

Estrategias de reperfusión en hospitales sin intervención coronaria percutánea primaria. Respuesta



Reperfusion Strategies in Hospitals Without Primary Percutaneous Coronary Intervention. Response

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de Rosell-Ortiz et al. En efecto, en nuestro estudio¹ la mitad de los pacientes precisaron traslado entre centros para la práctica de angioplastia primaria (AP), con el inherente retraso que conlleva. Por otra parte, en algunos estudios aleatorizados² se ha demostrado la no inferioridad de la terapia con fibrinólisis en las primeras horas de evolución del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST respecto a la AP, si bien en términos generales esta última es superior por su mayor eficacia en la reperfusión y la menos frecuente aparición de complicaciones, sobre todo hemorrágicas³. En otro análisis reciente de pacientes del *Codi Infart* en las primeras 2 h de evolución, la AP solo pierde su superioridad respecto a la fibrinólisis en retrasos hasta la apertura de la arteria > 140 min desde el primer contacto médico⁴.

El protocolo *Codi Infart* incluye administrar fibrinólisis en retrasos previstos entre primera asistencia y apertura de la arteria > 120 min, lo que está condicionado por la disponibilidad del laboratorio de hemodinámica, el número de ambulancias y el tráfico de la zona. Esta estrategia también se utiliza en otras redes asistenciales consolidadas como la de Asturias, con una orografía distinta de la catalana pero con excelentes resultados⁵. En Cataluña la geografía no es compleja, lo cual permitiría la práctica de AP dentro de los plazos recomendados en la mayoría de los casos y reservar la fibrinólisis (y el traslado posterior al hospital de referencia con hemodinámica) para aquellos en que los tiempos sean realmente inalcanzables (que serían predominantemente centros muy alejados del hospital de referencia). Ello implica que la mayoría de los retrasos podrían acortarse mediante el diagnóstico y el drenaje mucho más precoces desde la primera asistencia.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los profesionales implicados en el programa *Codi Infart*.

Antoni Carol Ruiz^{a,*}, Josep Masip Utset^b y Albert Ariza-Solé^c

^aServicio de Cardiología, Unidad de Hospitalización, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral (CSI), Sant Joan Despí, Barcelona, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral (CSI), Sant Joan Despí, Barcelona, España

^cServicio de Cardiología, Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: 35955acr@comb.cat (A. Carol Ruiz).

On-line el 3 de julio 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. Armstrong P, Gershlick A, Goldstein P, et al. Fibrinolysis or primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013;368:1379-1387.
3. Keeley E, Boura J, Gines C. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet.* 2003;361:13-20.
4. Carrillo X, Fernández-Nofrerías E, Rodríguez-Leor O, et al. Early ST elevation myocardial infarction in non-capable percutaneous coronary intervention centres: in situ fibrinolysis vs. percutaneous coronary intervention transfer. *Eur Heart J.* 2016;37:1034-1040.
5. Lozano I, Suárez-Cuervo A, Rondán J, et al. Care network for ST-elevation myocardial infarction: what is the ideal catchment area for primary angioplasty? *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:444-445.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

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

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

0300-8932/

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