



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Evaluación de resultados tras la implantación de un protocolo de fibrinólisis extrahospitalaria en zonas rurales

J. Hernández-García^{a,*}, J.J. Giménez-Ruiz^b y J.M. Dueñas-Jurado^c

^a Equipo móvil DCCU Montoro, Distrito Córdoba-Guadalquivir, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, España

^c Unidad de Coronarias, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Reina Sofía, Servicio Andaluz de Salud, Córdoba, España

Recibido el 14 de abril de 2015; aceptado el 4 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Fibrinólisis;
Síndrome coronario agudo;
Terapia trombolítica

Resumen

Introducción: El objetivo es evaluar los resultados del protocolo en 3 dispositivos móviles de cuidados críticos y urgencias rurales, así como los retrasos y estrategias de reperfusión empleadas en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo (n = 52) con control histórico (n = 20) de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST atendidos. Se revisaron los informes de los dispositivos móviles de cuidados críticos y urgencias y de alta hospitalaria, la historia informatizada y el registro ARIAM, recogiendo características epidemiológicas y clínicas, datos de la asistencia, reperfusión, intervalos temporales y mortalidad.

Resultados: Las características de ambos grupos no difieren significativamente. Aumentó la concordancia diagnóstica de los dispositivos móviles de cuidados críticos y urgencias-hospital (85,3 versus 76,9%), sin significación estadística. Hubo un uso similar de nitroglicerina, mórnicos y AAS; aumento significativo (p < 0,0001) de clopidogrel/prasugrel (55 versus 90,4%) y enoxaparina/fondaparinux (35 versus 76,9%), así como de fibrinólisis prehospitalaria (5 versus 30,8%, p < 0,03), que se aplica en < 2 h al 71,4%, con un tiempo puerta-aguja de 40 min, mientras la fibrinólisis hospitalaria y la angioplastia primaria se realizan a partir de la tercera hora (p < 0,01). Los retrasos se asocian a la demora del paciente (p < 0,02). Aumenta más la estrategia farmacoinvasiva (62,5 versus 84,6%) que la angioplastia primaria (15 versus 17,3%), disminuyendo la fibrinólisis hospitalaria (35 versus 19,2%), todas ellas sin significación estadística. Las complicaciones son similares, disminuyendo la mortalidad al año (p < 0,67).

Conclusiones: El protocolo es efectivo, seguro, fiable, reduce las demoras y mejora la atención prehospitalaria. La estrategia farmacoinvasiva es una opción válida.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javihg78@hotmail.com (J. Hernández-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.002>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fibrinolysis;
Acute coronary
syndrome;
Thrombolytic therapy

Outcomes evaluation after the implementation of a pre-hospital thrombolysis protocol in rural areas

Abstract

Introduction: The aim is to evaluate the outcomes obtained from the implementation of a pre-hospital thrombolysis protocol in 3 rural emergency care teams, as well as delays and strategies of reperfusion applied in the treatment of the ST-segment elevation myocardial infarction.

Material and methods: Retrospective cohort study (n=52) with historical control (n=20) of the patients assisted for ST-segment elevation myocardial infarction. Medical emergency care teams, hospital, computerized medical history and ARIAM register reports were revised, obtaining epidemiological and clinical features, off-hospital management, reperfusion, time intervals and mortality.

Results: The baseline features in both groups were not significantly different. There was a non-significant improvement of emergency care teams-hospital diagnostic concordance (85.3 versus 76.9%). We found a similar use of nitroglycerin, morphine and aspirin; significant increase ($P < 0.0001$) of clopidogrel/prasugrel (55 versus 90.4%) and enoxaparin/fondaparinux (35 versus 76.9%), as well as pre-hospital thrombolysis (5 versus 30.8%, $P < 0.03$), that was applied within the first 2 h to 71.4%, with a median door-needle of 40 min, whereas in-hospital thrombolysis and primary angioplasty were performed after 3 h from the symptoms onset ($P < 0.01$). Delays are associated with the patient's own lateness ($P < 0.02$). Pharmaco-invasive strategy increases (62.5 versus 84.6%) more than primary angioplasty (15 versus 17.3%), reducing in-hospital thrombolysis (35 versus 19.2%), all of them non-significant. Complications are similar and one-year mortality is reduced ($P < 0.67$).

Conclusions: The protocol is effective, safe, and reliable. It reduces delays and improves pre-hospital attention. The pharmaco-invasive strategy is a valid option.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en el mundo. Diversos estudios señalan un descenso en la mortalidad, en paralelo con el aumento de las terapias de reperusión, la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp), el tratamiento antitrombótico moderno y la prevención secundaria¹.

La reperusión precoz es la clave en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST). Desde el inicio de los síntomas, las demoras hasta la reperusión dependen tanto del propio paciente como del sistema sanitario, siendo considerablemente mayores en zonas rurales².

El Plan integral de atención a las cardiopatías de Andalucía 2005-2009³ establece la reperusión precoz entre sus líneas de acción, recomendando la fibrinólisis prehospitalaria (FxPH) en < 30 min desde el inicio de la asistencia, sobre todo en zonas alejadas del hospital, o bien ICPp cuando esté disponible y pueda realizarse en 90-120 min.

La ICPp es el tratamiento de elección^{2,4-9}. Sin embargo, existen problemas de logística que la hacen difícil de aplicar⁴, como la falta de centros con capacidad permanente para realizarla, por lo que sus resultados en los ensayos clínicos podrían no ser extrapolables al mundo real². De hecho, las guías se basan en estudios que la comparan con la fibrinólisis sola¹⁰, y la mayoría con fibrinólisis hospitalaria (FxH) (salvo el ensayo CAPTIM)¹¹, sobre la que la FxPH ha demostrado una reducción de mortalidad^{1,9}.

La FxPH es una técnica de sumo interés y eficiencia¹² que reduce más la mortalidad en las primeras 2 h de evolución¹, incluso comparada con la ICPp^{2,13}. Además, es una técnica segura¹⁴.

La necesidad de una red con buen funcionamiento para la ICPp limita su aplicación a una minoría de pacientes^{5,15}, por lo que se han investigado alternativas como la ICP facilitada, que se descartó ante la ausencia de beneficio clínico^{2,4-6,10,16,17}. La ICP de rescate (ICPr) tras una fibrinólisis fallida obtiene mejores resultados que repetir la fibrinólisis o un tratamiento conservador^{1,18}. La ICP diferida (ICPd), en SCAEST > 12 h de evolución, podría beneficiar en la mortalidad a largo plazo, aunque aún no hay suficiente nivel de evidencia⁴.

Numerosos estudios han abordado la «estrategia farmacoinvasiva», que consiste en la realización sistemática de una coronariografía tras la fibrinólisis seguida de ICP si es preciso (ICPsis), además de una ICPr cuando la fibrinólisis falla¹. Esta estrategia puede reducir la diferencia de supervivencia entre la fibrinólisis y la ICPp^{15,19-21}, por lo que constituye una estrategia de reperusión razonable y válida^{5,22}, ya que podría tener beneficios similares o superiores^{2,10,11,15,20,22}.

Andalucía cuenta con 2 recursos extrahospitalarios para la atención al SCAEST³. El primero son los equipos móviles (EM) y helicópteros de la empresa pública de emergencias sanitarias (061), con una amplia experiencia en FxPH, que cubren el 57% de la población de la provincia de Córdoba. El segundo lo forman los EM de cuidados críticos y urgencias

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5684484>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5684484>

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