



6010-147. MEJORA EN EL MANEJO DEL INFARTO AGUDO DE TRATAMIENTO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA RED ASISTENCIAL A NIVEL COMUNITARIO

Ángel Loma-Osorio Montes¹, José Ramón Rumoroso Cuevas², Miren Telleria Arrieta³, Abel Andrés Morist⁴, Asier Subinas Elorriaga², Susana Gómez Varela⁵, Pilar Vázquez Naveira⁶ y José Luis Quintas Díez⁷ del ¹Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (Álava), ²Hospital de Galdakao-Usansolo, Usansolo (Vizcaya), ³Hospital Universitario Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa), ⁴Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya), ⁵Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya), ⁶Servicio de Emergencias-Bizkaia y ⁷Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: La creación de una red asistencial disminuye tanto la mortalidad como la morbilidad de los pacientes con IAMEST; por lo que se considera una indicación clase Ia según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología. Presentamos el proceso de creación y los primeros resultados de la red asistencial al IAM a nivel de una comunidad.

Métodos: En mayo de 2012 de forma multidisciplinar y por iniciativa exclusiva de los profesionales se inició el proceso de creación de una red asistencial al IAM en la comunidad. Para ello, se elaboró un registro que permitió analizar la situación inicial, se incluyeron todos los pacientes con IAMEST que contactaron con el sistema sanitario desde octubre del 2012 a abril 2013 (RB1). Tras una reflexión conjunta se elaboraron nuevos protocolos de actuación basados en los tiempos de traslado de los pacientes y cuyos resultados se analizaron mediante un segundo estudio de corte entre octubre 2014 y abril 2015 (RB2).

Resultados: Tabla. Se incluyeron 950 pacientes en total, 510 en el primer periodo y 440 en el segundo, con una edad media de 74,2. Tras la constitución de la red se objetiva un incremento en el número de pacientes reperfundidos (93% frente a 97%; ACTP primaria 70,8% frente a 80%*) además de una mejora en la calidad asistencial: disminución significativa en los tiempos de primer contacto médico (PCM)-balón (110 frente a 90 min), puerta-balón (70 frente a 58 min), PCM-aguja (33 frente a 26 min) y *door in-door out* (DIDO) (90 frente a 78 min). Se observó una disminución en la mortalidad hospitalaria (7,84% frente a 6,82%).

Resultados		
	RB1	RB2
Pacientes incluidos	510	440
Hombres (%)	78	69,8

Edad media (años)	63,2	65
Tiempo síntomas-PCM (min)	80 (40-165)	80 (39-175)
Utilización SEM (%)	42,2	47,1
Tiempo PCM-1 ^{er} ECG (min)	5 (3-10)	6 (3-11)
ICP1 ^a (%)	70,8	80
Fármaco-invasiva (%)	22,9	16,8
No reperfusión (%)	6,3	3,4
Tiempo PCM-balón (min)*	110 (84-147)	90 (73-120)
Tiempo puerta-balón (min)*	70 (40-107)	58 (34,5-90)
% 120 min	58,9	72,4
Tiempo PCM-aguja (min)*	33 (23-50)	26 (17-35)
% 30 min	45,3	60,8
DIDO	90 (64,5-119)	78 (62-115,75)
Mortal hospitalaria (%)	7,84	6,82
Variables binarias se expresan en porcentajes, variables de tiempo en mediana y rango intercuartílico.*p 0,05.		

Conclusiones: La creación de una red multidisciplinaria y multicéntrica mediante la iniciativa y coordinación exclusiva de los propios profesionales común en toda una CA es posible, así como la elaboración de protocolos coordinados y un sistema de información y evaluación. La creación de una red asistencial al IAM y protocolos consensuados con las guías permite mejorar la calidad asistencial de los pacientes con IAM, pudiendo influir en la mortalidad de los mismos.