



5022-7. TRATAMIENTO DEL SCACEST: EVOLUCIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES A LO LARGO DE 25 AÑOS

David González Calle, Francisco Martín-Herrero, Pedro Pabón-Osuna, Alfredo Barrio Rodríguez, Alberto Alén Andrés, Adolfo Fernández Sánchez, Carlos Rodríguez Carneiro y Pedro Luis Sánchez-Fernández, del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: Los grandes avances médicos en las últimas 2 décadas han revolucionado el tratamiento terapéutico y evolución clínica de la cardiopatía isquémica aguda. Se pretende valorar la implementación y resultados de los mismos en la práctica clínica real en una unidad de cuidados críticos cardiovasculares (UCCV).

Métodos: Análisis retrospectivo de una muestra de 7.291 pacientes ingresados en nuestra UCCV con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (48,7% SCACEST) en los últimos 25 años (1993-2017). Se analizaron 166 variables (epidemiológicas, diagnósticas, terapéuticas y evolución hospitalaria). Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico de SCACEST (n = 3.550). La muestra se dividió en 3 etapas con el fin de analizar los cambios en el tratamiento y resultados obtenidos: 1) 1994: primera etapa, caracterizada por el tratamiento «no invasivo» de los pacientes. 2) 2005: implante de la angioplastia primaria a las 24 horas en nuestro centro. 3) 2017: situación actual.

Resultados: El número de pacientes con SCACEST que ingresa en nuestra unidad ha ido aumentando progresivamente (1994 = 243, 2005 = 284, 2017 = 380), así como el porcentaje correspondiente al sexo femenino (21,1% 26%), aunque en ambos casos sin diferencias significativas. No se encontraron diferencias en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular o la edad media (69.166,8 años, no significativo). Se constata el cambio de paradigma en el tratamiento de reperfusión: el descenso del uso de los fibrinolíticos como tratamiento inicial (23,9% en 2005, 4% en 2017; p 0,001) y la consolidación de la angioplastia en el momento actual (56% en 2005, 97% en 2017; p 0,001). Todo ello ha supuesto una mejora en el pronóstico de la enfermedad, que se traduce en una reducción significativa en la estancia media en UCCV y descenso de la mortalidad hospitalaria (tabla).

| Variable | 1994 | 2005 | 2017 | Significación |
|----------------------|------|------|------|---------------|
| SCACEST (n) | 243 | 284 | 380 | N.S. |
| Estancia media, días | 6,7 | 4,2 | 2,4 | 0,05 |

| | | | | |
|--------------------------|-------|-------|-------|------|
| Mortalidad ^a | 14,2% | 9,7% | 5% | 0,01 |
| HTA | 41,2% | 50,7% | 51,5% | N.S. |
| Dislipemia | 17,3% | 29,6% | 52,5% | 0,01 |
| Fibrinolisis | 1,4% | 23,9% | 4% | 0,01 |
| Angioplastia | 4,5% | 56% | 97% | 0,01 |
| AAS | 69,1% | 93,3 | 96,8 | 0,01 |
| Clopidogrel | - | 4,2% | 40% | 0,01 |
| Ticagrelor | - | - | 39% | 0,01 |
| Prasugrel | - | - | 21% | 0,01 |
| Bloqueadores beta | 13,2% | 57,7% | 81% | 0,01 |
| Estatinas | - | 61,3% | 92% | 0,01 |
| IECA | 14,4% | 46,5% | 68% | 0,01 |
| Complicaciones mecánicas | 8,6% | 3% | 3,4% | 0,01 |
| I.R.A | - | 3,9% | 12% | 0,01 |
| Diálisis | 1,2% | 2% | 2,1% | N.S. |
| Ventilación invasiva | - | 4,9% | 9% | 0,01 |
| Infecciones | - | 3,5% | 9% | 0,01 |

^aMortalidad hospitalaria. N.S.: no significativo.

Conclusiones: La evolución en el diagnóstico y tratamiento ha permitido reducir la mortalidad y estancia hospitalaria de forma significativa en los pacientes con SCACEST. Las recomendaciones actuales en cuanto al tratamiento terapéutico conllevan un aumento en el número de técnicas invasivas (coronariografías, ventilación mecánica) y efectos secundarios de las mismas (insuficiencia renal aguda, infecciones). Estos últimos constituyen, probablemente, uno de los principales campos de mejora de la atención en las UCCV en el momento actual.