



5032-7. TIPO DE PRIMER CONTACTO MÉDICO COMO DETERMINANTE DEL PRONÓSTICO EN UNA RED REGIONAL DE ATENCIÓN AL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Oriol de Diego¹, Cosme García-García², Ferrán Rueda Sobella², Xavier Carrillo Suárez², Rut Andrea Riba¹, Josepa Mauri Ferré², Helena Tizón-Marcos³, Rosa María Lidón Corbí⁴ y Antoni Bayés-Genís²

¹Hospital Clínic, Barcelona, ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, ³Hospital del Mar, Barcelona y ⁴Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El retraso en la angioplastia primaria (ICPP) en el infarto con elevación del segmento ST (IAMCEST) se asocia con peor pronóstico. En nuestra red de ICPP, el tipo de primer contacto médico (PCM) define 4 vías de asistencia posibles: diagnóstico por el SEM y traslado directo a hemodinámica (grupo SEM); PCM en un centro con capacidad de ICPP (grupo H-ICP); PCM en un hospital sin capacidad de ICPP y traslado para angioplastia (grupo H. comarcal); y diagnóstico en un centro de atención primaria (grupo CAP) y traslado para angioplastia. Cada PCM ha sido asociado con diferentes grados de retraso en la reperusión. El objetivo del estudio es determinar la influencia del tipo de PCM en la mortalidad a 1 año en los pacientes con IAMCEST de nuestra red de angioplastia.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en el registro sistemático de todos los casos desde la implantación de la red de angioplastia. Se incluyeron los pacientes con IAMCEST tratados con ICPP entre enero de 2010 y diciembre de 2020. Analizamos diferencias en variables clínicas, tiempos de reperusión y mortalidad por cualquier causa a 1 año en función del tipo de PCM.

Resultados: Se incluyeron 18.332 pacientes (SEM 34,25%, H-ICP 12,28%, H. comarcal ICP 33,47%, CAP 20,01%). Killlip inicial III-IV: SEM 8,43%, H-ICP 7,51%, H. comarcal 5,54%, CAP 3,76%; $p < 0,001$. Todas las comorbilidades y complicaciones el PCM fueron más frecuentes en los grupos SEM y H-ICP ($p < 0,05$). El grupo CAP tenía pacientes con un perfil de riesgo más bajo en cuanto a comorbilidades y complicaciones en el PCM ($p < 0,05$ para la mayoría de variables). El grupo H-ICP obtuvo el tiempo PCM-ICP más corto (mediana 82 min, $p < 0,001$), el grupo SEM obtuvo el menor tiempo total de isquemia (mediana 151 min, $p < 0,001$). La mortalidad no ajustada a 1 año fue SEM 8,6%, H-ICP 9,11%, H. comarcal 8,25%, y CAP 4,77% ($p < 0,001$). Tras ajustar por covariables en un modelo de regresión logística, los grupos H-ICP y H. comarcal se asociaron con mayor mortalidad a 1 año en comparación con el grupo SEM (OR 1,23 (IC95% 1,01-1,49; $p = 0,04$) y OR 1,16 (IC95% 1,01-1,34; $p = 0,04$) respectivamente), mientras que el grupo CAP se asoció con menor mortalidad a 1 año (OR 0,69 (IC95% 0,57-0,84; $p < 0,01$)).



Conclusiones: El PCM con el SEM se asoció con el menor tiempo total de isquemia y menor mortalidad a 1 año en comparación con el PCM con el H-ICP o el H. comarcal.