

5004-6. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE DEMORA EN UN PROGRAMA REGIONAL DE CÓDIGO INFARTO

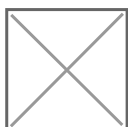
María Thiscal López Lluva¹, Alfonso Jurado Román², Ignacio Sánchez Pérez¹, José Abellán Huerta¹, Pedro Pérez Díaz¹, Jesús Piqueras Flores¹, Ramón Maseda Uriza¹, Juan Antonio Requena Ibáñez¹ y Fernando Lozano Ruiz Poveda¹, del ¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real y ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Cuantificar los retrasos que acontecen desde que el paciente con un IAMCEST comienza con síntomas hasta que se consigue la apertura de la arteria no es una tarea fácil. Sin embargo, es necesario conocer cada uno de estos retrasos para diseñar estrategias específicas. El objetivo de este estudio es evaluar todos los retrasos que conforman el tiempo total de isquemia (TTI) e identificar áreas de mejora.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con inclusión consecutiva, de pacientes que presentan un SCACEST y son trasladados a nuestro centro para la realización de un intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPp) desde octubre de 2012 a agosto de 2016.

Resultados: Se incluyeron 546 pacientes consecutivos (80% varones, edad media 64 ± 13 años). La mediana del TTI fue 190 (137-281) minutos. No se encontraron diferencias significativas en el TTI según el año de estudio. El retraso del paciente fue de 84 (40-155) minutos y el del sistema de 100 (69-135) minutos. El retraso en el diagnóstico [39 (20-72)] supuso el 19% del TTI. Esta demora a su vez incluye el retraso en la realización del ECG [9 (5-12) minutos] y el retraso en la activación del código infarto [23 (10-55) minutos]. El retraso en el traslado en el global de la muestra fue de 58 (40-72) minutos, el 28% del TTI. Los pacientes trasladados en ambulancia tuvieron un retraso de 50 (35-69) minutos, mientras que los que aquellos trasladados en helicóptero presentaron un retraso de 78 (60-91) minutos. El 38% de los pacientes se encontraban a 30-60 Km de nuestro centro, el 11% a 60-90 km y el 16% > 90 km. El retraso hospitalario fue de 39 (26-70) minutos para aquellos que consultaron directamente en nuestro servicio de urgencias y de 5 (4-21) minutos para los que fueron trasladados por los servicios de emergencias. Finalmente, el retraso en el procedimiento (intervalo entre la llegada del paciente a sala de hemodinámica y el paso de la guía) fue de 17 (12-23) minutos.



Esquema de los tiempos de demora.

Conclusiones: El retraso del sistema es el factor que más influye en el TTI, ya que supone el 55% del TTI. A su vez, el retraso en el traslado (que supone un 28% del TTI) es el intervalo que más condiciona el retraso del sistema. Sin embargo, el retraso más susceptible de mejora es el retraso en el diagnóstico.