



4026-2. FACTORES ASOCIADOS CON ERROR DIAGNÓSTICO EN LA ASISTENCIA AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE SEGMENTO ST POR UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Fernando Rosell Ortiz¹, Javier García del Águila¹, Antonio Daponte Codina², Patricia Fernández del Valle³, María del Mar Ruiz Montero¹, Santiago Vergara Pérez¹, Diego de Vicente Contreras¹, Coral Chacón Manzano¹, Itziar Vivar Díaz¹, Francisco José Mellado Vergel⁴ y Luis Olavarria Govantes¹, de la ¹Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Málaga, ²Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, ³Comité de Investigación, Cáceres y ⁴Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Resumen

Introducción y objetivos: La concordancia diagnóstica entre el primer contacto médico y el hospital es clave para la efectividad de las redes de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Nuestro objetivo es analizar los factores relacionados con los errores diagnósticos en la valoración prehospitalaria de un posible síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

Métodos: Análisis retrospectivo de un registro de pacientes consecutivos atendidos por un servicio prehospitalario de emergencias con el diagnóstico de SCACEST. Periodo 2001-2017. Se registraron variables epidemiológicas, de la atención prehospitalaria, el diagnóstico hospitalario y la mortalidad al alta hospitalaria. Se definió diagnóstico concordante cuando el diagnóstico hospitalario fue de IAMCEST y no concordante (no IAMCEST) en alguno de los siguientes grupos: SCA sin elevación del segmento ST o angina inestable (SCASEST/AI), otros diagnósticos cardiológicos (OTRcard) y dolor torácico no filiado u otros diagnósticos no cardiológicos (DTotr). Se realizó análisis univariante y multivariante para los grupos IAMCEST frente a no IAMCEST. Se excluyeron los pacientes fallecidos *in situ* durante la asistencia prehospitalaria.

Resultados: Fueron trasladados al hospital con el diagnóstico de SCACEST un total de 11.872 pacientes de los que 10.887 (91,7%) fueron diagnosticados de IAMCEST, 516 (4,3%) de SACEST/AI, 112 (0,9) OTRcard, 103 de DTotr y en 254 (2,1) casos no se pudo recupera el diagnóstico final. La mortalidad al alta de los diferentes grupos fue (%): 12,07-0,97-7,14-0,1 respectivamente. Los factores asociados con los errores diagnósticos se muestran en la tabla.

Variables asociadas con error diagnóstico

Variables	Total	IAMCEST	No IAMCEST	Multivariante			
				Univariante p	OR	IC95% OR	p

Edad media (DE)	63,33 (13,24)	63,1 (13,13)	66,3 (14,19)	0,000	1,007	(1,000;1,013)	0,039
Sexo (varón) n (%)	7.918 (68,15)	7.496 (68,85)	422 (57,73)	0,000	0,657	(0,558;0,774)	0,000
Motivo de consulta (clínica típica) n (%)	8.623 (75,13)	8.126 (75,56)	497 (68,74)	0,000	0,805	(0,676;0,959)	0,015
Alertante (sanitario) n (%)	4.094 (36,05)	3.883 (36,47)	211 (29,68)	0,000	0,855	(0,720;1,016)	0,075
Antecedentes de CI (sí) n (%)	4.919 (42,34)	4.549 (41,78)	370 (50,62)	0,000	1,417	(1,21;1,658)	0,000
Portador de marcapasos (sí) n (%)	44 (0,38)	33 (0,3)	11 (1,51)	0,000	2,193	(0,938;5,126)	0,070
ECG con criterios claros (sí) n (%)	10.473 (92,07)	9.916 (92,96)	557 (78,67)	0,000	0,327	(0,266;0,401)	0,000
Killip inicial (Killip I) n (%)	10.460 (90,96)	9.851 (91,38)	609 (84,58)	0,000	0,644	(0,512;0,81)	0,000

CI: cardiopatía isquémica; ECG: electrocardiograma; OD: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Conclusiones: Se asociaron con errores en el diagnóstico prehospitalario ser mujer, una edad más avanzada, una presentación clínica atípica, antecedentes de cardiopatía isquémica, un ECG de difícil interpretación y un Killip inicial > 1.