

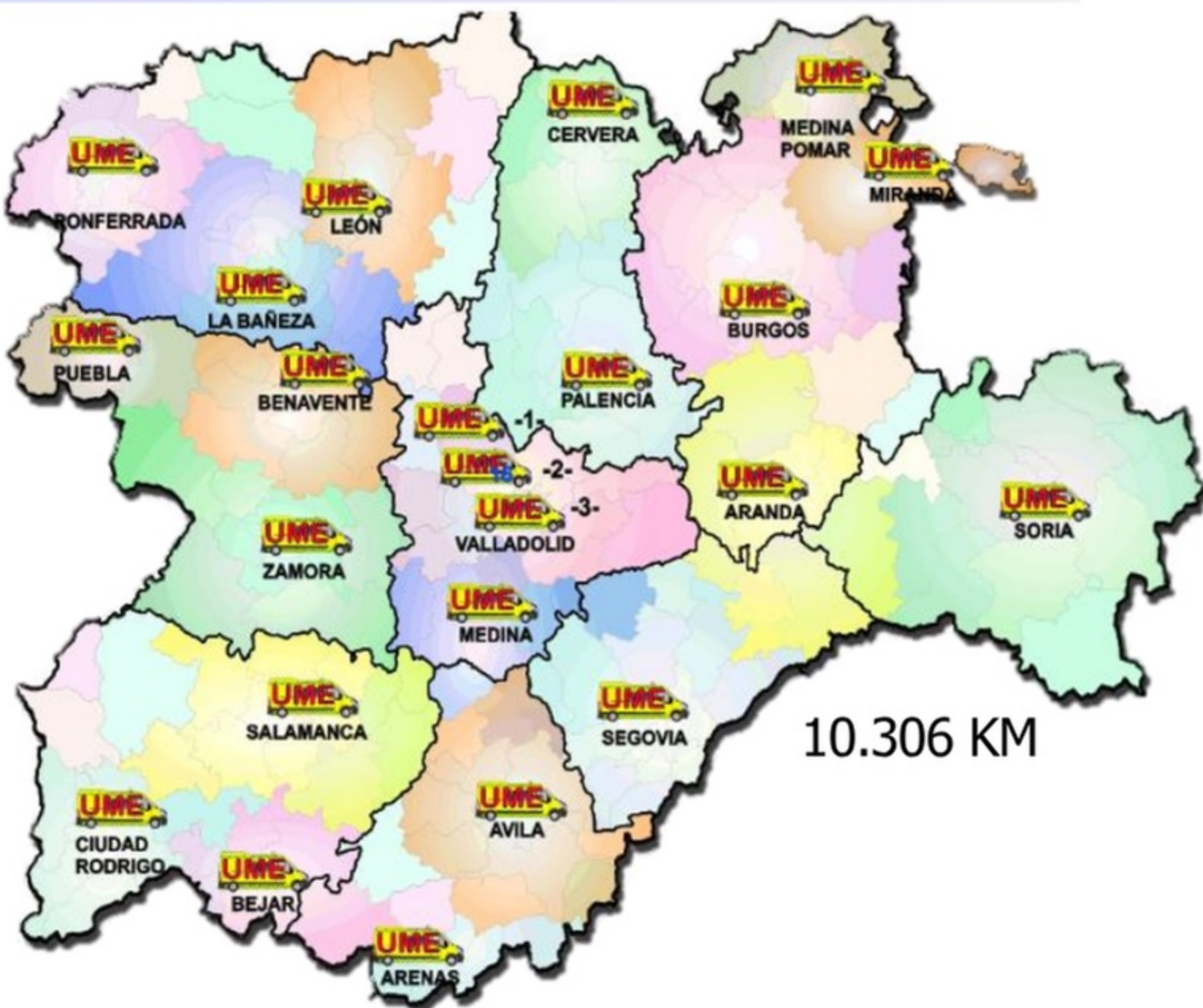
CÓDIGO INFARTO EN SORIA (CASTILLA Y LEÓN): LA BATALLA ENTRE TIEMPO Y FIBRINOLÍTICO.

