



6024-249. INFLUENCIA DEL VASO CULPABLE EN LOS TIEMPOS DE RETRASO EN UN CÓDIGO INFARTO

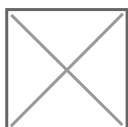
Emilio Galcerá Jornet, José María Gómez Sansano, Juan Miguel Ruiz Nodar, David Ramos Alzamora², José Valencia Martín, Javier Pineda Rocamora, Pascual Bordes Siscar y Vicente Mainar Tello del Hospital General Universitario de Alicante y²Hospital General Universitario de Elche, Elche (Alicante).

Resumen

Introducción y objetivos: En el código infarto el tiempo de isquemia miocárdica hasta la reperfusión es crucial para salvar tejido en riesgo y son varios los factores que influyen en el retraso hasta la apertura de la arteria culpable. Nuestro objetivo es evaluar si existen diferencias significativas en los tiempos de retraso dependiendo de la arteria coronaria responsable del infarto.

Métodos: Hemos analizado un registro prospectivo y consecutivo de 518 pacientes que han entrado en el protocolo de angioplastia primaria de un centro de referencia activando así el código infarto, durante el año 2014. Hemos registrado entre otras variables la arteria culpable, los tiempos de inicio de los síntomas, primer contacto médico, momento de activación del código infarto, llegada a la sala de hemodinámica y hora de reperfusión.

Resultados: De los 518 pacientes que suscitaron la activación del código infarto solo en 441 (85%) se encontró una arteria culpable, correspondiendo los restantes 78 (15% de pacientes) a falsos positivos o activaciones a priori correctas del protocolo pero en los que finalmente no se halló una lesión claramente culpable. 185 (42%) tuvieron como culpable la descendente anterior (DA); 185 (42%) la coronaria derecha (CD); 67 (15%) la arteria circunfleja (CX) y 4 (0,9%) el tronco común izquierdo. Los tiempos medidos en minutos fueron los siguientes [mediana (P25-P75)]: primer contacto médico (PCM) - activación del código infarto [DA 30 (18-59); CX 45 (28-88; CD 30 (16-46), $p = 0,001$]; PCM - llegada a la sala de hemodinámica [DA 95 (70-120); CX 110 (80-180; CD 88 (70-115) $p = 0,003$] y PCM-hora de reperfusión [DA 124 (94-149); CX 138 (105-205); CD 115 (95-140) $p = 0,003$] siendo la arteria circunfleja la que se asociaba a tiempos de retraso mayores. Las diferencias no alcanzaron la significación estadística en los tiempos de inicio síntomas - PCM ni en el tiempo de isquemia (inicio síntomas-reperfusión).



Mediana tiempos según arteria responsable.

Conclusiones: Los pacientes que se presentan con infartos producidos por oclusión de la arteria circunfleja sufren un mayor retraso desde el primer contacto médico hasta la reperfusión, probablemente en relación con la menor expresividad en el ECG de superficie.