

Tiempo de demora prehospitalaria, la cara oculta de la isquemia coronaria

Prehospital delay: the hidden face of coronary ischaemia

M. Artaiz¹, M.F. Landecho²

<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627/2016000100002>

De acuerdo con lo descrito por Daponte-Codina y col¹, la enfermedad coronaria causa aproximadamente una cuarta parte de todas las muertes en nuestro entorno. El tiempo total de isquemia (TTI), en el contexto del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), comprende el periodo desde que comienzan los síntomas hasta que se repermeabiliza el flujo coronario, y probablemente es el factor pronóstico de mayor impacto tanto en la supervivencia como en la calidad de vida después de un infarto². En el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA), especialmente cuando cursan con elevación del ST, el acceso rápido al hospital, preferiblemente dentro de la primera hora, la “hora de oro”, es un factor clave para mejorar la supervivencia, mantener una buena función cardíaca y calidad de vida posterior^{2,3}.

El TTI se puede dividir en dos periodos de tiempo, el primero, comprendido entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario, que depende de variables físico-sociales, factores clínicos, y de percepción y actitudinales de los sujetos¹. El segundo, desde que se ha dado el aviso al sistema sanitario, hasta la apertura de la arteria, que tiene un componente de tiempo modificable en función de las decisiones que adopte el personal asistencial. Está comprobado que el retraso bien sea del paciente o del sistema sanitario implican una peor evolución⁴.

Hasta la fecha la mayor parte de los estudios se han centrado en diferentes tramos del segundo segmento, el tiempo desde la primera atención médica hasta la apertura de la arteria (FMCTB o *First Medical Contact To Balloon*) y el tiempo desde la atención hospitalaria hasta la apertura de la arteria (tiempo puerta-balón, DTB o *Door To Balloon*). La consecuencia de dichos estudios fue la mejora en la gestión del tiempo una vez se inicia la asistencia médica. La facilidad de universalización

1. Servicio de Cardiología Intervencionista. Departamento de Cardiología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.
2. Departamento de Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra. Program of Cardiovascular Diseases, Centre for Applied Medical Research. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona.

Correspondencia:

Manuel F. Landecho
Departamento de Medicina Interna.
Clínica Universidad de Navarra
Pío XII nº 36
31008 Pamplona. Navarra
E-mail: mflandecho@unav.es

zar procedimientos una vez el paciente ha entrado en contacto con el equipo asistencial, con la aplicación del código infarto, ha permitido una disminución notable en los tiempos de atención/respuesta a estos pacientes con lo que la mortalidad del SCACEST se redujo notablemente. La creación del código infarto en Navarra, que funciona de forma coordinada desde 2002, ha supuesto, realizando alrededor de 270 intervenciones coronarias percutáneas primarias cada año, una reducción de los tiempos de atención de los pacientes con SCACEST y una mejoría del pronóstico a corto y largo plazo⁵. Es necesaria una estructura sanitaria compleja que afecta a varios niveles (112, servicios de Urgencias, Cardiología, Cardiología intervencionista...).

Pese a todo lo previo y a pesar del conocimiento médico acumulado, de las recomendaciones reiteradas de numerosas sociedades científicas, y del desarrollo de sistemas sanitarios que cubren razonablemente el territorio, los tiempos de llegada al hospital persisten en medianas muy altas o incluso empeorando con el paso de los años¹ y coherentemente, en el 2014 se publicaron unas nuevas guías europeas de revascularización miocárdica en las que se insta a reducir la parte del TTI dependiente del sistema sanitario para poder conseguir este objetivo.

En los últimos años se han identificado factores clínicos, psicosociales, sociodemográficos, y del contexto físico y social, asociados a esta mayor demora. Todo lo cual indica que la demora en la atención sanitaria en el SCA depende de factores más complejos que el simple conocimiento de la sintomatología por parte de los pacientes, o de la práctica clínica, y que tiene más que ver con otros determinantes sociales de la salud¹. Por lo tanto, se revela de crucial importancia el conocimiento de los factores asociados a la llegada al hospital dentro de la primera hora, en base a las características demográficas y geográficas de cada región, ya que solo en algunos casos serán aplicables a otras regiones.

Entre los factores comunes destaca la coincidencia en los trabajos publicados sobre el SCA que identifican un mayor riesgo de retraso en la atención a las mujeres con SCA tal y como se publicó en el trabajo realizado por el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra sobre el síndrome coronario agudo⁶. Más allá de las coincidencias en algunos aspectos, el trabajo actual dibuja un perfil de paciente con un exceso de riesgo de demora extrahospitalaria y por lo tanto permite identificar un sector de la población que podría beneficiarse de campañas institucionales para que los enfermos con esta patología se pongan en contacto con el 112 lo antes posible.

Adicionalmente, la disponibilidad de infraestructuras que hacen que se tarde más o menos tiempo en recorrer una distancia son exclusivas de cada región, y se trata de una información imprescindible para la gestión óptima de los recursos.

En conclusión, consideramos que trabajos como el realizado por Daponte-Codina¹ y col¹ dota a los responsables de la gestión de recursos de 112 del SAS de argumentos para la toma de decisiones correctas.

BIBLIOGRAFÍA

1. DAPONTE-CODINA A, BOLÍVAR-MUÑOZ J, SÁNCHEZ-CANTALEJO E, MATEO-RODRÍGUEZ I, BABIO G, ROMO-AVILÉS N et al. Grupo de estudio de Género y Enfermedades Cardiovasculares. Factores asociados a la demora prehospitalaria en hombres y mujeres con síndrome coronario agudo. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 47-58.
2. ARMSTRONG PW, GERSHLICK AH, GOLDSTEIN P, WILCOX R, DANAYS T, LAMBERT Y et al. For the STREAM investigative team. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med* 2013; 368: 1379-1387.
3. BOERSMA E, MAAS AC, DECKERS JW, SIMOONS ML. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348: 771-775.
4. DASARI TW, ROE MT, CHEN AY, PETERSON ED, GIUGLIANO RR, FONAROW GC et al. Impact of time of presentation on process performance and outcomes in ST-segment-elevation myocardial infarction: a report from the American Heart Association: Mission Lifeline program. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7: 656-663.
5. LEZÁUN R, ALCASENA MS, BASURTE MT, BERJÓN J, MARAVÍ C, ALEU M et al. Modelo de intervención coronaria percutánea primaria en la Comunidad de Navarra. *Rev Esp Cardiol Supl* 2011; 11: 21-27.
6. FERRAZ-TORRES M, BELZUNEGUI OTANO T, MARIN FERNANDEZ B, MARTINEZ-GARCIA O, JIMENEZ FABREGAS X. Gender differences in the treatment and outcome of patients with acute coronary syndrome in Navarre. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 249-255.

