

Prevalencia, causas y pronóstico de las «falsas alarmas» al laboratorio de hemodinámica en pacientes con sospecha de infarto de miocardio con elevación del segmento ST

Eduardo Barge-Caballero^a, José Manuel Vázquez-Rodríguez^a, Rodrigo Estévez-Loureiro^a, Gonzalo Barge-Caballero^a, Alejandro Rodríguez-Vilela^a, Ramón Calviño-Santos^a, Jorge Salgado-Fernández^a, Guillermo Aldama-López^a, Pablo Piñón-Esteban^a, Rosa Campo-Pérez^a, José Ángel Rodríguez-Fernández^a, Nicolás Vázquez-González^a, Javier Muñoz-García^b y Alfonso Castro-Beiras^{a,b}

^aServicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

^bInstituto Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción y objetivos. Determinar prevalencia, causas y pronóstico de las «falsas alarmas» al laboratorio de hemodinámica (FALH) en una red regional de angioplastia primaria.

Métodos. Registro prospectivo de 1.662 pacientes remitidos para angioplastia primaria entre enero de 2003 y agosto de 2008. Se definió FALH como ausencia de lesión coronaria causal.

Resultados. En 120 pacientes (7,2%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 5,9-8,5) no se identificó ninguna lesión coronaria causal. De ellos, 104 (6,3%; IC del 95%, 5,1-7,4) recibieron un diagnóstico alternativo a IAMCEST, 91 (5,5%; IC del 95%, 4,3-6,6) no presentaron enfermedad coronaria significativa y 64 (3,8%; IC del 95%, 2,9-4,8) presentaron marcadores de daño miocárdico negativos. Los diagnósticos alternativos más frecuentes fueron: infarto con onda Q previo (18 casos), alteraciones inespecíficas del segmento ST (11), pericarditis (10) y discinesia apical transitoria (10). La mortalidad a 30 días fue similar en los pacientes con y sin lesión causal (el 5,8 frente al 5,8%; $p = 0,99$). La prevalencia de FALH fue discretamente superior entre los pacientes remitidos desde los servicios de urgencias de hospitales no intervencionistas sin evaluación previa por un cardiólogo que entre los remitidos por cardiólogos desde el servicio de urgencias del hospital intervencionista (el 9,5 frente al 6,1%; $p = 0,02$; *odds ratio* [OR] = 1,64; IC del 95%, 1,08-2,5). No observamos un exceso de FALH entre los pacientes remitidos por médicos de UVI Móviles-061 (7,2%; $p = 0,51$; OR = 1,37; IC del 95%, 0,79-2,37).

Conclusiones. Hemos observado una prevalencia de FALH del 7,2% de acuerdo con el criterio de ausencia de lesión coronaria causal. Nuestros resultados indican que diferentes modelos de activación del laboratorio de he-

modinámica podrían justificar discretas variaciones en la prevalencia de FALH.

Palabras clave: Infarto de miocardio. Angioplastia. Diagnóstico. Coronariografía.

Prevalence, Etiology and Outcome of Catheterization Laboratory False Alarms in Patients With Suspected ST-Elevation Myocardial Infarction

Introduction and objectives. To investigate the prevalence, causes and outcome of catheterization laboratory false alarms (CLFAs) in a regional primary angioplasty network.

Methods. A prospective registry of 1,662 patients referred for primary angioplasty between January 2003 and August 2008 was reviewed to identify CLFAs (i.e. when no culprit coronary lesion could be found).

Results. No culprit coronary lesion could be identified in 120 patients (7.2%; 95% confidence interval [CI], 5.9-8.5%). Of these, 104 (6.3%, 95% CI, 5.1-7.4%) had a discharge diagnosis other than ST-elevation myocardial infarction, 91 (5.5%; 95% CI, 4.3-6.6%) had no significant coronary disease, and 64 (3.8%; 95% CI, 2.9-4.8%) tested negative for cardiac biomarkers. The most frequent alternative diagnoses were: previous Q-wave myocardial infarction (18 cases), nonspecific ST-segment abnormalities (11), pericarditis (10) and transient apical dyskinesia (10). The 30-day mortality rate was similar in patients with and without culprit lesions (5.8% vs. 5.8%; $P=.99$). The prevalence of CLFAs was slightly higher in patients not previously evaluated by a cardiologist and referred from emergency departments in hospitals without catheterization laboratories than in those referred by cardiologists from emergency departments at hospitals with such facilities (9.5% vs. 6.1%; $P=.02$; *odds ratio*=1.64; 95% CI, 1.08-2.5). The prevalence of CLFAs was not significantly higher in patients referred by physicians with out-of-hospital emergency medical services (7.2%; $P=.51$; *odds ratio*=1.37; 95% CI, 0.79-2.37).

