Rev Esp Cardiol. 2019;72(Supl 1): 1014

Revista Española de Cardiología

6054-481. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL IAMCEST EN UNA REGIÓN CON CÓDIGO INFARTO

María Thiscal López Lluva[1], Ignacio Sánchez Pérez[1], Fernando Lozano Ruiz Poveda[1], José Abellán Huerta[1], Jesús Piqueras Flores[1], Pedro Pérez Díaz[1], Juan Antonio Requena Ibáñez[1], Ramón Maseda Uriza[1] y Alfonso Jurado Román[2], del [1]Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real y [2]Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Los indicadores de calidad (IC) son útiles para valorar la práctica asistencial y la efectividad de las medidas diseñadas para la mejora de esta. En los pacientes con IAMCEST, los retrasos en el tratamiento representan el IC más fácil de cuantificar y deberían registrarse y revisarse periódicamente en todos los sistemas de salud. Nuestro objetivo fue evaluar si se cumplen los objetivos de tiempo propuestos por las Guías de Práctica Clínica en nuestra área de referencia.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de pacientes que presentan un IAMCEST y son trasladados a nuestro centro para intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPp) desde octubre de 2012 a agosto de 2016. En función del primer contacto médico (PCM) los pacientes se clasificaron en: grupo 1: pacientes que se presentan en nuestro centro (con capacidad para ICPp) y grupo 2: pacientes trasladados. Se definió diagnóstico de IAMCEST el momento en el que se activa el código infarto (CI). En ambos grupos se analizó el retraso «PCM-ECG», el retraso «activación del código infarto-guía» y el retraso «ECG-guía». Los datos se expresan en minutos en formato mediana (P25-P75).

Resultados: Se incluyeron 546 pacientes consecutivos (80% varones, edad media 64 ± 13 años). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para el retraso «ECG-guía» (p 0,001) y el retraso «activación del CI-guía» (p 0,001), no así para el retraso «PCM-ECG” (p = 0,7). El objetivo «PCM-ECG» 10 minutos se cumplió en el 64% de los pacientes del grupo 1 y en el 71% de los pacientes del grupo 2. El objetivo «diagnóstico de IAMCEST-guía» 60 minutos para los pacientes del grupo 1 se cumplió en el 100%; sin embargo, el objetivo «diagnóstico de IAMCEST-guía» 90 minutos para los pacientes del grupo 2 se cumplió únicamente en el 74%; si ampliamos esta demora a 120 minutos se cumplió en el 94%. Es importante destacar que el ECG no se interpreta inmediatamente; se tardan 18 (8-58) minutos en el grupo 1 y 24 (11-53) minutos en el grupo 2 (p = 0,45) en interpretar el ECG y activar el CI.

Tiempos de retraso en función del primer contacto médico

	R. PCM-ECG	R. ECG-guía	R. Activación-guía
Grupo 1	9 (5-15)	59 (42-99)	37 (30-45)

Grupo 2	8 (5-13)	105 (80-135)	74 (54-93)

Datos expresados en minutos en formato mediana (P25 - P75). R.: retraso; PCM: primer contacto médico; ECG: electrocardiograma.

Conclusiones: En nuestra área de referencia son necesarias medidas para optimizar el retraso «PCM-ECG» y el retraso en la interpretación del ECG y activación del código infarto para todos los pacientes sometidos a ICPp y el retraso «diagnóstico de IAMCEST-guía» en los pacientes trasladados.