



6032-335. IMPORTANCIA DEL RETRASO EN LA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA Y SU INTERPRETACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

María Thiscal López Lluva¹, Alberto García Lledó², Fernando Lozano Ruiz Poveda¹, Alfonso Jurado Román³, Ignacio Sánchez Pérez¹, Jesús Piqueras Flores⁴, Raquel Frías García⁴, Pedro Pérez Díaz⁴, Martín Negreira Caamaño⁴ y José Abellán Huerta¹

¹Unidad de Hemodinámica, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción y objetivos: El electrocardiograma (ECG) es imprescindible para establecer el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Las guías indican registrar e interpretar el ECG tan pronto como sea posible en el lugar del primer contacto médico (PCM), con un retraso máximo de 10 minutos. El momento en que se interpreta el ECG con elevación del segmento ST o equivalente se considera el momento cero para determinar el tratamiento; de ahí la importancia de una interpretación rápida y certera del ECG. Dado que apenas disponemos de datos en vida real, nuestro objetivo fue analizar el porcentaje de ECG mal interpretados y su influencia pronóstica en pacientes con SCACEST.

Métodos: Se analizó una cohorte prospectiva de 546 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a angioplastia primaria en nuestro centro, excluyéndose aquellos con bloqueo de rama, hipertrofia ventricular izquierda severa y portadores de marcapasos. Para determinar las variables predictoras de un ECG inicial mal interpretado se realizó un análisis de regresión logística binaria

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron varones (80%), de edad media 64 ± 13 años. La mediana de tiempo entre el PCM y el ECG fue de 9 (5-12) minutos. En el 70% de las ocasiones el ECG se realiza en los primeros 10 minutos desde el PCM. Sin embargo, se tarda una mediana de 23 (10-55) minutos en interpretar el ECG y activar el código infarto (CI). Únicamente en un 10% de pacientes se activa el CI en los primeros 10 minutos tras el PCM. Pero, además, en 62 de los 545 pacientes analizados (11,3%) el ECG inicial no se interpretó correctamente. Solo se extendió el ECG estándar de 12 derivaciones con derivaciones V7-V9 en 3 de los 62 pacientes (5%). Las variables: hábito tabáquico (no fumador) (OR 2 (1,1-4), $p = 0,04$), clasificación Killip-Kimball (IV) (OR 4,2 (1,8-9,5), $p = 0,04$), y arteria responsable del infarto (Cx) (OR 2,9 (1,4-5,8), $p = 0,03$) resultaron predictoras de ECG mal interpretado. Se observó una tendencia para la variable horario (laboral) (OR 0,5 (0,3-1), $p = 0,06$). Los pacientes con diagnóstico electrocardiográfico erróneo presentaron un tiempo total de isquemia (TTI) mayor que aquellos diagnosticados correctamente, con una diferencia en la mediana de 188 minutos ($p = 0,001$). De hecho, la incorrecta interpretación del ECG es la variable predictora independiente que más influye para un TTI > 180 minutos (OR 6,54 (2,57-16,65), $p = 0,001$).

Conclusiones: La interpretación incorrecta del ECG en el contexto del SCACEST es frecuente y conlleva un aumento significativo en el tiempo hasta la reperusión; de hecho, es la variable que más influye en la prolongación del tiempo hasta la reperusión.