



6011-141. ¿APORTA ALGÚN BENEFICIO LA DISPONIBILIDAD DE UN ELECTROCARDIOGRAMA PREVIO EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO?

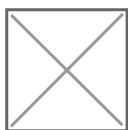
Pedro Martínez Losas, Javier Higuera Nafria, Juan Carlos Gómez Polo, Manuel Enrique Fuentes Ferrer, María Teresa Nogales Romo, Virginia Ruiz Pizarro, Ramón Bover Freire y Julián Pérez Villacastín del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La rápida y correcta identificación electrocardiográfica ha demostrado mejorar los tiempos de reperfusión y el pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Se desconoce si la disponibilidad de un electrocardiograma (ECG) previo podría mejorar el diagnóstico del IAM y, secundariamente, anticipar la activación del Código Infarto (CI).

Métodos: 124 asistentes a un curso anual de electrocardiografía avanzada para médicos de diferentes centros y especialidades fueron aleatorizados a la realización de 2 modelos de un cuestionario con 6 ECG pertenecientes a pacientes de nuestro centro con IAM en el momento de su realización. Ambos modelos se diferenciaban en la presencia o ausencia de un ECG previo de cada uno de los pacientes. Los participantes fueron preguntados por si activarían el CI y, en caso afirmativo, por su grado de seguridad.

Resultados: No hubo diferencias en las características demográficas entre los 2 grupos aleatorizados: interpretación diaria de ECG (grupo sin ECG basal: 69,2 frente a grupo con ECG basal: 66,7%; $p = 759$), ámbito de trabajo (Urgencias intra o extrahospitalarias: 49,3 frente a 54,1%; Atención Primaria: 18,5 frente a 18%; Cardiología: 4,6 frente a 4,9%; $p = 987$), tipo de facultativo (médico adjunto: 47 frente a 47,5%; médico residente: 53 frente a 52,5%; $p = 0,949$) o mediana de edad (38,09 frente a 41,67 años; $p = 0,060$). Si hubo diferencias significativas en la mediana de años trabajos, siendo ligeramente mayor en el grupo con disponibilidad de ECG previo (12,21 frente a 15,85 años; $p = 0,030$). El porcentaje de activación del CI en la cohorte global fue del 63,9%, sin encontrarse diferencias significativas en función de la disponibilidad de ECG previo (grupo sin ECG basal: 62 frente a grupo con ECG basal: 65,8%; $p = 0,508$). En el análisis individual de cada uno de los 6 trazados hubo una marcada diferencia en el porcentaje de activación del CI en función de la localización de IAM, oscilando entre el 13,4% en el IAM lateral, secundario a la oclusión de un ramo diagonal, hasta el 96,1% en el caso de un IAM inferior, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguno de los trazados (fig.).



Porcentaje de activación del Código Infarto.

Conclusiones: En nuestra cohorte, formada mayoritariamente por médicos de emergencias que interpretan ECG diariamente, la disponibilidad de un ECG basal no mejoró el porcentaje de activación del CI.