Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 995

Revista Española de Cardiología

6048-303. IMPACTO DE UN MODELO INTEGRADO DE CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTENSIVA EN LA MORTALIDAD DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Francisco Javier López Rodríguez[1], Javier Lorenzo González[1], Marcos Farrais Villalba[1], Sergio Huertas Nieto[1], Cristina López Ferraz[2], Sergio Marrero Bravo[1], Javier Orlando Quintero Ardila[1], Paula Hinojal Collado[1], José Luis Martos Maine[1], Alejandro Iriarte Plasencia[1], María de los Ángeles Pérez Rodríguez[1], Mar Martín Velasco[2] y Julio Salvador Hernández Afonso[1]

[1]Servicio de Cardiología y [2]Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Hasta el año 2020, nuestro hospital operaba bajo un modelo tradicional, en el cual los pacientes cardiológicos críticos de niveles 2 y 3 eran inicialmente responsabilidad de Medicina Intensiva (MI). En 2021, se implementó un modelo asistencial integrado, en el que un equipo de cardiólogos e intensivistas trabajan conjuntamente en la atención de pacientes de estos dos niveles en la jornada habitual. Durante las guardias, la responsabilidad del nivel 2 recae en el cardiólogo y la del 3, en el intensivista, aunque siempre en colaboración estrecha. Se establecieron como objetivos comparar la mortalidad y la estancia media hospitalaria entre ambos modelos de asistencia en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

Métodos: Se diseñó un estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes atendidos por SCACEST y sometidos a angioplastia primaria o de rescate, en nuestro centro durante el 2022 (modelo integrado) en comparación con una cohorte histórica de todos los pacientes atendidos en 2019 (modelo tradicional).

Resultados: Se analizaron 309 pacientes atendidos del modelo integrado frente a 242 pacientes en el tradicional. La implementación progresiva del nuevo modelo tras una reforma estructural y funcional ha contribuido a una reducción de la mortalidad intrahospitalaria. En 2022 con el modelo integrado se redujo un 49,5% (IC95%: 44,2-55,9%). La mortalidad por causas cardiovasculares mostró un RR de 0,39 (IC95%: 0,18-0,85, p 0,01) con el modelo integrado, por una disminución en el *shock* cardiogénico refractario y las complicaciones mecánicas. En el análisis multivariante de la mortalidad intrahospitalaria por cualquier causa, el modelo integrado presentó un OR de 0,75 (IC95%: 0,56-0,98, p = 0,0043) ajustado por sexo, edad y GRACE *score*. En términos generales, el modelo actual implica un NNT de 21,7 pacientes. Como limitaciones del análisis, es importante mencionar que es un estudio unicéntrico, que la comparación se realiza con una cohorte histórica, lo que puede inducir sesgos temporales, y que existen diferencias en la distribución de sexos entre los dos modelos.

Características diferenciales de pacientes ingresados con SCACEST en 2019 y 2022 en la unidad de cuidados intensivos y unidad coronaria integrada respectivamente

	2019	**2022**	**p**
Nº casos	**242**	**309**	
Edad, años (DE)	62,3 (0,7)	61,5 (0,6)	0,362
Sexo (varón)	196 (81)	215 (69,6)	0,002
GRACE Score	122,8 (2,3)	121 (1,9)	0,527
Complejidad			0,348
Nivel 2	209 (86,4)	275 (89)	
Nivel 3	33 (13,6)	34 (11)	
Fibrinolisis previa, n (%)	7 (2,9)	5 (1,6)	0,309
Estancia media, días (DE)	**7,0 (0,53)**	**5,8 (0,6)**	**0,145**
Mortalidad intrahospitalaria	**22 (9,1%)**	**14 (4,5%)**	**0,032**
Mortalidad CV	**18 (7,5%)**	**9 (2,9%)**	**0,015**
Shock cardiogénico refractario	10 (4,1%)	5 (1,6%)	0,072
Complicaciones mecánicas	6 (2,4%)	1 (0,3%)	0,025
Ictus	0 (-)	1 (0,3%)	0,376
Reinfarto	0 (-)	1 (0,3%)	0,376
Otras	2 (0,8%)	1 (0,3%)	0,426

Mortalidad no CV	**4 (1,7%)**	**5 (1,6%)**	**0,977**
Shock séptico	2 (0,8%)	1 (0,3%)	0,427
Encefalopatía HI	2 (0,8%)	4 (1,3%)	0,597

Datos categóricos expresados como N total (%) y cuantitativos como media (DE).

Proceso asistencial según el modelo asistencial organizativo analizado.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la atención integrada entre cardiología y MI en el cuidado de pacientes con SCACEST reduce de forma significativa la mortalidad intrahospitalaria y mejora la continuidad asistencial en línea con otras unidades dirigidas por cardiólogos.