



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.