



## RV-038 - FACTORES ASOCIADOS A ESTANCIA PROLONGADA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Castillo Navarro<sup>1</sup>, J. Giner Caro<sup>2</sup>, P. Flores Blanco<sup>3</sup>, F. Cambroneró Sánchez<sup>4</sup>, M. Gómez Molina<sup>5</sup>, M. Martín Romero<sup>1</sup>, C. Caro Martínez<sup>6</sup> y S. Manzano Fernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna; <sup>5</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Orihuela. Bartolomé. Alicante.

### Resumen

**Objetivos:** Describir la tendencia evolutiva de los tiempos de estancia hospitalaria y evaluar los determinantes de estancia prolongada (EP) en función del tipo de síndrome coronario agudo (SCA).

**Material y métodos:** Desde el 1 de enero de 2011 al 31 de marzo de 2016, se analizaron 2.227 ingresos consecutivos de 1.956 pacientes con SCA (61% SCA sin elevación del ST (SCASEST), 33% SCA con elevación del ST (SCACEST), 6% SCA indeterminado). En base a estudios previos, se definió EP como la estancia hospitalaria superior a 4 días. Para el estudio evolutivo del porcentaje de EP sólo se incluyeron periodos anuales completos. Se estudiaron los predictores de EP mediante análisis multivariantes de regresión logística en función del tipo de SCA. Se excluyeron los pacientes cuya terapia final fue la revascularización quirúrgica y los que fallecieron en los 4 primeros días de hospitalización.

**Resultados:** La estancia media global fue de  $7,2 \pm 6,4$  días (rango 0 a 163 días). El 84% (n = 1880) de los ingresos presentó EP. Los ingresos por SCASEST presentaron menos EP que los otros dos tipos de SCA (82% SCASEST, 89% SCACEST y 86% SCA indeterminado,  $p < 0,001$ ). Del año 2011 al 2015, el porcentaje de EP descendió un 4% (87% a 83%;  $p = 0,037$ ). Esta reducción se produjo a expensas de un descenso del 5% en los ingresos por SCASEST (85% a 80%;  $p = 0,06$ ) y de un 6% en los SCACEST (93% a 87%;  $p = 0,06$ ). Los análisis de regresión logística multivariante mostraron predictores de EP diferentes en función del tipo de SCA: el sexo femenino (OR: 0,7), la fibrilación auricular (OR: 1,9), la realización de coronariografía (OR: 3,6), las complicaciones hospitalarias (OR: 2,0), el filtrado glomerular estimado (por ml/min/m<sup>2</sup>, OR: 0,7) y el ingreso en viernes (OR: 4,8) fueron los predictores en SCASEST, mientras que las complicaciones hospitalarias (OR: 2,6) y la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (por%, OR: 0,9) lo fueron en SCACEST.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el porcentaje de EP tras un SCA es muy elevado, si bien en los últimos 5 años se ha producido un descenso significativo. Los factores identificados deberían considerarse a la hora de planificar estrategias de mejora. En este sentido, aumentar la disponibilidad a la realización de coronariografía precoz y mejorar el rendimiento del hospital durante los fines de semana podría ser útil para reducir la EP en SCASEST.  
0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.