



6002-143. IMPACTO DEL RETRASO ENTRE EL PRIMER ECG DIAGNÓSTICO Y LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST

Miquel Fiol Sala¹, Alberto Rodríguez Salgado¹, Mireia Ferreruela Serlavos¹, Cristina Royo Villa¹, Lorenzo Socías Crespi², Sebastián Roig Noguera³, Andrés Carrillo López¹ y CI-IB Grupo de Trabajo¹ del ¹Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears), ²Hospital Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears) y ³Fundación Hospital de Manacor, Manacor (Illes Balears).

Resumen

Introducción y objetivos: En el síndrome coronario agudo con ST elevado (SCAEST), el primer ECG del contacto médico no implica un diagnóstico inmediato y por tanto un retraso en la activación del Código Infarto (CI) y un alargamiento de los tiempos de acceso al tratamiento de reperusión. Se analiza el impacto que supone el retraso en la activación del CI a pesar de disponer de un primer ECG con criterios electrocardiográficos de SCAEST en evolución.

Métodos: Durante 2 años se incluyeron todos los pacientes (926 p.) con sospecha de SCAEST en un registro de CI de una Comunidad Autónoma. Se excluyeron 77p. sin diagnóstico final de SCAEST y 13 p. por no disponer de datos. De los 834 p. con diagnóstico final de SCAEST, 160p. (19,2%) presentaron un retraso diagnóstico mayor de 10 minutos (mediana 80 minutos) entre un primer ECG con criterios diagnósticos (ECGd) (evaluados retrospectivamente por un comité de expertos en ECG) y el momento de activación del CI para tratamiento de reperusión.

Resultados: Algunas de las circunstancias significativas que se asocian a este retraso se expresan en la tabla.

Variables asociadas a retraso diagnóstico					
Variable	Global	Retraso	No retraso	P	OR
Sexo femenino	23,3%	30%	21,7%	0,029	1,55 (1,05-2,28)
Diabetes Mellitus	23,3%	29,4%	21,6%	0,037	1,51 (1,03-2,22)
ECGd practicado en CS	28,2%	41,3%	25,1%	0,000	2,1 (1,46-3)
No atendidos por el 061	47,1%	55,6%	45,1%	0,018	1,53 (1,08-2,16)

No tratamiento de reperfusión (TNK o ICP)	17,7%	30,6%	14,7%	0,000	2,56 (1,72-3,81)
Ictus durante el ingreso	2,3%	5%	1,6%	0,017	3,2 (1,25-8)
<i>Flutter</i> auricular en el ingreso	1,9%	5%	1,2%	0,005	4,37 (1,61-11,8)
CS: Centro de Salud, TNK: tenecteplasa, ICP: angioplastia primaria.					

Conclusiones: El retraso en la valoración del primer ECG con criterios diagnósticos de SCAEST y en la activación consecuente del CI tiene repercusiones significativas en el manejo de estos pacientes. Es necesario optimizar los conocimientos en electrocardiografía en los Centros de Salud.