



6017-250. SCACEST EN HORARIO LABORAL O DE GUARDIA: ¿SE ATIENDE IGUAL?

Lucas Tojal Sierra, Ángel Castañeda Saiz, Javier Rekondo Olaetxea, Jessica Vaquero Luna, María Jesús Apodaca Arrizabalaga, Ángel M. Alonso Gómez y Ángel Loma-Osorio Montes del Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Resumen

Introducción y objetivos: El tiempo de tratamiento de revascularización en los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es uno de los principales determinantes de mortalidad descritos en la literatura, además de considerarse un indicador de calidad asistencial. Sin embargo, las diferencias en la atención y pronóstico si el primer contacto médico (PCM) se realiza en horario laboral o de guardia no ha sido evaluado en profundidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron 359 pacientes atendidos en nuestro centro por SCACEST entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 siguiendo nuestro protocolo dentro de la red de asistencia al SCACEST de la comunidad. El objetivo fue evaluar tiempos de actuación, calidad asistencial y pronóstico en función de si el PCM se realizó en horario laboral habitual (equipo de hemodinámica presente en sala) o en horario de guardia (fines de semana, festivos y entre las 15:00h y las 8:00h de día laborables, con equipo de hemodinámica localizado en un tiempo de respuesta de 30 minutos). Se analizaron las características demográficas, tratamiento recibido, tiempos de actuación y calidad asistencial. Se compararon medianas con U de Mann Whitney.

Resultados: Las características poblacionales fueron similares en horario laboral y de guardia, con una edad media global de $64,3 \pm 13,8$ años. Entre el horario laboral y el de guardia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medianas del tiempo de PCM-balón (86,5 minutos en horario laboral y 103 minutos en horario de guardia) y del tiempo *door in-door out* (58 minutos en horario laboral y 72 minutos en horario de guardia). El 63,8% de las revascularizaciones se realizaron con un tiempo de PCM-balón menor de 120 minutos y el 90% con un tiempo de aviso-balón menor de 90 minutos, ambos sin diferencias entre horario laboral y de guardia. La mortalidad a un año fue similar en ambos grupos (7,1% en horario laboral y 7,7% en horario de guardia). En la tabla se recogen los resultados obtenidos.

Resultados

	Horario laboral	Horario de guardia	p 0,05
Edad (años)	$66,1 \pm 15,8$	$63,7 \pm 13$	

Sexo (masculino)	66 (67,3%)	204 (78,2%)	p = 0,035
HTA	56 (57,1%)	144 (55,2 %)	
Tabaquismo	38 (38,8%)	107 (41 %)	
Dislipemia	50 (51%)	119 (45,6%)	
Diabetes	16 (16,3%)	47 (18%)	
Infarto previo	8 (8,2%)	24 (9,2%)	
Killip máximo			
I	75 (76,5%)	197 (75,5%)	
II	15 (15,3%)	38 (14,6%)	
III	1 (1%)	4 (1,5%)	
IV	7 (7,1%)	22 (8,4%)	
Itinerario ^a			
A	5 (5,1%)	20 (7,7%)	
ABC	1 (1%)	2 (0,8%)	
AC	22 (22,4%)	63 (24,1%)	
B	12 (12,2%)	31 (11,9%)	
BC	17 (17,3%)	48 (18,4)	
C	41 (41,8%)	97 (37,2%)	

Mortalidad en primer año	7 (7,1%)	20 (7,7%)	
Tiempo PCM-balón 120 minutos	45 (69,2%)	110 (61,8%)	
Tiempo aviso-balón (mediana en minutos)	52,5	65	p = 0,001
Tiempo PCM-balón(mediana en minutos)	86,5	103	p = 0,009
Tiempo puerta-balón(mediana en minutos)	63	67	
Tiempo síntomas-balón(mediana en minutos)	247,5	230	
Tiempo <i>door in-door out</i> (mediana en minutos)	58	72	p = 0,019

^aItinerario: A (emergencias); B (hospital sin angioplastia primaria); C (hospital con angioplastia primaria).

Conclusiones: En nuestro medio, los pacientes con SCACEST presentan un pronóstico y características independientes a que el PCM se realice en horario laboral o de guardia. Los tiempos de revascularización son mejores en horario laboral respecto al horario de guardia, enmarcándose ambos grupos dentro de los estándares de calidad establecidos en la literatura.