



6052-420. ¿DEBERÍA SEGUIR SIENDO EL RETRASO EN EL SISTEMA EL ELEMENTO CLAVE EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

María Thiscal López Lluva¹, Alberto García Lledó², Alfonso Jurado Román³, José Abellán Huerta¹, Fernando Lozano Ruiz Poveda¹, Pedro Pérez Díaz⁴, Alfonso Morón Alguacil⁴, Jorge Martínez del Río⁴, Martín Negreira Caamaño⁴ e Ignacio Sánchez Pérez¹

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: Las diferentes sociedades científicas han centrado su estrategia en reducir el tiempo que transcurre desde el primer contacto médico hasta la terapia de reperfusión, intervalo conocido como retraso del sistema (RS) en el manejo de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Sin embargo, publicaciones recientes avalan el valor pronóstico de otros intervalos, como son: 1) retraso electrocardiograma (ECG)-guía, 2) retraso diagnóstico-guía y 3) tiempo total de isquemia (TTI). Nuestro objetivo fue evaluar el valor predictivo de los tiempos de retraso antes mencionados para la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), principal factor pronóstico en el infarto agudo de miocardio, tanto al alta como a los 3 meses del evento coronario.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo, que incluyó a 546 pacientes consecutivos con SCACEST sometidos a angioplastia primaria en nuestro centro. Se evaluaron los tiempos de retraso desde el comienzo de los síntomas hasta la reperfusión, variables clínicas, angiográficas y ecocardiográficas.

Resultados: La mediana del RS fue 100 (69-135) minutos, la del ECG-guía 99 (73-131) minutos, la del retraso diagnóstico-guía 65 (45-88) minutos y la del TTI 190 (137-281) minutos. Tanto el retraso del sistema ($p = 0,034$) como el tiempo total de isquemia ($p 0,001$) predicen la FEVI al alta de los pacientes con SCACEST sometidos a angioplastia primaria y ambos parámetros muestran una relación inversa con la FEVI [$FEVI = 51,9 - 0,015RS$ (minutos) y $FEVI = 53,5 - 0,013TTI$ (minutos)]. Sin embargo, de todos los retrasos evaluados, únicamente el TTI demostró ser factor predictor de FEVI a los 3 meses del evento coronario (tabla).

Coeficientes del análisis de regresión del retraso del sistema, retraso ECG-guía, retraso DCO-guía y tiempo total de isquemia para la variable dependiente FEVI a los 3 meses del evento

Coeficientes no estandarizados

IC95% para B

Modelo	B	Error estándar	Sig.	Límite inferior	Límite superior
(Constante)	54,515	1,130	0,000	52,286	55,743
R. sistema (1)	-0,013	0,007	0,057	-0,026	0,000
(Constante)	52,860	1,428	0,000	50,030	55,689
R. ECG-guía (1)	-0,004	0,008	0,650	-0,021	0,013
(Constante)	54,541	2,093	0,000	50,399	58,684
R. DCO-guía (1)	-0,029	0,027	0,295	-0,082	0,025
(Constante)	56,616	1,134	0,000	54,382	58,849
TTI (1)	-0,014	0,003	0,001	-0,020	-0,007

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el empleo del TTI a la hora de elegir la estrategia de reperfusión en pacientes con SCACEST (y no el RS o el retraso diagnóstico - guía como actualmente se recomienda) podría ser la estrategia óptima.