



Revista Uruguaya de Cardiología

ISSN: 0797-0048

bibliosuc@adinet.com.uy

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Uruguay

Barrabés, José A.; Bardají, Alfredo; Jiménez-Candil, Javier; del Nogal Sáez, Frutos; Bodí, Vicente; Basterra, Nuria; Marco, Elvira; Melgares, Rafael; Cuñat de la Hoz, José; Fernández-Ortiz, Antonio

Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES

Revista Uruguaya de Cardiología, vol. 30, núm. 1, abril, 2015, pp. 109-110

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Montevideo, Uruguay

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479747283017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES

José A. Barrabés¹, Alfredo Bardají², Javier Jiménez-Candil³, Frutos del Nogal Sáez⁴, Vicente Bodí⁵, Nuria Basterra⁶, Elvira Marco⁷, Rafael Melgares⁸, José Cuñat de la Hoz⁹, Antonio Fernández-Ortiz¹⁰, en representación de los investigadores del estudio DIOCLES¹¹

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.03.010>

Resumen

Introducción y objetivos: conocer la mortalidad y el manejo actuales de los pacientes ingresados por sospecha de síndrome coronario agudo en España. El último registro disponible (2004-2005) reportó una mortalidad hospitalaria del 5,7%.

Métodos: se incluyó a los pacientes ingresados consecutivamente de enero a junio de 2012 en 44 hospitales seleccionados al azar. Se recogió la evolución en el ingreso y los eventos a 6 meses.

Resultados: se incluyó a 2.557 pacientes ingresados con sospecha de síndrome coronario agudo: 788 (30,8%) con elevación del segmento ST, 1.602 (62,7%) sin elevación del segmento ST y 167 (6,5%) con síndrome coronario agudo inclasificable. La mortalidad hospitalaria fue del 4,1% (el 6,6, el 2,4 y el 7,8% respectivamente), significativamente menor que la registrada en 2004-2005. Se realizó tratamiento de reperusión (más frecuentemente intervención coronaria percutánea primaria) en el 85,7% de los pacientes con elevación del segmento ST atendidos en < 12 h. La mediana del tiempo desde el primer contacto médico hasta la trombolisis fue 40 min y hasta el inflado del balón, 120 min. Al 80,6% de los pacientes sin elevación del segmento ST, se les realizó coronariografía; al 52,0%, intervención percutánea, y al 6,4%, se le indicó cirugía. La prescripción de tratamientos de prevención secundaria al alta aumentó respecto a registros previos. La mortalidad a 6 meses entre los pacientes dados de alta con vida (seguimiento disponible en el 97,1%) fue del 3,8%.

Conclusiones: la mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo en España ha disminuido respecto a los últimos datos disponibles, en paralelo a un uso más frecuente de los principales tratamientos recomendados.

Palabras clave: ANGINA INESTABLE
INFARTO DE MIOCARDIO
PRONÓSTICO
REGISTRO
SUPERVIVENCIA

1. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, VHIR, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España
2. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, IIISPV, Universidad Rovira Virgili, Tarragona, España.
3. IBSAL-Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.
4. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.
5. Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Incliva, Valencia, España
6. Servicio de Cardiología, Hospital de Navarra, Pamplona, Navarra, España.
7. Sección de Cardiología, Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, Alicante, España.
8. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.
9. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.
10. Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense, Madrid, España.
11. En el anexo se relaciona a los investigadores participantes.

Correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron 119, 08035 Barcelona, España. Correo electrónico: jabarrabes@vhebron.net (J.A. Barrabés).

Recibido el 24 de enero de 2014 Aceptado el 20 de marzo de 2014 On-line el 11 de junio de 2014

Rev Esp Cardiol 2015;68(2):98-106

Seguimiento clínico de una muestra contemporánea de pacientes con fibrilación auricular en tratamiento con digoxina: resultados del estudio AFBAR

Moisés Rodríguez-Mañero¹, Fernando Otero-Raviña², Javier García-Seara¹,
Lucrecia Zugaza-Gurruchaga³, José M. Rodríguez-García⁴,
Rubén Blanco-Rodríguez⁵, Victorino Turrado Turrado⁶,
José M. Fernández-Villaverde⁷, Rafael C. Vidal-Pérez¹,
José R. González-Juanatey¹, en nombre de los investigadores del Grupo Barbanza

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.01.015>

Resumen

Introducción y objetivos: evaluar el efecto de la digoxina en los resultados clínicos de los pacientes con fibrilación auricular con y sin tratamiento con bloqueadores beta.

Métodos: el AFBAR es un registro prospectivo llevado a cabo por un equipo de médicos de atención primaria (n = 777 pacientes). Los objetivos principales fueron la supervivencia, la supervivencia libre de hospitalización por cualquier causa y la supervivencia libre de hospitalización por causas cardiovasculares. La media de seguimiento fue 2,9 años. Se analizaron cuatro grupos: pacientes tratados con digoxina, bloqueadores beta o digoxina más bloqueadores beta, y pacientes que no recibían ninguno de estos fármacos.

Resultados: en total, 212 pacientes (27,28%) recibieron digoxina como única estrategia de control de frecuencia; 184 recibieron bloqueadores beta (23,68%); 58 (7,46%), ambos fármacos y 323 (41,57%), ninguno de ellos. El tratamiento con digoxina no se asoció a la mortalidad por todas las causas (razón de riesgos estimada = 1,42; intervalo de confianza del 95%, 0,710-1,498; p = 0,2), la hospitalización por todas las causas (razón de riesgos estimada = 1,03; intervalo de confianza del 95%, 0,71-1,49; p = 0,8) ni la hospitalización por causas cardiovasculares (razón de riesgos estimada = 1,193; intervalo de confianza del 95%, 0,725-1,965; p = 0,4). No se observó asociación entre el empleo de digoxina y la mortalidad por cualquier causa, la hospitalización por cualquier causa o la hospitalización por causas cardiovasculares en los pacientes sin insuficiencia cardiaca. No hubo interacción entre el uso de digoxina y el sexo en cuanto a la mortalidad por todas las causas o la supervivencia sin hospitalización por todas las causas. Sin embargo, sí se observó una asociación entre el sexo y la hospitalización por causa cardiovascular.

Conclusiones: la digoxina no se asoció a un aumento de la mortalidad por cualquier causa, la supervivencia libre de hospitalización por cualquier causa ni la supervivencia libre de hospitalización por causas cardiovasculares, con independencia de la presencia de insuficiencia cardiaca subyacente.

Palabras clave: FIBRILACIÓN AURICULAR
DIGOXINA
INGRESO CARDIOVASCULAR

1. Servizo de Cardiología, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

2. Dirección de Asistencia Sanitaria, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

3. Centro de Saúde de Negreira, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, Negreira, A Coruña, España.

4. Centro de Saúde de A Pobra do Caramiñal, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, A Pobra do Caramiñal, A Coruña, España.

5. Centro de Saúde de Lousame, Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela, SERGAS, Lousame, A Coruña, España.

6. Centro de Saúde Concepción Arenal, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

7. Centro de Saúde de Ribeira, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS, Ribeira, A Coruña, España.

Recibido el 10 de abril de 2013 Aceptado el 24 de enero de 2014 On-line el 16 de mayo de 2014

Rev Esp Cardiol 2014;67(11):890-897