



6015-275. ANÁLISIS GEOGRÁFICO DE CRONOGRAMAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO MULTIPROVINCIA

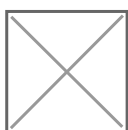
Lucía Rodríguez Estévez, Marta López Serna, Elisabete Alzola Martínez de Antoñana, Alejandro Diego Nieto, Alfredo Barrio Rodríguez, David González Calle, Pablo Luengo Mondéjar, Marta Alonso Fernández de Gatta y Pedro Luis Sánchez Fernández, del Servicio de Cardiología, Complejo Universitario de Salamanca, IBSAL, CIBER-CV, Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) constituye uno de los principales problemas de salud pública y una de las principales causas de mortalidad en Europa. Está demostrado que el tratamiento precoz mediante estrategias de reperusión mejora la evolución de los pacientes disminuyendo la mortalidad, el tamaño del infarto y la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca. Es importante destacar las características de una región con una superficie de 94.226 km² con 2,4 millones de habitantes, una densidad de población de 27 hab/km² con una geografía compleja y solamente 4 centros con angioplastia primaria 24h.

Métodos: Se recogieron los tiempos de 133 pacientes: hora de inicio de síntomas, primer contacto médico (PCM), primer electrocardiograma (ECG), contacto con Cardiología del Hospital con angioplastia primaria (HAP), alerta a hemodinámica, llegada al HAP y hora de apertura de la arteria (HAA), desde junio hasta diciembre de 2017.

Resultados: Destacan unos tiempos desde el primer ECG hasta contacto con Cardiología del HAP elevados en los centros secundarios con una mediana de 35-40 minutos y, los tiempos de traslado hasta el HAP con una mediana que varía desde 75 a 115 minutos. Con todo ello, el análisis de tiempos muestra en global, un tiempo PCM-HAA mayor de 120 minutos, en aquellos pacientes procedentes de centros secundarios. A continuación presentamos la gráfica con las medianas en minutos de los tiempos obtenidos.



Tiempos: PMC-arteria.

Conclusiones: Únicamente los pacientes de la región del HAP cumplen los tiempos óptimos desde PCM-HAA que recomiendan las guías (menor de 120 minutos). Existen múltiples factores que intervienen en este retraso, algunos no modificables como la distancia geográfica al HAP y otros modificables como la existencia de trasportes secundarios en vez de derivación directa al HAP, mayor disponibilidad de ambulancias medicalizadas y formación a los profesionales sanitarios implicados en el proceso. La intervención en los factores modificables ayudaría a reducir los tiempos y en consecuencia la morbilidad y mortalidad del SCACEST.