

Impacto del tipo de hospital en el tratamiento y evolución de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST

Juan M. Ruiz-Nodar^a, Ángel Cequier^b, Teresa Lozano^c, Felipe Fernández Vázquez^d, Inés Möller^e, Sergio Abán^a, Joan Torres Marqués^f, Francisco González Llopis^g, Pere Álvarez^h, Armando Bethencourtⁱ, Jesús Zarauza^j, Bernardo García de la Villa^k, Virginia Burgos^l, Jose L. Ferreiro^b, José M. García^m, Agueda García Rodríguezⁿ y César Morís de la Tassaⁿ, en representación de los investigadores del registro GYSCA

^aServicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

^cSección de Cardiología. Hospital de Villajoyosa. Villajoyosa. Alicante. España.

^dServicio de Cardiología. Hospital de León. León. España.

^eSección de Cardiología. Hospital San Agustín de Avilés. Avilés. Asturias. España.

^fSección de Cardiología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Baleares. España.

^gSección de Cardiología. Hospital de Elda. Elda. Alicante. España.

^hSección de Cardiología. Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. España.

ⁱServicio de Cardiología. Hospital de Son Dureta. Palma de Mallorca. Baleares. España.

^jSección de Cardiología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

^kSección de Cardiología. Hospital de Manacor. Baleares. España.

^lServicio de Cardiología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

^mServicio de Cardiología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

ⁿUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias. España.

ⁿServicio de Cardiología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Introducción y objetivos. Las guías de práctica clínica del síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCA-SEST) no valoran la infraestructura hospitalaria y la facilidad de acceso a la sala de hemodinámica. Este estudio analiza la influencia del tipo de hospital, con o sin sala de hemodinámica, en la forma de tratamiento de pacientes con SCA-SEST y su posible impacto en el pronóstico a medio plazo.

Métodos. El GYSCA es un registro multicéntrico (15 hospitales) que analiza la aplicación de las guías en pacientes con SCA-SEST: 6 con sala de hemodinámica (hospitales centrales) y 9 sin hemodinámica (hospitales comarcales). Se realizó seguimiento clínico al alta y a los 3 y a los 12 meses.

Resultados. Se reclutó a 1.133 pacientes consecutivos; 599 (52,9%) en hospitales centrales y 534 (47,1%) en hospitales comarcales. El uso de intervenciones de clase I fue mayor en los centrales (aspirina, clopidogrel, bloqueadores beta, IECA y estatinas; $p < 0,01$) y se revascularizó a más pacientes durante la hospitalización (el

43 frente al 30%; $p < 0,01$). El número de pacientes de hospitales comarcales que reingresaron por SCA-SEST al año fue 5 veces mayor que en los centrales (el 12,8 frente al 2,3%; $p < 0,01$), y el tipo de hospital fue uno de los predictores de eventos.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan por SCA-SEST en hospitales que no disponen de sala de hemodinámica son tratados de forma menos invasiva y con un tratamiento farmacológico menos ajustado a lo recomendado en las guías. Junto con los conocidos factores predictivos del pronóstico, el tipo de hospital puede tener un impacto adicional en la evolución.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo. Registro. Guías de práctica clínica. Pronóstico. Angioplastia coronaria.

Influence of Hospital Type on Treatment and Prognosis in Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome

Introduction and objectives. Clinical practice guidelines on non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI) do not take either hospital infrastructure or the availability of a catheterization laboratory into account. The aim of this study was to determine the influence of hospital type, either with or without a catheterization laboratory, on treatment and medium-term prognosis in patients with NSTEMI.

Methods. The GYSCA multicenter study (covering 15 hospitals) investigated the implementation of clinical practice guidelines in patients with NSTEMI at six

VÉASE EDITORIAL EN PÁGS. 381-4

Este registro recibió una beca de Merck Sharp & Dhome.

Correspondencia: Dr. J.M. Ruiz-Nodar.
Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante.
Maestro Alonso, s/n. 03010 Alicante. España.
Correo electrónico: ruiz_jmi@gva.es

Recibido el 13 de febrero de 2009.

Aceptado para su publicación el 14 de octubre de 2009.

