Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 506

Revista Española de Cardiología

4011-2. EFECTO DEL LUGAR DE PRIMER CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO EN UN PROGRAMA COMUNITARIO DE REPERFUSIÓN DEL IAMEST (CÓDIGO INFARTO MADRID) SOBRE LOS TIEMPOS DE REPERFUSIÓN

Joaquín J Alonso Martín[1], Rosa Ana Hernández Antolín[1], Felipe Hernández Hernández[1], Javier López Pais[2], Gregorio Salanova González[1], Juan Górriz Magaña[2], Alberto García Lledó[1] y Juan Carlos Ansede[1] del [1]Código Infarto Madrid, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de Madrid y [2]Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: El lugar del primer contacto con el Sistema Sanitario de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST se puede asociar a demoras que influyen en los resultados de los programas comunitarios de atención a estos pacientes. El estudio de este aspecto es el objetivo del estudio.

Métodos: Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la C. de Madrid) de junio 2013 a 2015. En este periodo (2 años) se activaron 4.434 códigos. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el S. sanitario (centros de atención primaria [AP], Servicios de emergencias extrahospitalaria SUMMA y SAMUR [EMER], y hospitales con y sin programa de angioplastia primaria [ACTP 1ª]) y tiempos de reperfusión: tiempo inicio dolor-diagnostico (1º ECG), tiempo diagnóstico (1º ECG)-balón y tiempo inicio dolor- balón.

Resultados: La activación se realizó en el 25% de los casos desde AP, en el 23% desde hospitales con ACTP 1ª y en el 13% desde hospitales sin ACTP 1ª. Los servicios de EMER fueron el sitio más frecuente de primer contacto con el Sistema Sanitario (39%). Las medianas de los tiempos se muestran en la figura. El acceso más rápido al sistema sanitario se produjo cuando el código se activó desde los S. de EMER (mediana dolor-ECG: 70 min p25-p75 40-135) seguido de los Hospitales sin programa de ACTP1º (107 min) y los Centros de salud (108 min). El tiempo de reperfusión (dolor-balón) significativamente más corto fue cuando el 1er contacto se realizó desde los S. de EMER (mediana 160 min, p25-p75 125-221, p > 0,05) y el más largo cuando se activo desde los hospitales sin programa de ACTP1ª (medina 258 min p25-p75 170-459, p > 0,05). Esta demora en los hospitales sin ACTP1ª se debe a la prolongación del tiempo ECG-balón (117 min frente a la mediana global que fue de 84 min, p > 0,05). Este retraso se produjo a expensas del tiempo entre el ingreso en el hospital sin ACTP1ª y salida de él (51 min) y no de un retraso en la respuesta de los S. de EMER que fue similar (mediana 17 min).

Medianas de tiempos según lugar de primera atención.

Conclusiones: Los mejores tiempos de reperfusión se logran cuando el 1er contacto son los Servicios de Emergencias y los peores cuando la activación se realiza desde los hospitales sin ACTP1ª. Esto ocurre por

una gran prolongación de la estancia en ellos por el proceso de diagnóstico-decisión y no por la respuesta de los Servicios de Emergencias.