

IMPACTO DE LA ACTIVACIÓN DIRECTA A HEMODINAMIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA DESDE CENTROS SIN CAPACIDAD PARA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA PRIMARIA

XXXV Congreso Nacional de Cardiología.
Federación Argentina de Cardiología.
Rosario, Argentina. Mayo 2017.

Autores: Cristian H. Calenta^{1,*}, Martín Najenson¹, Bibiana Manavella¹, Lucas Mas¹, Lucas Arias¹, Pedro Zangroniz¹, Luis Keller², Marcelo Marino², Gonzalo Beristain³, Adrián Pafundi⁴ and G.I.T.MU.PRO-IAM. Grupo Integrado de Trabajo Municipal - Provincial para el tratamiento del IAM

¹Hemodinamia y Cardioangiología Intervencionista, Hospital Provincial del Centenario Rosario, ²Servicio de Cardiología, Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, ³Servicio de Cardiología, Hospital Provincial de Rosario, ⁴Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria, S.I.E.S, Rosario, Argentina

Objetivo: 1) Determinar el impacto en tiempos de actuación de la activación telefónica directa de Hemodinamia para Intervención Coronaria Percutánea primaria (ICPp) en los pacientes (p) con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (IAMCEST) desde otros centros sin capacidad para ICPp y; 2) Analizar perfil clínico, angiográfico y mortalidad intrahospitalaria comparado con aquellos p trasladados desde centros que no activan a Hemodinamia y que requieren evaluación por el servicio de Cardiología en la guardia externa del centro con capacidad de ICPp para su activación.

Material y Métodos: Evaluación retrospectiva de p con IAMCEST trasladados para ICPp al Hospital Provincial del Centenario Rosario (Hospital de referencia con Hemodinamia) desde otros centros. Desde el 1/11/2014 se organizó en Rosario una Red Integrada Municipal-Provincial mediante la cual los p con IAMCEST son trasladados para ICPp desde otros centros sin Hemodinamia. Se determinaron dos grupos (G) de p, G1: p trasladados desde centros que activan directamente a Hemodinamia (HECA – Hospital Provincial) y, G2: p trasladados desde centros que no activan a Hemodinamia y que requieren evaluación por el servicio de Cardiología en la guardia externa del centro de referencia. Se evaluaron variables clínicas, angiográficas, tiempos y mortalidad hospitalaria en ambos G y se los comparó entre sí.

Resultados: 237 p con IAMCEST fueron trasladados para ICPp desde el 1/11/2014 al 31/12/2016. En 67 p se activó Hemodinamia

desde el centro derivante (G1) y en 170 p la activación ocurrió desde guardia externa del Hospital de referencia (G2). No se encontraron diferencias significativas en la edad, sexo, factores de riesgo y antecedentes coronarios. Se registraron infartos de localización anterior en el 59,7% del G1 vs 46,47% del G2 ($p=0.091$). Se presentaron en Killip y Kimball (KK) D el 16,4% del G1 vs el 10% del G2 ($p=ns$). Compromiso de múltiples vasos en el 40,29% del G1 vs 42,35% del G2 ($p=ns$). Se observó una disminución en el “tiempo de activación” (desde el 1º contacto médico al llamado a Hemodinamia) de 46 min en el G1 vs 136 min en el G2 ($p=0.001$). El “tiempo del sistema” (“tiempo de activación” + “tiempo de traslado” + “tiempo del procedimiento”) fue de 119 min en el G1 vs 194 min en el G2 ($p=0.001$). El “tiempo de isquemia total” (“tiempo del paciente” + “tiempo del sistema”) fue de 203 min en el G1 vs 254 min en el G2 ($p=0.001$). Mortalidad global intrahospitalaria: 8,9% del G1 vs 4,7% del G2 ($p=ns$). La mortalidad excluyendo a los p en KKD fue del 2.9% en el G1 y del 1.17 % en el G2 ($p=ns$).

Conclusiones: 1) La activación telefónica directa a Hemodinamia desde el centro derivante redujo en forma significativa el “tiempo del sistema” y de “isquemia total” a expensas de una disminución en el “tiempo de activación”. 2) Los p trasladados mediante activación directa presentaron peor perfil clínico. A pesar de tener mayor mortalidad, tal diferencia no fue significativa.