



6032-317. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Eladio Galindo Fernández¹, Javier Corral Macías¹, José Carlos Fernández Camacho¹, Juan Manuel Nogales Asensio¹, Dante Paul Agip Fustamante¹, Inmaculada Gómez Sánchez², Javier Pérez Cervera¹, Estrella Suárez Corchuelo¹, Miguel Sánchez Sánchez¹, José María Gimeno Montes¹, Rosa Navarro Romero¹, Carlos Antonio Aranda López¹, Ángel Morales Martínez de Tejada¹, José Ramón López Mínguez¹ y Antonio Merchán Herrera¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ²Hospital de Mérida (Badajoz).

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAEST) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en los países desarrollados. Nuestro objetivo es analizar las diferencias de mortalidad, complicaciones y técnicas diagnóstico-terapéuticas en los pacientes con SCAEST en los últimos veinte años.

Métodos: Analizamos 10.429 pacientes ingresados de forma consecutiva en la unidad de cuidados cardiológicos agudos (UCCA) de nuestro servicio en los últimos 20 años. En 3.551 pacientes (34%) el diagnóstico fue SCAEST, siendo 922 (26%) mujeres. Se ha dividido la muestra en cuatro quinquenios para facilitar la interpretación de los resultados.

Resultados: La edad media fue $65,0 \pm 13,1$ años siendo mayor en el sexo femenino ($62,5 \pm 12,6$ vs $71,9 \pm 12,1$; p 0,001). Se ha producido un aumento significativo en la realización de técnicas de reperfusión en los últimos años (76,8 vs 91,0%; p 0,001), con un aumento de la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) (47,2 vs 81,2%; p 0,001) y disminuyendo el número de trombolisis realizadas (29,2 vs 7,9%; p 0,001). Además, se observa un aumento significativo en el número de coronariografías realizadas durante el ingreso (86,2 vs 75,4; p 0,001). En cuanto a las complicaciones mecánicas del infarto, se ha producido una disminución significativa de las mismas (2,5 vs 0,6%; p 0,001), junto con la necesidad de estimulación temporal mediante marcapasos (MPT) (3,9 vs 1,3%; p 0,001). Existe un aumento significativo del número de pacientes que ingresan tras parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria (2,5 vs 4,4%; p 0,001). La incidencia de pericarditis postinfarto (1,7 vs 0,2%; p 0,001) y de necesidad de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) (5,4 vs 2,4%; p 0,001) se ha reducido significativamente en este grupo de pacientes. Por último, destacar que en los últimos años se ha producido una disminución significativa de la mortalidad intrahospitalaria siendo esta mayor en el sexo femenino (14,4 vs 6,4%; p 0,001).

Características de los pacientes con diagnóstico clínico de SCAEST

Variable	Total (3.551)	2000-2005 (888)	2005-2010 (969)	2010-2015 (849)	2015-2020 (845)	p
----------	---------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---

PCR extrahospitalaria	87 (2,5%)	9 (1%)	13 (1,3%)	37 (4,4%)	28 (3,3%)	0,001
Reperusión	2.727 (76,8%)	553 (62,3%)	720 (74,3%)	685 (80,7%)	769 (91%)	0,001
TL	1.038 (29,2%)	455 (51,2%)	381 (39,4%)	135 (15,9%)	67 (7,9%)	
ICPp	1.676 (47,2%)	99 (11,1%)	339 (35%)	552 (65%)	686 (81,2%)	
Coronariografía durante ingreso	2.678 (75,4%)	469 (52,8%)	723 (74,6%)	758 (89,3%)	728 (86,2%)	0,001
VMI	191 (5,4%)	54 (6,1%)	57 (5,9%)	60 (7,1%)	20 (2,4%)	0,001
Killip I (máximo)	2.673 (75,3%)	627 (70,6%)	749 (77,3%)	631 (74,3%)	666 (78,8%)	0,001
Pericarditis Post-IAM	61 (1,7%)	22 (2,5%)	24 (2,5%)	13 (1,5%)	2 (0,2%)	0,001
Necesidad MPT	137 (3,9%)	57 (6,4%)	42 (4,3%)	27 (3,2%)	11 (1,3%)	0,001
Complicación mecánica	88 (2,5%)	35 (3,9%)	27 (2,8%)	21 (2,5%)	5 (0,6%)	0,001
CIV	26 (0,7%)	11 (1,2%)	10 (1%)	5 (0,6%)	0	
Rotura PL	40 (1,1%)	13 (1,5%)	14 (1,4%)	10 (1,2%)	3 (0,4%)	
IMi	21 (0,6%)	10 (1,1%)	3 (0,3%)	6 (0,7%)	2 (0,2%)	
PCR hospitalaria	333 (9,4%)	121 (13,6%)	92 (9,5%)	66 (7,8%)	54 (6,4%)	0,001
Muerte	301 (8,5%)	114 (12,8%)	81 (8,4%)	68 (8%)	38 (4,5%)	0,001

PCR: parada cardiorrespiratoria; TL: trombolisis; ICPp: intervención coronaria percutánea primaria; VMI: ventilación mecánica invasiva; MPT: marcapasos temporal; CIV: comunicación interventricular; PL: pared libre; IMi: I. mitral isquémica.

Conclusiones: El aumento de la reperfusión coronaria en pacientes con SCAEST ha conllevado una disminución de la mortalidad intrahospitalaria de dichos pacientes junto con una menor incidencia de complicaciones mecánicas, pericárdicas, necesidad de MPT, VMNI y PCR durante la hospitalización.