



4023-7. EVALUACIÓN DEL RETRASO EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO MEDIANTE ANGIOPLASTIA PRIMARIA DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO QUE CONSULTAN EN HOSPITALES SIN UNIDADES DE HEMODINÁMICA

Eduardo Franco Díez¹, Alonso Mateos², Carlos Acebal¹, Antonio Fernández Ortiz¹, Vicente Sánchez-Brunete², Carlos Macaya Miguel¹ y Borja Ibáñez³ del ¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ²Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA 112), Madrid y ³Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid.

Resumen

Introducción: Se han descrito peores tiempos de atención en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) tratados mediante angioplastia primaria (ACTPp) si consultan en hospitales sin Unidades de Hemodinámica (UH). El objetivo de este trabajo es estudiar dicha hipótesis en nuestro medio y evaluar la repercusión clínica del eventual retraso en la instauración del tratamiento.

Métodos: Se analizaron los tiempos de atención de todos los pacientes consecutivos con IAMEST de < 12 horas de evolución (entre el inicio de los síntomas y el primer contacto médico -PCM-) tratados en nuestro Centro mediante ACTPp entre enero de 2011 y agosto de 2011. Los tiempos analizados fueron: retraso del paciente (desde el inicio de los síntomas hasta el PCM); diagnóstico + traslado (desde el PCM hasta la llegada del paciente a nuestro Centro); tiempo puerta-balón (desde la llegada del paciente a nuestro Centro hasta la reperfusión); duración del procedimiento de ACTPp; retraso del sistema (desde el PCM hasta la reperfusión); y tiempo total de isquemia. Se compararon dichos tiempos en función del lugar del PCM de los pacientes: Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (S.U.EH.), Urgencias de nuestro Centro, Centros de Salud y hospitales sin UH). Se comparó asimismo el tamaño del infarto evaluado mediante pico de biomarcadores de necrosis miocárdica (creatininasa y troponina I) entre dichos grupos.

Resultados: El número de pacientes incluido en el análisis fue de 109 (82,6% varones, edad media 62,0 ± 13,9 años). Los resultados se muestran en la tabla. Los pacientes con PCM en hospitales sin UH sufrieron un mayor retraso del sistema, a expensas de un mayor tiempo de traslado (dado que el tiempo puerta-balón fue menor en dicho grupo). Ningún paciente con PCM en estos hospitales logró ser atendido con un retraso del sistema < 120 minutos (objetivo mínimo marcado por las Guías de Práctica Clínica). Además, estos pacientes tuvieron un mayor tamaño del infarto estimado por pico de biomarcadores de necrosis miocárdica, sin diferencias significativas entre los otros 3 grupos (p = 0,305 para pico de creatín-kinasa, p = 0,204 para pico de troponina I).

	S.U.EH.	Urgencias *	Centros de Salud	Hospitales sin UH	p
n (%)	71 (65,1)	10 (9,2)	12 (11,0)	16 (14,7)	

Retraso del paciente (min)	90 [54-155]	100 [75-114]	180 [60-263]	180 [60-270]	0,80
Diagnóstico + traslado (min)	75 [60-104]	30 [24-80]*	60 [50-263]	229 [156-384]	0,00
Tiempo puerta-balón (min)	43 [17-76]	94 [76-134]	49 [22-84]	32 [22-58]	0,00
Duración de la ACTPp (min)	17 [14-27]	24 [15-32]	22 [20-25]	21 [17-26]	0,37
Retraso del sistema (min)	125 [103-157]	94 [76-134]	166 [101-263]	399 [206-525]	0,00
Tiempo total de isquemia (min)	221 [169-293]	182 [142-263]	361 [142-633]	507 [338-795]	0,00
% pacientes con retraso del sistema < 120 min	47,9 %	70,0 %	41,6 %	0 %	
Pico de creatín-kinasa (UI/l)	2.711 ± 2.112	1.731 ± 1.719	2.232 ± 1.519	4.289 ± 2.123	0,02
Pico de troponina I (ng/ml)	148 ± 127	78 ± 89	119 ± 98	250 ± 129	0,00

Variables cuantitativas expresadas como mediana [rango intercuartílico] o media ± desviación típica, según corresponda.

*En los pacientes con PCM en Urgencias, el tiempo “diagnóstico + traslado” corresponde sólo al retraso diagnóstico.

Conclusiones: Los pacientes con IAMEST que consultan en hospitales sin UH son atendidos con un mayor retraso del sistema debido a altos tiempos de traslado, lo que podría influir en el mayor tamaño del infarto observado en estos pacientes.