PABLO BLANCO PINTO, MERCEDES VALER MURILLO, JAVIER GONZÁLEZ RODRÍGEZ, RAQUEL TORRUBIA FERNÁNDEZ, ROCIO SANTAMARÍA PÉREZ, RUBÉN VIANA GUERRA

1 INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una patología tiempo dependiente que requiere de gran destreza para la toma de decisiones rápidas y efectivas respecto a la estrategia a seguir para reestablecer el flujo coronario. Atendiendo a las características geo-demográficas y sanitarias de la provincia de Soria el trabajo de coordinación entre las diferentes gerencias asistenciales implicadas se vuelve crucial para prestar una asistencia de calidad y disminuir el tiempo total de isquemia.

- 1º comunidad de CyL con mayor retraso del paciente y mayor tiempo de isquemia.
- 2º CCAA con más casos SCACEST por mill. de habitantes
- 3º CCAA que más fibrinoliza, el 64 % por la demora estimada.
- 14.1% de los traslados no justificados por traslado prolongado (32).



En la actualidad Soria no dispone de una unidad de hemodinámica propia, por lo que los pacientes con los que se active el Código Infarto son trasladados al Hospital Universitario de Burgos (HUBU). El traslado puede realizarse con la UVI de secundarios de Soria o el HEMS de referencia ubicado en Burgos. Por la demora del traslado (145 km) la fibrinólisis es una estrategia empleada tanto por la UME con la Tenecteplasa o la UCI con la Alteplasa.

2 METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo (CEIm 3251). Muestra por conveniencia, todo paciente mayor de 18 años atendido en primera instancia en el Área sanitaria de Soria con diagnóstico final de SCACEST y que fueron trasladados al Hospital Universitario de Burgos (HUBU) desde el 1 de julio al 30 de diciembre de 2024. Criterios de exclusión: diagnóstico final diferente al SCACEST/IAMCEST, traslado programado (análisis de tiempos asistenciales) y pacientes no derivados al HUBU.

3 OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- Describir el perfil de paciente con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) y/o activación del Código Infarto atendidos en primera instancia en el Área Sanitaria de Soria.

SECUNDARIOS:

- Identificar las estrategias de perfusión empleadas y número de intervención coronaria percutánea (ICP) de rescate.
- Determinar la incidencia de eventos adversos a los 30 días post-SCACEST, incluyendo hemorragias intracraneales y/o hemorragias no intracraneales mayores o menores, reinfarto, shock cardiogénico, insuficiencia cardiaca congestiva o mortalidad.
- Registrar los componentes del tiempo de isquemia, así como duración del traslado y servicio.

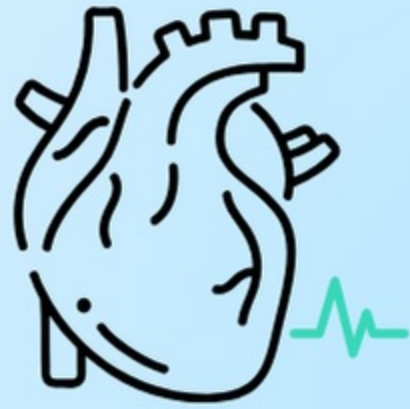
4 RESULTADOS

- PERFIL:** Hombres (76,19%) de unos 60-69 años.

EVENTOS ADVERSOS:



1/21 (0.047), el 4,76% presenta hemorragia no intracraneal menor (ICP primaria).



Ningún paciente presenta alguno de ellos.



1/21 (0.047) paciente (4,76%) presenta mortalidad en los primeros 7 días tras el evento (Alteplasa).



2/9 (0.223), el 22.22% no presentan criterios de perfusión (Alteplasa).

TIEMPOS (media):



