



Revista Española de Cardiología



5032-8. RETRASOS SEGÚN EL TIPO DE HOSPITAL EN EL TIEMPO DE ACTIVACIÓN PARA LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA DENTRO DE UN PROGRAMA CÓDIGO INFARTO

Alberto Nieto López, Ramón López-Palop, Francisco Javier Lacunza Ruíz, Juan García De Lara, Juan Manuel Durán Hernández, José Antonio Hurtado Martínez, Juan Ramón Gimeno Blanes, Raúl Mario Valdesuso Aguilar, Manuel Contreras Marín, Francisco Gutiérrez Soler, Laura Sánchez Martínez, Sofía López Gilibert, Miguel Ángel Martínez López, Eduardo Pinar Bermúdez y Domingo Andrés Pascual Figal

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El retraso en la reperusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es un importante determinante pronóstico y un índice de calidad en una red código infarto (RCI). El retraso diagnóstico y de toma de decisiones desde el primer contacto médico-activación (PCM-ACT) del equipo de angioplastia primaria (ICPP) es uno de sus determinantes, especialmente cuando el PCM es en un centro hospitalario. El objetivo de este estudio es analizar el retraso PCM-ACT en una RCI regional, dependiendo si el PCM se produce en el hospital de referencia, con sala de hemodinámica y guardia de cardiología o el resto de hospitales de la red pública sin sala de hemodinámica ni cardiólogo de guardia.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte histórica de pacientes incluidos consecutivamente en una RCI con IAMCEST e indicación de ICPP cuyo PCM fue un hospital de la red pública entre enero-2021 y mayo-2022.

Resultados: De las 830 activaciones para ICPP, 304 (36,6%) tuvieron su PCM en un hospital público, 93 (30,6%) en el hospital de referencia y 211 (69,4%) en el resto de la red hospitalaria pública. La edad media de los pacientes fue $64,6 \pm 13,5$ años, varones 226 (74%), IAMCEST previo: 41 (13,5%), *shock* cardiogénico: 27 (8,9%), localización anterior: 115 (37,8%), localización indeterminada: 20 (6,6%). La mediana (percentil 25-75) del retraso inicio síntomas-PCM fue 60 (19-167) minutos y la del PCM-ACT: 41 (23-100) minutos. El hospital de referencia mostró retraso PCM-ACT significativamente menor que se mantuvo después de ajustar por el resto de variables que podrían condicionar un distinto retraso diagnóstico.

Retrasos en función del tipo de hospital

	Hospital referencia	Resto de hospitales	p
Retrasos	Mediana (minutos) (percentil 25-75)		

PCM-ACT	26 (15-55)	51 (30-116)	0,0005
ACT-inicio ICPP	31 (20,5-43,2)	65 (50-93)	0,0005
ACT- reperusión	51 (40-60)	83 (63-110)	0,0005
Inicio síntomas- reperusión	135 (80-332)	256 (165-440)	0,0005

Análisis multivariante (regresión múltiple) con aquellas variables potencialmente asociadas a un mayor retraso PCM-ACT

	B	IC95%	p
Mujer	32,0	-3,1-67,2	0,074
Edad (años)	-0,4	-1,5-0,8	0,498
Fuera horario laboral	-21,7	-56,8-13,3	0,219
Variables			
PCR o <i>shock</i>	5,4	-38,2-59,0	0,808
Localización del IAMCEST indeterminada por ECG	13,1	-47,1-73,4	0,669
Hospital de referencia	-32,5	-64,2--0,8	0,04

PCM: primer contacto médico. ACT: activación. ICPP: angioplastia primaria. IAMCEST: Infarto con elevación del segmento ST. ECG: electrocardiograma. IC: intervalo de confianza.

Conclusiones: El retraso diagnóstico-activación del código infarto en los pacientes con que tienen el PCM en el medio hospitalario puede ser un condicionante importante del retraso total hasta la reperusión. Las características del hospital pueden condicionar este retraso. Es importante instaurar controles de calidad y protocolos que minimicen las demoras.