



6032-307. PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DE ST SEGÚN MODO DE PRIMER CONTACTO MÉDICO

Nicolás Manuel Maneiro Melón, Sergio Huertas Nieto, Macarena Otero Escudero, Ana Lareo Vicente, Aníbal Ruiz Curiel, María Guisasaola Cienfuegos, Julio García Tejada, Maite Velázquez Martín, Agustín Albarrán González-Trevilla, Roberto Martín Asenjo, Héctor Bueno, Rafael Salguero Bodes, Fernando Arribas Ynsaurriaga, Iván Gómez Blázquez y Fernando Sarnago Cebada

Servicio de Cardiología Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La transferencia directa a laboratorios de hemodinámica, evitando paradas intermedias en urgencias, de aquellos pacientes con diagnóstico extrahospitalario de infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) se asocia a mejores tiempos y pronóstico. Sin embargo, la información con respecto a las implicaciones pronósticas de realizar un primer contacto médico (PMC) con los servicios de emergencias móviles (SEM) o en urgencias es más escasa.

Métodos: Se revisaron los pacientes atendidos dentro del código infarto en un hospital terciario de referencia para angioplastia primaria entre el 1/marzo/2019 y 29/febrero/2020. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que recibieron al alta diagnóstico de IAMCEST. Se constituyeron dos grupos: uno formado por los pacientes cuyo primer contacto médico fue realizado a través de los SEM y otro con los que su PCM fue en urgencias (extra o intrahospitalarias). Se realizó un análisis comparativo del pronóstico intrahospitalario entre ambos grupos.

Resultados: En el periodo analizado fueron atendidos dentro del ámbito del código infarto 366 pacientes con diagnóstico final de IAMCEST. De ellos, el 34% (126) habían realizado su PCM a través de los SEM. No se objetivaron diferencias significativas en las características clínicas o en el tratamiento recibido salvo una menor proporción de pacientes con flujo coronario TIMI 0-1 tras angioplastia primaria en el grupo SEM (1 vs 6%; $p = 0,02$). El tiempo total de isquemia fue menor en los pacientes atendidos por SEM (mediana-rango intercuartílico; 2,6-1,4 vs 3,6-3,3 horas; $p = 0,001$). Tanto el tiempo desde el inicio de síntomas al diagnóstico de IAMCEST, como desde el diagnóstico a la perfusión fue menor en el grupo de pacientes atendido por SEM (tabla). La incidencia del endpoint combinado de muerte, infarto o ictus intrahospitalario fue significativamente menor en el grupo SEM (3,2 vs 10,4%; $p = 0,02$) a expensas de una reducción de la mortalidad (2,4 vs 8,3%; $p = 0,03$). Esta asociación con respecto al endpoint combinado se mantuvo en el análisis multivariante (OR urgencias 3,74; IC95% 1,11-16,73; $p = 0,04$) (fig.).

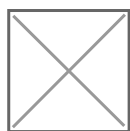
Características clínicas

Variables	Total (n = 366)	SEM (n = 126)	Urgencias (n = 240)	p
-----------	-----------------	---------------	---------------------	---

Edad años, media $\pm$ DE	64,2 $\pm$ 13,6	64,2 $\pm$ 13,1	64,2 $\pm$ 13,8	0,99
Sexo femenino, n (%)	98 (27)	30 (24)	68 (28)	0,35
IMC $\geq$ 30 kg/m ² , n (%)	108 (29)	36 (29)	72 (30)	0,78
Tabaquismo activo, n (%)	136 (37)	54 (43)	82 (34)	0,10
Hipertensión, n (%)	206 (56)	68 (54)	138 (58)	0,52
Dislipemia, n (%)	189 (52)	63 (50)	126 (53)	0,65
Diabetes mellitus, n (%)	100 (27)	29 (23)	71 (30)	0,18
IRC (FGE $<$ 60 ml/min/1,73 m ²), n (%)	88 (24)	25 (20)	63 (26)	0,20
PCR previa a angioplastia primaria, n (%)	51 (14)	18 (14)	33 (14)	0,89
Infarto anterior, n (%)	165 (45)	61 (48)	104 (43)	0,35
Enfermedad multivaso, n (%)	142 (39)	45 (36)	97 (40)	0,38
Shock cardiogénico, n (%)	61 (17)	17 (13)	44 (18)	0,22
FEVI $<$ 40%, n (%)	66 (18)	24 (19)	42 (18)	0,74
Tiempo de isquemia horas, mediana (RIC)	3,2 (2,5)	2,6 (1,4)	3,6 (3,3)	$<$ 0,001*
Tiempo síntomas-diagnóstico horas, mediana (RIC)	1,3 (2,2)	1,1 (1,3)	1,6 (2,8)	$<$ 0,001*
Tiempo diagnóstico-reperusión horas, mediana (RIC)	1,6 (1,0)	1,3 (0,6)	1,7 (1,1)	$<$ 0,001*

Flujo TIMI 0-1 postangioplastia primaria	15 (4)	1(1)	14 (6)	0,02*
Revascularización completa intrahospitalaria	287 (78)	104 (83)	183 (76)	0,17
Estancia hospitalaria días, media $\pm$ DS	8,0 $\pm$ 11,6	7,2 $\pm$ 10,6	8,4 $\pm$ 12,1	0,35

DE: desviación estándar; n: número total de pacientes; IRC: insuficiencia renal crónica; FGE: filtrado glomerular estimado; PCR: parada cardiorrespiratoria; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; RIC: rango intercuartílico.



Eventos intrahospitalarios.

Conclusiones: En los pacientes con IAMCEST, la realización de un PCM a través de los SEM en vez de por urgencias implica una reducción del tiempo total de isquemia y se asocia a un mejor pronóstico intrahospitalario con reducción de la mortalidad.