

## Cartas al Editor

### Estrategias de reperfusión en hospitales sin intervención coronaria percutánea primaria



#### *Reperfusion Strategies in Hospitals Without Primary Percutaneous Coronary Intervention*

#### Sr. Editor:

En el artículo publicado por Carol Ruiz et al.<sup>1</sup>, en el que se emplean los datos de un registro, se analizan en detalle los factores que se asocian con un tiempo total de isquemia prolongado y, en definitiva, el pronóstico final de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) derivados para intervención coronaria percutánea primaria<sup>1</sup>. Los autores resaltan, ya en el título, la importancia del lugar donde se realiza el primer contacto médico. Además de otras características propias de cada paciente, es conocido que los mayores retrasos en el acceso a una intervención coronaria percutánea primaria se dan especialmente con los pacientes cuyo primer contacto médico sucede en hospitales sin hemodinámica. Se sabe que, incluso en redes asistenciales muy consolidadas, una parte importante de los pacientes derivados para intervención coronaria percutánea primaria son tratados fuera de los intervalos recomendados, especialmente cuando requieren derivación interhospitalaria<sup>2,3</sup>. Como los propios autores comentan, hay un interés creciente en explorar otros condicionantes, la atención a pacientes ancianos<sup>4</sup>, la atención durante horas nocturnas o en fines de semana, incluso aspectos más tangenciales, como los factores cronobiológicos relacionados con el resultado final<sup>5</sup>. Todo ello en un intento de definir el mejor tratamiento para cada paciente en cada lugar y en cada momento. Por este motivo, nos ha llamado la atención que, dentro del apartado que los autores dedican a «Propuestas de mejora», se resaltan acciones clave pero no se menciona la posibilidad de implementar estrategias farmacoinvasivas en áreas lejanas y en centros sin intervencionismo. Se ha demostrado ampliamente la eficacia de esta estrategia en ensayos y registros<sup>6,7</sup>, por lo que resulta difícil entender que una red asistencial, como la que el registro del *Codi Infart* de Cataluña implica, no incluya como propuesta de mejora la posibilidad de ofrecer un tratamiento individualizado, al menos para pacientes sin contraindicaciones para una fibrinólisis intravenosa que consultan en las primeras 3 h de evolución en centros sin intervencionismo. Se sabe que hay hospitales, y muchas áreas sanitarias, que difícilmente van a poder cumplir los criterios de calidad recomendados por las guías de práctica clínica para realizar una intervención coronaria percutánea primaria<sup>8</sup>. Actualmente no hay duda de cuál es el tratamiento de referencia para el IAMCEST, pero parece desenfocado que una red asistencial tenga como único objetivo la angioplastia primaria, aunque en un porcentaje de los casos no puedan cumplirse los intervalos temporales recomendados. Sería importante un pronunciamiento u opinión de una de las redes de atención al IAMCEST más importante de nuestro país sobre la definición de un

acceso equitativo en tiempo y forma a una reperfusión efectiva para pacientes en áreas con limitaciones logísticas y/o geográficas. Es un debate necesario, presentado y discutido en otros importantes registros<sup>9</sup>, que serviría para adaptar el tratamiento, en la medida de lo posible, al paciente y las condiciones específicas de este y su contexto.

Fernando Rosell-Ortiz<sup>a,\*</sup>, Francisco J. Mellado Vergel<sup>b</sup>  
y Javier García del Águila<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Emergencias 061, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Almería, España

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital El Toyo, Retamar, Almería, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [frosell@al.epes.es](mailto:frosell@al.epes.es) (F. Rosell-Ortiz).

On-line el 26 de mayo de 2017

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carol Ruiz A, Masip Utset J, Ariza Solé A. Predictors of late reperfusion in STEMI patients undergoing primary angioplasty. Impact of the place of first medical contact. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:162-169.
2. Terkelsen CJ, Sørensen JT, Maeng M, et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. *JAMA.* 2010;304:763-771.
3. Wang TY, Nallamothu BK, Krumholz HM, et al. Association of door-in to door-out time with reperfusion delays and outcomes among patients transferred for primary percutaneous coronary intervention. *JAMA.* 2011;305:2540-2547.
4. De la Torre Hernández JM, Brugaletta S, Gómez-Hospital JA, et al. Angioplastia primaria en mayores de 75 años. Perfil de pacientes y procedimientos, resultados y predictores pronósticos en el registro ESTROFA IM + 75. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:81-87.
5. Barneto-Valero MC, Garmendia-Leiza JR, Bautista-Encarnación D, et al. Variabilidad circadiana de la efectividad de la técnica de reperfusión y del pronóstico del infarto de miocardio con elevación del ST tratado mediante angioplastia primaria. *Emergencias.* 2016;28:327-332.
6. Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013;368:1379-1387.
7. Danchin N, Puymirat E, Steg PG, et al. Five-year survival in patients with ST-segment-elevation myocardial infarction according to modalities of reperfusion therapy. The French registry on Acute ST-elevation and non-ST-elevation Myocardial Infarction (FAST-MI) 2005 Cohort. *Circulation.* 2014;129:1629-1636.
8. Aboal J, Núñez M, Bosch D, Tirón C, Brugada R, Loma-Osorio P. Angioplastia primaria frente a fibrinólisis en pacientes alejados de un centro con hemodinámica. *Emergencias.* 2017;29:99-104.
9. Vora AN, Holmes DJN, Rokos I, et al. Fibrinolysis use among patients requiring interhospital transfer for ST-segment elevation myocardial infarction care. A report from the US National Cardiovascular Data Registry. *JAMA Intern Med.* 2015;175:207-215.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.020>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.06.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.05.001>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.