Conclusions. The prevalence of CLFAs was 7.2%, with the criterion of no culprit coronary lesion. Our findings

VÉASE EDITORIAL EN PÁGS. 509-12

Correspondencia: Dr. E. Barge Caballero.
Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
As Xubias, 84. 15006 A Coruña. España.
Correo electrónico: blargesbueno@hotmail.com

Recibido el 24 de septiembre de 2009.

Aceptado para su publicación el 23 de noviembre de 2009.

suggest that different patterns of referral to catheterization laboratories could account for small variations in the prevalence of CLFAs.

Key words: *Myocardial infarction. Angioplasty. Diagnosis. Coronary angiography.*

Full English text available from: www.revespcardiol.org

ABREVIATURAS

CHUAC: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

FALH: «falsa alarma» al laboratorio de hemodinámica.

IAMCEST: infarto de miocardio con elevación del ST.

SEE-061: Servicio de Emergencias Extrahospitalarias-061.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la angioplastia primaria es el tratamiento de elección para los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST)¹. Dado que los beneficios clínicos del procedimiento dependen en gran medida del retraso puerta-balón², el reconocimiento rápido de los hallazgos electrocardiográficos que indiquen IAMCEST y la activación inmediata del laboratorio de hemodinámica son de crucial importancia en estos pacientes. Sin embargo, la confusión diagnóstica con otras entidades que cursan con elevación del segmento ST puede motivar la indicación innecesaria de una coronariografía urgente, lo que incrementa el gasto sanitario y expone al paciente a los riesgos del procedimiento³.

La prevalencia de «falsas alarmas» al laboratorio de hemodinámica (FALH) se ha propuesto como un indicador de calidad de los programas de angioplastia primaria⁴, complementario a otros parámetros como el tiempo puerta-balón o la mortalidad. Además, el estudio de las causas de FALH aporta información útil para diseñar mejoras en el proceso de selección de candidatos. En estudios previos, la prevalencia de FALH oscila entre el 2,3 y el 14%⁵⁻⁷, pero hay pocos datos acerca de la influencia que en este indicador tienen diferentes estrategias de diagnóstico prehospitalario y activación del laboratorio de hemodinámica.

Nuestro objetivo es analizar la prevalencia, las causas y el pronóstico de las FALH en el marco de una red regional de angioplastia primaria y comparar la prevalencia de FALH entre tres modelos

diferentes de activación del laboratorio de hemodinámica.

MÉTODOS

Contexto y descripción del estudio

La Unidad de Cardiología Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) presta permanentemente servicio de angioplastia primaria a una población cercana al millón de habitantes, que se distribuye por toda el Área Norte de Galicia. En esta área de referencia se ubican otros cuatro hospitales no intervencionistas que de modo habitual remiten pacientes al CHUAC para realización de angioplastia primaria.

En el presente artículo, presentamos un análisis de la prevalencia, las causas y el pronóstico de las FALH en la red asistencial del Área Norte de Galicia durante el periodo de enero de 2003 a agosto de 2008. La información se ha obtenido de un registro prospectivo general en el que, mediante una hoja electrónica individual, se recogen datos demográficos, clínicos y relativos a la asistencia sanitaria y pruebas complementarias de todos los pacientes remitidos a nuestro centro para angioplastia primaria. La información relativa al estado vital a los 30 días del procedimiento se obtuvo a partir del registro de seguimiento del Sistema Gallego de Salud. Todos los pacientes concedieron el consentimiento informado.

Protocolo

En nuestra área de referencia, la angioplastia primaria es la terapia de perfusión recomendada para todos los pacientes que se presentan a algún servicio del sistema sanitario con síntomas de isquemia miocárdica de menos de 12 h de evolución y elevación del segmento ST > 1 mm en dos derivaciones contiguas o nuevo bloqueo de rama izquierda, si además alguno de los siguientes criterios está presente en el momento del diagnóstico: retraso esperable hasta la angioplastia < 110 min, tiempo de evolución del infarto > 3 h, *shock* cardiogénico o contraindicación para fibrinólisis. El médico que establece el diagnóstico de IAMCEST activa el laboratorio de hemodinámica mediante contacto telefónico directo con el hemodinamista de guardia, que acepta o rechaza el procedimiento según los beneficios esperables y la comorbilidad del paciente sin revisar el electrocardiograma. Durante el periodo del estudio, ninguna coronariografía diagnóstica fue cancelada por reinterpretación de los hallazgos electrocardiográficos tras la llegada del paciente al laboratorio de hemodinámica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015563>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015563>

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