



4005-1. PREVENCIÓN SECUNDARIA LUEGO DE UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, SEGUIMIENTO A UN AÑO. ESTUDIO CASTUO

Daniel Fernández-Bergés, Luciano Consuegra-Sánchez, Francisco Javier Félix Redondo, Luis Lozano Mera, Paula Álvarez-Palacios, Yolanda Morcillo Yedro, Verónica Tejero Calderón y Ana Belén Hidalgo Barrantes del Centro de Salud de Villanueva de la Serena, Villanueva de la Serena (Badajoz) y Hospital Santa María del Rosell, Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: El infarto de miocardio es una de las principales causas de muerte. El uso de antiagregantes plaquetarios, betabloqueadores, estatinas, inhibidores de la enzima convertidora (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) son recomendados por las guías de consenso. Fue nuestro objetivo estudiar la evolución de la indicación de estas medicaciones en pacientes con diagnóstico de infarto de miocardio (IM) admitidos en un Hospital General de España en la primera década del siglo XXI.

Métodos: Estudio observacional de pacientes hospitalizados por IM desde el año 2000 al 2009. Los pacientes fueron agrupados en cuatro períodos de 30 meses a fin de investigar la tendencia en la indicación de estos medicamentos. En un modelo ajustado por edad y sexo y que incluía los factores de riesgo cardiovascular, co-morbilidad, insuficiencia cardíaca durante el ingreso, angiografía/angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica durante la hospitalización se determinó la tendencia de la mortalidad a través de la década.

Resultados: Se incluyeron 2.177 pacientes. Hombres 1.463 (67,2%). Edad 70,5 (DE+ 12,6). Presentaron hipertensión arterial 1.929 (88,6%), hipercolesterolemia 1.276 (58,6%), diabetes 761 (35%), tabaquismo 499 (22,9%), insuficiencia renal crónica 150 (6,9%), ictus 223 (10,2%), enfermedad arterial periférica 98 (4,5%). Presentaron síndrome coronario agudo sin elevación del ST: 1.096 (50,3%) y síndrome coronario agudo con elevación del ST 965 (44,4%). Bloqueo completo de rama izquierda 96 (4,4%), marcapasos definitivo 20 (0,9%). Killip 1 1.625 (74,6%). Mortalidad hospitalaria 260 (11,9%). Mortalidad al año 454 (20,8%). En los períodos estudiados de a 30 meses no hubo cambios en el uso de aspirina, (> 90% $p = 0,23$) ni IECA 41,4% a 43,4% ($p = 0,29$). La doble antiagregación se incrementó de 0,5% a 70% ($p < 0,001$), los betabloqueantes de 55,6% a 78,2% ($p < 0,001$), las estatinas de 28,6% a 79,2% ($p < 0,001$), los ARA II de 0,6% a 12,6% ($p < 0,001$). Los calcioantagonistas disminuyeron su indicación de 20,4% a 11,9% ($p = 0,01$). El uso de antiagregantes, IECA, ARA II, estatinas y betabloqueantes —en conjunto— se asoció a una reducción sustancial y significativa de la mortalidad por todas las causas al año de seguimiento (HR = 0,36; $p < 0,01$). Dicho hallazgo fue consistente a lo largo de los 4 períodos estudiados.

Conclusion: En una cohorte grande de pacientes con infarto agudo de miocardio reclutada en los últimos 10 años, hemos observado un aumento significativo en la prescripción al alta de antiagregantes, betabloqueantes, estatinas, y ARA II. Su uso en conjunto se asocia a un beneficio pronóstico en reducción de mortalidad.