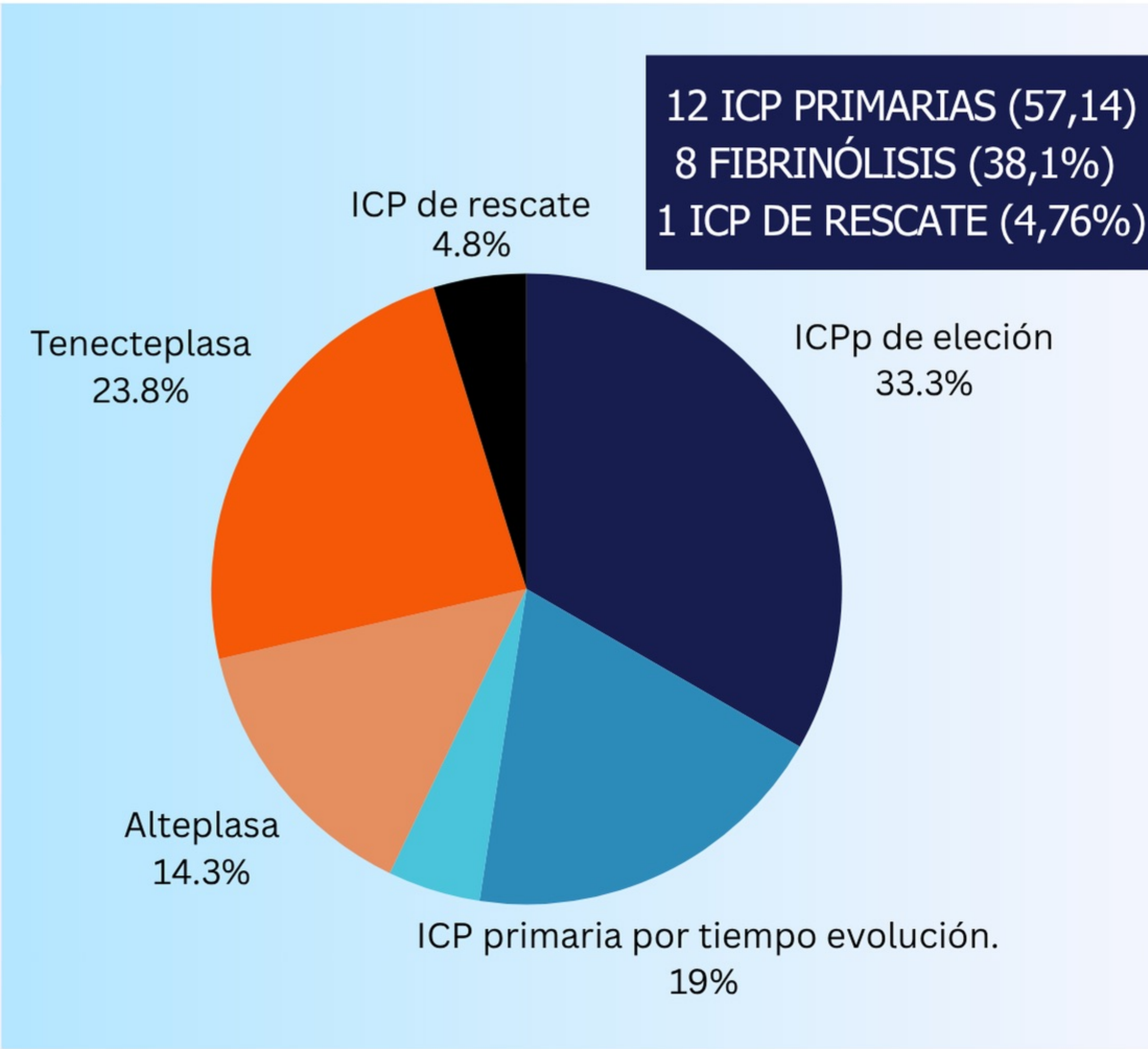
T.ISQUEMIA 452 min



T. TRASLADO: 38.14 min
DURACIÓN SERVICIO: 117.57 min



T. TRASLADO: 98.78 min
DURACIÓN SERVICIO: 165.4 min



5 DISCUSIÓN

- Perfil de paciente similar a estudios autonómicos/nacionales.
- Se fibrinolizó en el 38.1 % de los pacientes; proporción muy superior al 5,5% de Castilla y León y al 1,7% nacional (32).
- Tiempo total de isquemia de media fue 452 minutos, significativamente mayor al promedio regional (242,5 min) y nacional (197 min) (32).
- Retraso del paciente con 269 minutos de media (4 casos excluidos por más de 48 horas de evolución).
- El HEMS tarda de media 60,64 minutos menos en llegar al HUBU y 47,38 minutos menos en completar los servicios que la UVI de secundarios.
- En los pacientes trasladados por el HEMS se optó por la ICP primaria por la demora del traslado.

6 CONCLUSIÓN

La incorporación de recursos asistenciales adicionales, como otra Unidad Médica de Emergencias (UME) y un servicio propio de HEMS para la provincia de Soria, optimizaría la atención sanitaria, facilitaría el acceso a zonas remotas y disminuiría los tiempos de respuesta, lo que se traduciría en una mejora de la calidad asistencial para pacientes críticos y dependientes del tiempo. En caso de que Soria dispusiera de su propio HEMS y no dependiera del HEMS Burgos, sería interesante volver a analizar la situación para determinar los cambios en los tiempos de asistencia, complicaciones y calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

