevación transitoria ST	48 (18,9%)
SCACEST	111 (43,7%)
Diagnóstico al alta UMI	
Angina	10 (3,9%)
IAM	90 (35,4%)
IAM no Q	154 (60,6%)
IAM anterior	70 (27,6%)
IAM lateral	11 (4,3%)
IAM inferior	73 (28,7%)

Escalas de riesgo	
Grace realizado	177 (69,7%)
Grace alto-moderado riesgo	174 (69,3%)
Crusade realizado	177 (69,7%)
Crusade alto riesgo	18 (10,2%)
Tratamiento médico	
Doble antiagregación	246 (96,9%)
Indicación guías	175 (68,9%)
Clopidogrel	144 (56,3%)
Prasugrel	56 (22%)
Ticagrelor	46 (18,1%)
No doble antiagregación	8 (3,1%)
GP II/Ia	15 (5,9%)
Respro	36 (14,2%)
?-bloqueantes	218 (85,8%)
IECA	197 (77,6%)

Conclusiones: Aunque en los aspectos terapéuticos la adherencia a las guías es buena en los aspectos no farmacológicos existe un amplio margen de mejora. La indicación de doble antiagregación es óptima, sin embargo se debe mejorar en la elección del inhibidor del receptor P2Y12 según las nuevas guías. Para un hospital sin programa de ICP primaria el nivel de revascularización precoz es adecuado.