



6017-239. IMPACTO EN LA MORTALIDAD A CORTO PLAZO DE UNA RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

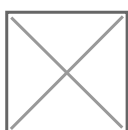
Marisol Guadalupe Ascencio Lemus, Samuel del Castillo García, Iván Prieto Salvador, Carmen Palacios Echavarren, Carlos Minguito Carazo, Silvia Prieto González, J. Ignacio Iglesias Gárriz y Felipe Fernández Vázquez del Complejo Asistencial Universitario, León.

Resumen

Introducción y objetivos: El acceso rápido a la terapia de reperfusión en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) disminuye la morbimortalidad. La eficacia de redes asistenciales de atención al IAMCEST debería evaluarse a partir de su implementación, para evitar los sesgos de los estudios “antes y después”. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características de los pacientes con IAMCEST que acudieron a través del código infarto (CI) o por sus propios medios tras su implementación y la relación con la mortalidad a los 30 días.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con los siguientes criterios: 1) dolor torácico, 2) 12 horas desde el inicio de los síntomas y 3) elevación del ST al menos en 2 derivaciones contiguas del electrocardiograma. Así, desde febrero de 2015 a septiembre de 2016, se incluyeron 334 pacientes, de los cuales 197 (59%) acudieron a través del CI.

Resultados: Los pacientes que usaron el CI fueron más jóvenes, con una mayor prevalencia del hábito de fumar y menor prevalencia de diabetes mellitus (tabla). Hubo diferencias en el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la introducción de la guía en la arteria responsable, con una diferencia en la mediana de tiempo de 36 minutos a favor del grupo CI (209 min, IQR 135/290 frente a 245 min, IQR 165/420, $p = 0,013$). Esta diferencia es más significativa en el tiempo desde la llegada al hospital hasta la introducción de la guía (40 min, IQR 30/50 frente a 75 min, IQR 60/120, $p = 0,001$). Se encontró mayor incidencia de insuficiencia cardíaca en el grupo de no CI: clase Killip > 1 51 (37%) frente a 47 (24%) respectivamente, $p = 0,009$. Hubo 34 muertes en el seguimiento a 30 días, 21 y 13 en cada grupo. Los pacientes que llegaron al hospital vía CI tuvieron una mejor supervivencia a medio plazo (figura), $\log \text{rank test} = 6,64$, $p = 0,01$. Sin embargo, en el análisis multivariable proporcional de Cox con todos los posibles factores de confusión, el método usado por el pacientes para llegar al hospital no se encuentra asociado con la mortalidad, HR = 0,70 (0,30-1,64).



Supervivencia acumulada.

Características basales

	No código infarto	Código infarto.	p
Edad (años)	69 ± 14	65 ± 14	0,004
Hábito de fumar (%)	45%	85%	0,058
Hipertensión (%)	75%	95%	0,241
Dislipemia (%)	50%	80%	0,448
Diabetes mellitus (%)	32%	31%	0,080
Infarto antiguo (%)	12%	15%	0,706
Revascularización previa (%)	11%	12%	0,492

Conclusiones: Con el uso del CI se ha reducido el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la introducción de la guía y la incidencia de insuficiencia cardiaca, pero la mortalidad a corto plazo no se ha modificado tras el mismo.