



6076-476. SEGUNDOS CRUCIALES: EXPLORANDO EL RETRASO EN EL SCACEST EN PACIENTES MUY JÓVENES

Pablo Juan-Salvadores¹, Luis Mariano de la Torre Fonseca², Beatriz Calderón Cruz³, César Veiga García¹, Samuel Pintos Rodríguez¹, José Antonio González-Novoa¹, Saleta Fernández Barbeira⁴, Andrés Íñiguez Romo⁵, Víctor Alfonso Jiménez Díaz⁴ y. Grupo Regaliam⁶

¹Unidad de Investigación Cardiovascular. Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo, La Habana (Cuba), ³Unidad de Metodología y Estadística. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁴Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Departamento de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España y ⁶Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) se ha convertido en un desafío creciente de salud pública, especialmente entre la población joven. Estos pacientes implican un gran impacto en los sistemas sanitarios, al convertirse en pacientes crónicos a edades tempranas. La rapidez en la reperfusión es vital, sin embargo, un retraso en la búsqueda de atención médica y en la respuesta del sistema sanitario aumenta el daño al miocardio.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes multicéntrico retrospectivo en 6,799 pacientes diagnosticados con SCACEST en Galicia entre 2015 y 2022. Se constituyeron dos grupos: pacientes con diagnóstico de SCACEST > 40 años y pacientes con diagnóstico de SCACEST ? 40 años. Estos pacientes han sido incluidos en el Registro Gallego de Infarto Agudo de Miocardio (REGALIAM). Se analizaron los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta la reperfusión y se identificaron factores asociados al retraso en la asistencia sanitaria.

Resultados: Los pacientes # 40 años. Sin embargo, la diferencia entre el retraso desde el inicio de los síntomas hasta la apertura de la arteria responsable del infarto (> 120 min) y la demora en la asistencia sanitaria (> 130 min), no fueron significativos entre ambos grupos. Se observó un retraso en el sexo femenino tanto en el ECG diagnóstico como en la apertura de la arteria, con un RR de retraso de 1,21 (IC95% 1,13-1,30), p 0,001. Los síntomas por los que acuden también se relacionaron con un mayor retraso siendo la disnea el que provoca un retraso mayor RR 1,76 (IC95% 1,5-2,06); p 0,001, similar al síncope o a la parada cardiorrespiratoria. El acceso al sistema sanitario implica diferencias en el tiempo de asistencia, los pacientes que acudían a su centro de atención primaria o a un hospital sin hemodinámica presentan más retraso RR 1,44 (IC95% 1,36-1,54) y RR 1,55 (IC95% 1,45-1,67); p 0,001 respectivamente.



Representación de la vía de acceso al sistema sanitario y los tiempos de atención.

Conclusiones: Este estudio muestra que los pacientes jóvenes con SCACEST tienden a recibir un diagnóstico más rápido que aquellos de mayor edad, aunque ser mujer y presentar síntomas menos específicos como la disnea, prolongan los tiempos de reperfusión. La vía de acceso al sistema sanitario es un factor crucial. Los resultados enfatizan la importancia de continuar mejorando los sistemas de atención rápida para el SCACEST.