



EV-59. - TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN ZAMORA

M. Chimeno Viñas¹, M. Ruiz Olgado², L. Mustapha Abadie¹, J. Soto Delgado¹, M. García Castaño³, M. Mateos Andrés¹, E. Martínez Velado¹, S. Gracia Tejera¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Unidad de Anestesia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Resumen

Objetivos: En los últimos años se han conseguido importantes avances en el conocimiento del síndrome coronario agudo. Este hecho ha influido claramente en el tratamiento y el pronóstico de mismo. El objetivo de nuestro estudio fue conocer y analizar el manejo terapéutico del infarto agudo de miocardio (IAM) en nuestra Área de Salud.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se analizaron las historias de pacientes que habían presentado un infarto agudo de miocardio durante los años 2009-2010 en el Área de Salud de Zamora. Se estudiaron las siguientes variables: tipo de terapia de reperfusión, lugar donde se le había realizado y supervivencia.

Resultados: Durante el periodo del estudio 105 pacientes fueron diagnosticados de infarto agudo de miocardio: 78 varones (74,3%) y 27 mujeres (25,3%). La media de edad fue 69,6 años. 80 pacientes (76,2%) se trataron con fibrinólisis o angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) y 25 no recibieron terapia de reperfusión. En el 75,4% de los casos la fibrinólisis se realizó en la UVI, en 8,2% en el Servicio de Urgencias y en el resto (16,4%) antes de su llegada al hospital. El tipo de ACTP realizada fue: primaria en 23,2%; de rescate en 37,8% y secundaria post-fibrinólisis en 39% 8 pacientes (3 varones y 5 mujeres) que fueron exitus. 6 eran mayores de 76 años. Respecto a los factores de riesgo se objetivó que solo uno era fumador, 3 estaban diagnosticados de DM, 4 de dislipemia, 3 eran obesos, 3 eran tenían insuficiencia renal y solo 3 eran hipertensos. Ninguno tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Cinco no habían recibido terapia de reperfusión, dos se habían fibrinolisado (ambos en la UVI), a uno se le había realizado ACTP primaria y otro de los exitus se había sometido a una ACTP de rescate. Se constató diferencia estadísticamente significativa en la realización de terapia de reperfusión vs no realizarla (chi cuadrado = 0,008; IC: 1,3-20,4). No hubo, sin embargo, significación estadística entre la realización de fibrinólisis y la ACTP primaria (chi cuadrado: 0,691).

Discusión: La ACTP primaria o de rescate y la fibrinólisis no deben considerarse como estrategias antagónicas sino como recursos que pueden utilizarse aislada o de forma combinada según los tiempos hasta el diagnóstico. El éxito de la reperfusión depende de varios factores, no sólo de los riesgos del paciente, sino de otras variables, tales como de la organización óptima de los servicios de emergencia, de los hospitales, y del uso de las estrategias disponibles. Además la discusión no pasa

hoy por si la ACTP es superior o no a la trombólisis sino por: a) cuál de las estrategias de reperfusión está inmediatamente disponible; b) cómo se puede reducir el tiempo desde el comienzo de los síntomas a la reperfusión y c) la posibilidad de la combinación de ambas estrategias.

Conclusiones: El 75% de las fibrinólisis se realizaron en la UVI. Evidentemente, el hecho de no disponer en nuestra Área de Servicio de Hemodinámica condiciona el número de ACTP primaria Sólo se realizó ACTP secundaria en el 39% de los casos Aunque el infarto agudo de miocardio fue más frecuente en varones, los exitus fueron más frecuentes en el sexo femenino. Los pacientes a los que no se les realizó terapia de reperfusión tuvieron cinco veces más mortalidad que los que la recibieron.