ABREVIATURAS

ECAM: evento cardiovascular adverso mayor.
 GYSCA: registro guías y síndrome coronario agudo.
 SCA: síndrome coronario agudo.
 SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST.
 SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

hospitals with catheterization laboratories (i.e. tertiary-care hospitals; THs) and nine without (i.e. secondary-care hospitals; SHs). Patients were assessed clinically at hospital discharge and after 3 and 12 months.

Results. In total, 1133 consecutive patients were recruited: 599 (52.9%) in THs and 534 (47.1%) in SHs. The use of specific class-I interventions (i.e. aspirin, clopidogrel, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors and statins) was more common in THs ($P<.01$) and more patients in THs underwent revascularization while in hospital (43% vs. 30%; $P<.01$). The number of SH patients who were readmitted for NSTEMI at 1 year was 5-fold greater than the number of TH patients (12.8% vs. 2.3%; $P<.01$), and hospital type was a predictor of an adverse event.

Conclusions. Patients admitted for NSTEMI to a hospital without a catheterization laboratory were managed less invasively and their drug treatment was less likely to have been modified to match guideline recommendations. In addition to other well-known prognostic factors, hospital type can also have an influence on patient outcomes.

Key words: Acute coronary syndrome. Epidemiological study. Clinical practice guidelines. Prognosis. Coronary angioplasty.

Full English text available from: www.revvespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes al año 2007, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la primera causa de muerte (el 33,7% de todas las muertes), con la cardiopatía isquémica a la cabeza en el caso de los varones y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres¹. Sin embargo, en los últimos años, gracias a la aparición de nuevos tratamientos, estamos asistiendo a una reducción de la mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). El síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) es una forma frecuente de presentación de la cardiopatía isquémica, con una incidencia anual de ingresos hospitalarios de 3 pacientes cada 1.000 habitantes y una mortalidad hospitalaria del 5%, que a los 6 meses aumenta hasta el 13%^{2,3}.

En el año 2000 se publicaron en nuestro país las primeras guías sobre el manejo del SCASEST⁴. Estas fueron actualizadas en 2002⁵, y en 2007 la Sociedad Europea de Cardiología publicó las últimas guías de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento del SCASEST⁶, actualmente en vigor. Las diferentes guías pretenden servir de apoyo para la estandarización del manejo de los pacientes con SCASEST. Las últimas guías son claras respecto al manejo y el tratamiento de estos pacientes, y hacen especial hincapié en la estratificación del riesgo del paciente que ingresa por SCASEST para después establecer la toma de decisiones en el manejo y la estrategia de revascularización. En función del riesgo, la guía recomienda una estrategia invasiva en pacientes con moderado-alto riesgo, con realización de coronariografía en las primeras 72 h como primera opción de tratamiento, frente a una actitud conservadora, que es lo recomendado en los pacientes con bajo riesgo. Disponemos de dos registros de SCASEST realizados en los últimos años que nos describen el manejo general de esta enfermedad en España^{7,8}. El registro MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado) (2006)⁸ describe una mayor adaptación a las guías de práctica clínica que el DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español), realizado 4 años antes⁷.

Sin embargo, en la práctica clínica diaria de los distintos hospitales existen variables no evaluadas en las guías (limitaciones logísticas o estructurales de los centros, ausencia de unidades de hemodinámica y problemas de traslado), que pueden condicionar la forma de tratamiento de estos pacientes e influir en su posterior pronóstico. Además, hay importantes variaciones en la asistencia a pacientes con cardiopatía isquémica (incluidos aquellos con SCA) entre distintas zonas geográficas de nuestro país⁹. Entre los factores que podrían influir en esta variabilidad en el uso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos figuran: diferencias en la disponibilidad de recursos, en la adecuación de su uso y en la aplicación de las guías de práctica clínica y en el grado de implantación y homogeneidad en los protocolos de derivación de pacientes o la práctica ausencia de tales protocolos¹⁰. Estas discrepancias podrían tener repercusión importante en la morbi-mortalidad del SCA, por lo que su identificación facilitaría una mayor homogeneidad en el manejo de dichos pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar las diferencias de manejo entre pacientes consecutivos que ingresan por un SCASEST en hospitales españoles que disponen de sala de hemodinámica respecto a los que ingresan en hospitales sin sala de hemodinámica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013990>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013990>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)