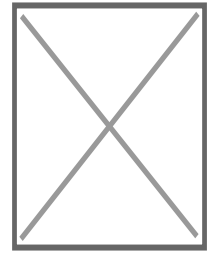


Revista Española de Cardiología



6044-559. CÓDIGO INFARTO: LLEGAN ANTES, PERO... ¿EVOLUCIONAN MEJOR?

Rafael Martínez de Bourio Uriarte, Amaia Arregi López, Alberto Ullate de la Torre, Ane Elorriaga Madariaga, Paula Mendoza Cuartero, Cristina Asla Ormaza, Jesús Roberto Sáez Moreno y Abel Andrés Morist del Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

Resumen

Introducción y objetivos: La reperfusión precoz es el tratamiento prioritario en pacientes que presenten un IAMCEST, con un nivel de recomendación IA, según las guías de práctica clínica. En los últimos años, se han implementado medidas para disminuir el tiempo hasta la apertura de la arteria, como parte del Código Infarto. Hemos observado que casi un 50% de los IAMCEST de nuestro centro no emplean este servicio. Queremos comprobar que el aviso a Emergencias reduce los tiempos hasta la reperfusión (objetivo primario) y establecemos la hipótesis de que esta disminución podría suponer una mejoría clínica (objetivo secundario).

Métodos: Se analizaron 275 pacientes, registrados en nuestro centro por IAMCEST desde el 1/octubre/2014 hasta el 6/marzo/2017. Los datos fueron tomados del registro BIHOTZEZ, completándose mediante la historia clínica informática. Se recogieron los datos de los pacientes que habían acudido directamente al centro (itinerario C) y aquéllos traídos por Emergencias, activando el Código Infarto, directamente a la sala de Hemodinámica o la Unidad Coronaria (itinerario AC).

Resultados: Del total de 275 pacientes enrolados en nuestro registro, 157 tomaron el itinerario AC y 118, el C. Ambos grupos eran equiparables en cuanto a sexo, edad, HTA, DM, dislipemia (DLP), ERC, cardiopatía isquémica crónica (CIC), enfermedad vascular periférica (EVP), enfermedad cerebrovascular (ECV), tabaquismo y localización del infarto. Al comparar ambos grupos se observó una disminución significativa del tiempo síntomas-balón de 47,9 min (IC95% 4,13 a 91,67, p 0,03) y del tiempo puerta-balón en 15 min (IC95% 1,89 a 28,7, p 0,02). Se halló una tendencia a disminuir el tiempo síntomas-primer contacto médico, sin ser estadísticamente significativa (IC95% -11,73–71,97, p 0,16). A pesar de la reducción en el tiempo de reperfusión, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas, léase FEVI (IC95% -4,49 a 1,5, p 0,33), pico de TnT (IC95% -1.175,75 a 2.134,09], p 0,57), días de ingreso (IC95% -1,96 a 1,84; p 0,95) y mortalidad a los 30 días (p 0,53).

Variables basales

	AC (N = 157)	C (N = 118)	p valor
Varones	77,7 % (122)	75,4 % (89)	0,67

Edad	62,09 (12,8)	62,8 (13,9)	0,66
HTA	42,7 % (67)	50,8 % (60)	0,18
DM	14,6 % (23)	20,3 % (24)	0,26
DLP	53,5 % (84)	44,9 % (53)	0,18
Fumadores	50,3 % (79)	48,3 % (57)	0,46
CIC	12,7 % (20)	12,7 % (15)	1
ERC	5,7 % (9)	4,2 % (5)	0,78
EVP	5,7 % (9)	5,1 % (6)	1
ECV	4,5 % (7)	2,5 % (3)	0,52
IAM anterior	45,2 % (71)	44,9 % (53)	1

Los resultados se presentan como la media con la desviación estándar para las variables cuantitativas continuas y como porcentajes para las variables cuantitativas discretas y cualitativas.

Conclusiones: Hemos demostrado que la comunicación directa entre el Servicio de Emergencias y los cardiólogos de guardia, activando el Código Infarto y evitando el Servicio de Urgencias, supone una reducción de los tiempos de reperusión. Sin embargo, en nuestra muestra, esta mejora cronológica no se ha traducido en un beneficio clínico.