



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2998 - Fotografía del Síndrome Coronario Agudo en un área de salud

M.M. García Alonso^a, T. Salado García, L. Méndez de Haro^c, P. Bustamante Marcos^d, H. Bergaz Díez^e, A.M. Corazon Monzón^c, J. Melero Broman^f, E. Melo Toledo^g y R. Ruiz Merino^e

^aMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cigales. Valladolid. ^dMédico de Familia. Urgencias Hospital Santos Reyes. Burgos. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Delicias. Valladolid. ^gMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

Resumen

Objetivos: Principal: conocer la epidemiología del SCA en un área de salud. Secundario: saber el estado de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV) en este grupo antes del infarto, en el momento del ingreso y un año después.

Metodología: Descriptivo transversal de período. Población: pacientes con diagnóstico de IAM, infarto subendocárdico, angina inestable o sd. coronario intermedio al alta según clasificación CIE9-MC. Cr. inclusión: mayores 14 años, primer episodio de cardiopatía isquémica aguda incluido exitus por la misma, en un área de salud durante el año 2014. Cr.exclusión:diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica, no cumplir cr.inclusión.

Muestra: 100% de los pacientes, seleccionados mediante muestreo consecutivo. Variables: epidemiológicas, medida de tensión arterial, LDL y glucemia (sí/no). Se medirán un año antes del infarto, en el momento del episodio y hasta un año después. La información se obtiene de la historia clínica. Paquete estadístico SPSS. El diseño trasversal no establece causalidad, sin embargo detecta asociaciones que serán estudiadas posteriormente.

Resultados: N = 243. 158 varones, 85 mujeres. Media días de ingreso: 5,64. Motivo alta: mejoría (213), exitus (1), traslado otro hospital (27), traslado centro sociosanitario (1), alta voluntaria (1). Exitus al final del estudio (18). N° consultas con MAP en el año antes 16,38, Media de días transcurridos desde última visita MAP hasta ingreso 62,64. Medición de TA: antes (n = 171), ingreso (236), un año después (192). Medición IMC: (86), (7), (79). Perímetro abdominal (n = 0) en los tres momentos. Glucemia (182), (234), (204). Colesterol LDL (129), (149), (144).

Conclusiones: La enfermedad cardiovascular sigue siendo principal causa de mortalidad en los países desarrollados. A pesar de los avances en los tratamientos para el evento agudo, las estrategias de prevención secundaria siguen siendo muy deficitarias. Para conseguir una mejor reducción del riesgo se debe prestar atención al cribado de los FRCV en el 100% de estos pacientes y al tratamiento intensivo, si los hubiera, ya que las mayores tasas de recurrencia y mortalidad ocurren en el primer año después del infarto.

Palabras clave: Prevención secundaria. Riesgo cardiovascular.