

Momento preciso de inicio del dolor en el SCA II.

Dr. Andrés R. Pérez Riera

*El 20 de mayo, ocupó este espacio como [NOTICIA DEL DÍA](#) un comentario a un artículo propuesto por el **Dr. Juan Carlos Manzardo**; se trata del que publicara L. Davis en el *Dimens Crit Care Nurs.* 2015 Jul-Aug;34(4):222-31*

*A raíz de aquella NOTICIA, el **Dr. Andrés R. Pérez Riera** comentó en el Foro de ARRITMIAS lo que sigue a continuación, que motiva se convierta en la de hoy.*

Con el objetivo de que sea posible discutir con propiedad este importantísimo tema decisivo para obtener suceso en el procedimiento de intervención percutánea. Los datos publicados de la intervención percutánea y quirúrgica en el mundo confirman que la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) indicada en pacientes con infarto agudo con elevación del segmento ST derivada de la sigla inglesa PCI: "**Emergency percutaneous coronary intervention (PCI) for the care of patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI)**") es un procedimiento que hoy supera en mucho el número de procedimientos de cirugía de revascularización coronaria.

Les comunico que dicho artículo tiene su "full text free" en el pubmed. De esta forma podrán leerlo en forma completa y así tener mejores condiciones para discutirlo con mayor fundamento, Basta entrar en el PubMed y digitar: **Davis LL. Determining Time of Symptom Onset in Patients With Acute Coronary Syndromes: Agreement Between Medical Record and Interview Data. Dimens Crit Care Nurs. 2015 Jul-Aug;34(4):222-31.**

Entonces aparecerá en la parte superior derecha de la tela que el artículo está disponible para ser leído en su totalidad

Felicitaciones Dr. Manzardo por identificar este tema tan precioso y de tanta importancia clínica para salvar vidas en la sala de emergencias. El tema es

fundamental porque se trata de preservar el miocardio afectado en forma aguda (salvar el máximo posible de masa).

Esto hace que sea fundamental conocer las definiciones básicas:

1. **El tiempo de inicio de los síntomas** el cual es aquel en que el paciente en el interrogatorio refiere exactamente cuando tuvo lugar la primera manifestación como precordialgia, fatiga, etc. En casos en que los síntomas sean intermitentes debe considerarse el tiempo desde el más reciente síntoma antes de la presentación en la sala de emergencia. En los casos en que los síntomas son variables en calidad e intensidad debe tenerse en cuenta el momento en que los síntomas se hicieron constantes.
2. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la insuflación del balón en la sala de hemodinamia **“the time of symptom onset to first coronary artery balloon inflation time”** este es el verdadero y más valioso tiempo.
3. El tiempo puerta-balón **“the door-to-balloon time interval”** este es menos importante. Porque no considera el inicio de los síntomas.

Comentario final

Este estudio a pesar de importantísimo tiene sus limitaciones reconocidas por la propia autora porque todos los cinco estudios utilizados en esta revisión sistemática fueron estudios **observacionales** los cuales tuvieron propósitos variados, configuración de la muestra, período de tiempo para la recolección de datos diferentes y los métodos de análisis de los datos para la comparación de las dos fuentes de datos. Además, todos los estudios usaron datos retrospectivos. Sin embargo, estos hallazgos son útiles para generar hipótesis para ayudar en el diseño de futuros estudios prospectivos para comparar la exactitud de ambas fuentes de calidad de la recolección de datos de atención.

Son pocas las referencias dada por la autora, la enfermera L Davies ustedes podrán así procurar los artículos más relevantes de este tema que son los siguientes (copiados del manuscrito)

References

1. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;130:2354-2394.
2. Denktas AE, Anderson HV, McCarthy J, Smalling RW. Total ischemic time: the correct focus of attention for optimal ST-segment elevation myocardial infarction care. J Am Coll Cardiol. 2011;4: 599<604.

3. Cannon C, Brindis R, Weintraub W, et al. 2013 ACCF/AHA key data elements and definitions for measuring the clinical management and outcomes of patients with acute coronary syndromes and coronary artery disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(9):992-1025.
4. Yarzebski J, Goldberg R, Gore J, Alpert J. Temporal trends and factors associated with extent of delay to hospital arrival in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. *Am Heart J*. 1994;128(2):255-263.
5. Goldberg RJ, McGovern PG, Guggina T, Savageau J, Rosamond WD, Luepker RV. Prehospital delay in patients with acute coronary heart disease: concordance between patient interviews and medical records. *Am Heart J*. 1998;135:293-299.
6. Goldberg R, Osganian S, Luepker R, et al. Prehospital delay in individuals with acute coronary disease: concordance of medical records and follow-up phone interviews. *Cardiology*. 2002;97(3): 159-165.
7. DeVon H, Ryan C, Zerwic J. Is the medical record an accurate reflection of patients' symptoms during acute myocardial infarction? *West J Nurs Res*. 2004;26(5):547- 560.
8. Fukuoka Y, Dracup K, Ohno M, Kobayashi F, Hirayama H. Symptom severity as a predictor of reported differences of prehospital delay between medical records and structured interviews among patients with AMI. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(2):171-176.
9. Everts B, Karlson B, Wahrborg P, Abdon N, Herlitz J, Hedner T. Pain recollection after chest pain of cardiac origin. *Cardiology*. 1999; 92:115-120.
10. ACTIONRegistryAYGWTGi. <https://www.ncdr.com/WebNCDR/Action/default.aspx>. Accessed February 24, 2015.>.