



6009-8. REALIDAD DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN EN EL SCACEST EN UN ÁREA SANITARIA DE GRAN EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

Francisco Martín Herrero, Alfredo Barrio Rodríguez, Juan Diego Oviedo Rodríguez, Daniel Alejandro Bracho Bracchitta y Marta Alonso Fernández de Gatta

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El SCACEST es una emergencia médica, con una mortalidad elevada en las primeras horas, en la que es fundamental el diagnóstico precoz y el uso de terapias de reperfusión. Se realiza un estudio descriptivo del perfil clínico del paciente ingresado en la UCIC del CAUSA por un SCACEST, centrado en el análisis de la reperfusión, tiempos de retraso y mortalidad hospitalaria.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes de pacientes ingresados por IAMCEST en la UCI Cardiovascular del CAUSA en el año 2017.

Resultados: Fueron incluidos 283 pacientes con criterios de SCACEST (media de edad $67,2 \pm 13$, años; 78% varones), procedían del área de Salamanca (56%), y el resto de las provincias de Zamora y Ávila (40%). Elevada prevalencia de FRCV: HTA (54%), dislipemia (48%), tabaquismo (56%), y DM 2 (26%). Localización más frecuente del infarto: inferior (53%), seguida de la anterior (42%). Recibieron tratamiento de reperfusión 279 (98,2%), 252 (89%) mediante angioplastia primaria y 26 (9,2%) mediante fibrinólisis (ICP de rescate 96%). Los tiempos de PCM a reperfusión (PCM-R) fueron superiores en los atendidos en áreas geográficas lejanas: Salamanca ciudad ($97,4 \pm 77$ min), Salamanca provincia ($134,9 \pm 86$ min), Zamora ($248,2 \pm 240$ min) y Ávila ($196,2 \pm 92$ min), ($p < 0,001$ se asoció con una peor FEVI al alta ($48,7$ vs $52,5\%$; $p = 0,012$). Fallecieron en el ingreso 19 (6,7%) pacientes. Se asociaron con una mayor mortalidad: no recibir tratamiento de reperfusión (50 vs $6,1\%$, $p = 0,001$), acceso femoral (16 vs $4,3\%$, $p = 0,002$), Killip máximo 1 a 4 ($1,1$ vs $2,6$ vs $7,7$ vs $31,3\%$; $p = 0,001$), procedencia geográfica ($p = 0,001$). No encontramos asociación entre la mortalidad y el modo de reperfusión, ni con los tiempos de retraso (S-PCM y PCM-R).

Conclusiones: Los datos aportados muestran la alta tasa de tratamiento de reperfusión en el contexto del SCACEST en nuestra área sanitaria, con un abordaje predominante radial. No obstante, con más de la mitad de los pacientes reperfundidos por encima del tiempo recomendado, obligan a realizar un ejercicio de reflexión y revisión de la estrategia de atención al Código Infarto en un área extensa, para identificar los puntos de mejora, y poder aportar una atención más eficiente al SCACEST.