

Angioplastia primaria en nuestro medio. Análisis de los retrasos hasta la reperfusión, sus condicionantes y su implicación pronóstica

Susana Mingo^a, Javier Goicolea^a, Luis Nombela^a, Elena Sufrate^a, Ana Blasco^a, Isabel Millán^b, Raymundo Ocaranza^c, José A. Fernández-Díaz^a, Javier Ortigosa^a, Yolanda Romero^d y Luis Alonso-Pulpón^a

^aServicio de Cardiología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bDepartamento de Bioestadística. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

^cServicio de Cardiología. Hospital do Meixoeiro. Vigo. Pontevedra. España.

^dServicio de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción y objetivos. El mejor tratamiento para el IAM con elevación del ST es la ICPP siempre que el tiempo puerta-balón sea < 90 min. Presentamos nuestros tiempos reales y valoramos la influencia de determinados factores en su reducción, y la evolución en relación con el tiempo de demora.

Métodos. Hemos recogido de manera prospectiva los tiempos, los datos clínicos y angiográficos y el seguimiento a 1 y 12 meses de los pacientes a los que se realizó una ICPP o de rescate en nuestro centro de enero de 2005 a octubre de 2007.

Resultados. Se realizaron 389 angioplastias, 361 primarias y 28 de rescate. La mediana del tiempo de isquemia fue 235 [percentiles 25-75, 170-335] min. La mediana del TPG fue 79 [53-104] min. El TPG fue menor cuando el servicio de transporte urgente avisó al cardiólogo de guardia, quien puso en marcha la alerta de hemodinámica, con una diferencia de 30 [90-60] min ($p < 0,01$). Los pacientes que llegaron a la urgencia por sus propios medios presentaron el mayor tiempo puerta-guía (100 frente a 74 min; $p < 0,01$). El tiempo puerta-guía > 120 min se asoció a mayor mortalidad a 30 días y a una clara tendencia a aumentarla en el análisis multivariable.

Conclusiones. El tiempo puerta-guía en nuestro medio se ajusta a las recomendaciones vigentes, con una clara reducción cuando el servicio de transporte urgente avisa con antelación. Su reducción se relaciona con una tendencia a una menor mortalidad a 30 días.

Palabras clave: *Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Angioplastia primaria. Tiempo puerta-guía. Aviso prehospitalario.*

VÉASE EDITORIAL EN PÁGS. 1-6

Correspondencia: Dr. J. Goicolea Ruigómez.
Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.
Correo electrónico: j_goicolea@hotmail.com

Recibido el 8 de marzo de 2008.

Aceptado para su publicación el 18 de julio de 2008.

Primary Percutaneous Angioplasty. An Analysis of Reperfusion Delays, Their Determining Factors and Their Prognostic Implications

Introduction and objectives. The optimum treatment for patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction (AMI) is primary percutaneous coronary intervention (PCI), provided that the door-to-balloon time is less than 90 min. The aims of this study were to determine actual treatment times in our patients, to investigate the effect of different factors in reducing those times, and to evaluate the impact of any delay on prognosis.

Methods. The study involved patients who underwent primary or rescue PCI at our center between January 2005 and October 2007. Treatment times, clinical and angiographic characteristics, and follow-up findings at 1 and 12 months were recorded prospectively.

Results. Overall, 389 PCIs were performed: 361 primary and 28 rescue interventions. The median total duration of ischemia was 235 [interquartile range, 170-335] min. The median door-to-balloon time was 79 [53-104] min. The door-to-balloon time was shorter when the ambulance service was able to notify the on-duty cardiologist, who alerted the interventional cardiology team. The difference was 30 [60-90] min ($P < .01$). Patients who arrived at the emergency department by their own means had the longest door-to-balloon time (100 min vs. 74 min; $P < .01$). A door-to-balloon time >120 min was associated with higher mortality at 30 days; multivariate analysis showed a clearly increasing trend.

Conclusions. The door-to-balloon time at our center was in line with current recommendations, with the time being markedly shorter for patients for whom the ambulance service was able to give advanced warning. A shorter time was associated with a trend towards lower 30-day mortality.

Key words: *ST-elevation myocardial infarction. Primary angioplasty. Door-to-balloon time. Emergency alert.*

Full English text available from: www.revespcardiol.org

ABREVIATURAS

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST.
ICPP: intervención coronaria percutánea primaria.
TT: tiempo total de isquemia.

