



<https://www.revclinesp.es>

EV-046 - MANEJO Y PRONÓSTICO DEL SCASEST EN EL MUNDO REAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Esles Bolado¹, A. González Pascual¹, C. Amado Fernández¹, N. Calvo Mijares², L. Velasco Arjona³, R. Portilla Chocarro⁴, M. Anta Fernández¹, J. Cuesta Cosgaya⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Clotilde. Santander (Cantabria). ³Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). ⁴Servicio de Urgencias. ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

Resumen

Objetivos: Analizar el manejo hospitalario del SCASEST en nuestro medio, así como la efectividad del tratamiento domiciliario durante 1 año.

Métodos: Se trata de un estudio transversal descriptivo, sobre una población total de 122 pacientes diagnosticados de SCASEST, admitidos en nuestro centro entre el 1/01/2012 y el 31/12/2012. Se analizan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, y la adherencia a una adecuada prevención secundaria (tratamiento médico domiciliario), evaluando la necesidad de reingreso durante el año siguiente al alta.

Resultados: Se recogieron datos de 122 pacientes ingresados en la planta de Cardiología. La media de edad era de 73,27 años, siendo el 61,47% varones y el 38,53% mujeres. Al ingreso, un 70,49% presentaban HTA, un 45,08% insuficiencia cardíaca crónica (FEVI 50), y un 31,96% insuficiencia renal crónica (TFG 50%). Por otro lado, en el 61,47% de los pacientes se recogieron cifras de troponina > 1 ng/ml, siendo menores o nulas en el resto. Se realizó coronariografía diagnóstico-terapéutica en el 60,65% de la muestra poblacional. De ésta, el 48,64% presentaba enfermedad trívaso, un 16,21% enfermedad bivaso, un 24,32% afectación univascular y un 10,81% mostraba arterias coronarias normales. Al alta, se prescribió doble antiagregación con AAS y clopidogrel (55,73%), antiagregación en monoterapia con AAS (83,60%) o clopidogrel (64,75%), b-bloqueantes (73,77%), estatinas (90,16%) e IECAs (67,21%). Durante los 12 meses siguientes al alta, el 46,72% de estos pacientes fueron readmitidos en nuestro centro. De este porcentaje, más de la mitad (61,40%) ingresó por causas secundarias al diagnóstico inicial (angina, infarto, ICC), falleciendo 5 pacientes. El resto de los individuos reingresaron por causas no cardiológicas, registrándose en este caso 6 defunciones.

Discusión: A pesar de que los pacientes del estudio presentan enfermedad de alto riesgo, son manejados de forma conservadora en un alto porcentaje y reciben un tratamiento subóptimo al alta hospitalaria. Esto posiblemente se deba al hecho de tratarse de pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades, pudiendo explicarse así el elevado número de reingresos durante el seguimiento.

Conclusiones: En nuestro medio, los pacientes con diagnóstico SCASEST se caracterizan por presentar una serie de comorbilidades que hacen más complejo su manejo en fase aguda y su control a largo plazo. Son pacientes de edad media avanzada, superior a la de los ensayos clínicos, y con una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. A pesar de que el tratamiento de elección en la fase aguda sigue siendo el

cateterismo cardíaco, hay un alto porcentaje de pacientes manejados de forma conservadora y, en aquellos en los que se realiza abordaje invasivo, se observa enfermedad coronaria severa con afectación multivaso en más del 50%.