



## 5001-8. EFICACIA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN PARA REDUCIR LOS RETRASOS EN LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN EL SCACEST

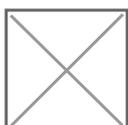
Francisco Bosa Ojeda<sup>1</sup>, Martín Jesús García González<sup>1</sup>, Sebastián Matos Castro<sup>2</sup>, Marcela Posca Maina<sup>2</sup>, Faustino Redondo Revilla<sup>2</sup>, Geoffrey J. Yanes Bowden<sup>1</sup>, Julio Jesús Ferrer Hita<sup>1</sup> y Alejandro Jiménez Sosa<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife) y <sup>2</sup>Servicio Urgencias Canario, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).

### Resumen

**Introducción:** En la actualidad muchos pacientes (Pts) con SCACEST no se benefician de la ACTP 1ª por retrasos importantes en el diagnóstico y en la llegada al laboratorio de hemodinámica (LH). La identificación precoz de los Pts con SCACEST y la activación directa del LH por los servicios de emergencia (SE) es esencial para reducir esos retrasos y facilitar el acceso a la ACTP 1ª. El sistema M-Beat (Imaxdi Real innovation S.L. Vigo) es un dispositivo portátil que permite la obtención y transmisión de un ECG desde cualquier escenario al servicio de coordinación de emergencias y de esta manera contribuiría a reducir esos retrasos.

**Métodos:** Desde enero del 2012 al enero de 2014, 243 pacientes consecutivos ingresaron en la Unidad de Coronarias de nuestro hospital con diagnóstico de SCACEST. De ellos 89 (36,6%) -Grupo 1- accedieron directamente al LH previa activación del equipo de guardia de hemodinámica tras la realización y transmisión de un ECG por los SE con el sistema M-Beat. 154 (63,4%) -Grupo 2- accedieron a la UCIC por los medios convencionales de acceso (desde atención primaria, otros centros, servicios de urgencia, etc.). Se recogieron las características clínicas y demográficas así como el número de pacientes revascularizados con ACTP-1ª. Se registraron 4 intervalos de tiempo: T1: Comienzo de los síntomas (CS) al primer contacto médico (PCM). T2: Desde el PCM a la obtención del ECG. T3: Desde el PCM al cruce de la lesión con la guía (CLG) y T4: Desde CS al CLG.

**Resultados:** No se observaron diferencias significativas en cuanto a características clínicas y demográficas entre ambos grupos. Se realizó ACTP 1ª al 93,3% del grupo 1 y a 66,2% del grupo 2 (p 0,001). En cuanto a los tiempos de demora se observaron diferencias entre ambos grupos: T1: 82,5 vs 120 min, (p 0,001). T2: 7 vs 9 min, (p 0,22), T3: 114,5 vs 175 min (p 0,001) y T4: 222,5 vs 330 min (p 0,001).



*Tiempos ACTP primaria.*

**Conclusiones:** El uso de este nuevo dispositivo por los SE se asoció con una reducción significativa en los retrasos y con un aumento de la proporción de pacientes revascularizados mediante ACTP 1ª.