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es una afección prevalente en nuestro medio, cuyo tratamiento ha cambiado sustancialmente en el transcurso de los últimos años¹. Actualmente sabemos que el mejor tratamiento para el IAMCEST es la intervención coronaria percutánea primaria (ICPP)², siempre que se cumpla una serie de condiciones; una de ellas es que el tiempo de demora desde que el paciente llega al servicio de urgencias hasta que se repermeabiliza la arteria obstruida sea < 90 min^{3,4}. Sin embargo, hemos podido constatar en recientes publicaciones que estos tiempos sólo se cumplen en parte de los pacientes tratados con ICPP⁵ y que las demoras en el tratamiento influyen negativamente en el pronóstico del paciente, independientemente de su riesgo total y del tiempo total de isquemia (TT)⁶. En determinados subgrupos de pacientes estos tiempos pueden variar, y es mucho mayor la exigencia de pronta reperfusión, por ejemplo, en los pacientes más jóvenes con un IAM anterior⁷.

Son varias las estrategias dirigidas a acortar estos tiempos cuya eficacia ha sido probada en distintos hospitales de Estados Unidos⁸⁻¹¹ y ha llevado a la creación de un grupo de trabajo específico dentro de la ACC llamado «D2B Alliance». En nuestro medio, a diferencia de Estados Unidos y muchos otros países, dentro y fuera de Europa, disponemos de un servicio de ambulancias medicalizadas que permiten el diagnóstico y la selección de los pacientes para reperfusión mediante angioplastia primaria in situ. Por ello, la mejora de nuestros tiempos podría ser incluso mayor^{12,13} que la conseguida al aplicar las medidas recomendadas por el grupo D2B siempre que se aplicaran también las demás medidas recomendadas.

El objeto de nuestro estudio es presentar, en una serie contemporánea sin selección previa y en nuestro medio, los retrasos en los que se incurre para la realización de la angioplastia primaria, conocer los condicionantes de dichas demoras y esbozar la influencia que la aplicación de un protocolo de actuación tiene en dichos tiempos.

MÉTODOS

El tratamiento de elección en nuestro hospital para el IAMCEST es la angioplastia primaria. Actualmente existe un programa de ICPP en el que participan los 5 hemodinamistas y el personal de enfermería de la sala. La alerta entra en funcionamiento a las 15.00, ya que no existe actividad programada por las tardes en hemodinámica.

El área sanitaria en que se ha desarrollado este trabajo es un área limítrofe de la provincia de Madrid, cuya forma es triangular, y la localización del hospital es excéntrica, en uno de los vértices del triángulo. La población total del área es de 635.495 habitantes distribuidos en 13 distritos sanitarios, la mayoría grandes centros urbanos, incluida la zona noroeste de Madrid. Sólo hay un distrito con menos de 10.000 habitantes que es el más alejado del hospital, y esta distancia máxima es de 73 km. La gran mayoría de los distritos sanitarios están conectados al hospital mediante una autovía.

El servicio de transporte urgente medicalizado preavisa al cardiólogo de guardia ante cualquier IAM de menos de 12 h de evolución o en el caso de una angioplastia de rescate. En ese momento cardiología pone en marcha la alerta siempre que el paciente sea menor de 90 años y no esté en shock cardiogénico. A su llegada, el equipo de hemodinámica avisa a la urgencia para que el paciente pase directamente a la sala cuando llegue.

Así, de un total de 459 IAMCEST que fueron ingresados en nuestro hospital desde enero de 2005 hasta octubre de 2007, se realizó ICPP o de rescate a 389 (84,7%). De estos pacientes, se han recogido de manera prospectiva, sin exclusiones y en una base de datos específica, los datos clínicos y angiográficos. Se ha incluido, por lo tanto, a todos los pacientes con IAMCEST de cualquier tiempo de evolución siempre que se considerara indicada y se realizara una ICP urgente.

A todos los pacientes se les realizó una coronariografía, con la vía radial derecha como acceso inicialmente preferido; se utilizaron otras vías cuando aquella no fuera posible o si el calibre de los dispositivos a utilizar así lo requirió. Todos los pacientes fueron pretratados con 300 mg de AAS y 600 mg de clopidogrel vía oral en ausencia de contraindicación, y 5.000 UI de heparina sódica de entrada más 1.000 UI cada 30 min de duración adicional del procedimiento. En nuestro laboratorio de hemodinámica utilizamos habitualmente un dispositivo de aspiración de trombo, excepto en casos seleccionados que quedan a criterio del hemodinamista; asimismo se administra sistemáticamente (salvo contraindicación) un inhibidor de la glucoproteína IIb/IIIa que, durante el período del estudio, fue principalmente abciximab. Siempre que fue posible, se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015333>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015333>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)