



**93 Reunión de la
SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA**

<http://www.castellanacardio.es/>

**RESUMEN DE LA REUNIÓN
CÓDIGO INFARTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID:
ASPECTOS POSITIVOS Y ÁREAS DE MEJORA**

* * *

7 de Octubre de 2013

Salón de Actos del Hospital Universitario Gregorio Marañón Madrid



Organizado por:

Sociedad Castellana de Cardiología
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Gregorio Marañón

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD CASTELLANA DE CARDIOLOGÍA

Presidente: Dr. Manuel Abeytua Jiménez

Vicepresidente: Dr. Sergio García Ortego

Secretario: Dr. David Martí Sánchez

Tesorera: Dra. Petra Sanz Mayordomo

Presidenta Electa - Editora: Dra. Nieves Tarín Vicente

Página Web: Dr. Ramón Bover Freire

Vocal de Acreditaciones: Dr. Miguel Castillo Orive

Vocal de Formación y Comité Científico: Dr. Lorenzo Silva Melchor

Vocal de Relación con Soc. Científicas: Dr. Carlos Escobar Cervantes

Vocal de Relación con Universidades: Dr. Lorenzo López Bescós

Vocal de Residentes: Dra. María Jesús Valero

Vocal de Castilla-La Mancha - Vicepresidente Electo: Dr. Juan Carlos Gallego Page

Vocal de La Rioja: Dr. Adrián Beloscar Llorca

© **Sociedad Castellana de Cardiología 2013**
<http://www.castellanacardio.es/>
C/Santa Isabel, 51. 28012 Madrid

Editora: Dra. M^a Nieves Tarín Vicente



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

Comité de Acreditación
CASEC

REUNIÓN ACREDITADA CON 2,42 CRÉDITOS DE LA SEC

PROGRAMA MESA REDONDA

Moderador:

Dr. Manuel Abeytua Jiménez

Presidente de la Sociedad Castellana de Cardiología. Jefe de la Sección de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

1. ¿Por qué es necesario y cómo se organiza?

Dr. Joaquín Alonso Martín

Coordinador del Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid. Coordinador del Código Infarto. Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. Presidente de la Comisión de Coordinación y Seguimiento del Código Infarto Madrid de la Dirección general de Hospitales.

2. Papel de los Servicios de Emergencias

Dra. M^a José Fernández Campos

Directora Médico SUMMA-112

3. Manejo primario extrahospitalario del SCACEST: Fibrinólisis y Angioplastia Primaria

Dr. Ervigio Corral Torres

Subdirector General SAMUR-Protección Civil

4. Experiencia de un hospital terciario

Dr. Francisco Fernández-Avilés

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

5. Los MIR en el Código Infarto: problemas prácticos

Dr. Alfonso Jurado Román

Cardiólogo formado como Residente en el Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

6. Experiencia en otras Comunidades/Red CORECAM

Dr. José Moreu Burgos

Director del Laboratorio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo.

7. Coloquio y Conclusiones con los Ponentes y un Panel de Expertos en el Código Infarto de varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Uno de los retos de esta Sociedad es difundir el conocimiento de las enfermedades cardiovasculares. Así se plantea esta reunión para reflexionar sobre el *Código Infarto Madrid (IM)* -desarrollado a partir del Plan Estratégico de Cardiología 2011-2015 de la Comunidad de Madrid- tras su inicio el 3 de Junio de 2013, y cuya presentación institucional se realizó el 12 de Julio de 2013.

Como se recoge en la introducción del documento del Código IM, las enfermedades cardiovasculares son junto con los tumores, la primera causa de muerte en la Comunidad de Madrid, con 11.453 muertes en el año 2009, lo que representa el 27,7% de todas las muertes en la Comunidad en ese año (41.268). 2.146 personas fallecieron de un infarto agudo de miocardio, a los que hay que sumar un porcentaje mayoritario de los 1.415 fallecidos asignados al diagnóstico de paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa desconocida de muerte (Instituto Nacional de Estadística, 2009; <http://www.ine.es>). Además, existe una proporción elevada y de pacientes con infarto extenso que sobreviven a la fase aguda, pero desarrollan insuficiencia cardíaca crónica. El infarto constituye la causa más frecuente de insuficiencia cardíaca crónica que se asocia a mal pronóstico, discapacidad efecto y alta tasa de hospitalización.

Los Sistemas Públicos de Salud se implican en la organización de programas de atención sanitaria eficientes y accesibles, procurando que los avances científico-técnicos disponibles puedan ser aplicados de manera efectiva a la población. Existen ejemplos de ello, en diferentes comunidades españolas, y también en el aspecto concreto de la atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST).

Aplicar precozmente estrategias de reperfusión en el IAMEST para mejorar la evolución de estos pacientes es muy importante, ya que reduce la mortalidad de la fase aguda y disminuye el tamaño del infarto y la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca. Sin embargo, un 32% de pacientes en España que sufren un IAMEST no recibe ningún tratamiento de reperfusión y, los que lo reciben, la demora es superior a lo recomendado en las guías de práctica clínica.

El plan propuesto en la Comunidad de Madrid pretende ofrecer un abordaje integral del IAMEST, abarcando: la información al paciente, los médicos y profesionales de atención primaria, los servicios de urgencia extrahospitalaria y hospitalaria, los servicios y secciones de los hospitales que atienden el IAMEST. Sin olvidar un plan de derivaciones, un registro, la evaluación y seguimiento.

Esta reunión se establece como foro para la detección de los aspectos positivos y áreas de mejora. Valorando las necesidades de pacientes y profesionales. Gracias a todos por el esfuerzo realizado. A continuación, se presenta un resumen de cada una de las intervenciones de los ponentes durante la reunión y las conclusiones.

Dr. Manuel Abeytua Jiménez

Presidente de la Sociedad Castellana de Cardiología

1. ¿Por qué es necesario y cómo se organiza?

Dr. Joaquín Alonso Martín

Coordinador del Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid. Coordinador del Código Infarto. Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. Presidente de la Comisión de Coordinación y Seguimiento del Código Infarto Madrid de la Dirección General de Hospitales.

El Dr. Alonso explicó cómo nace el Código Infarto Madrid (IM) dentro del Plan Estratégico de Cardiología 2011-2015, siendo el objetivo general del plan establecer las líneas futuras de desarrollo de la especialidad en los hospitales de la Comunidad de Madrid con el nuevo entorno de la Libertad de Elección y de los cambios producidos en la Cardiología. Su objetivo principal es mejorar la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales en los que participa la Cardiología, aumentando la accesibilidad y la equidad. En definitiva, el Dr. Alonso lo resume en “resolver el presente y preparar el futuro”.

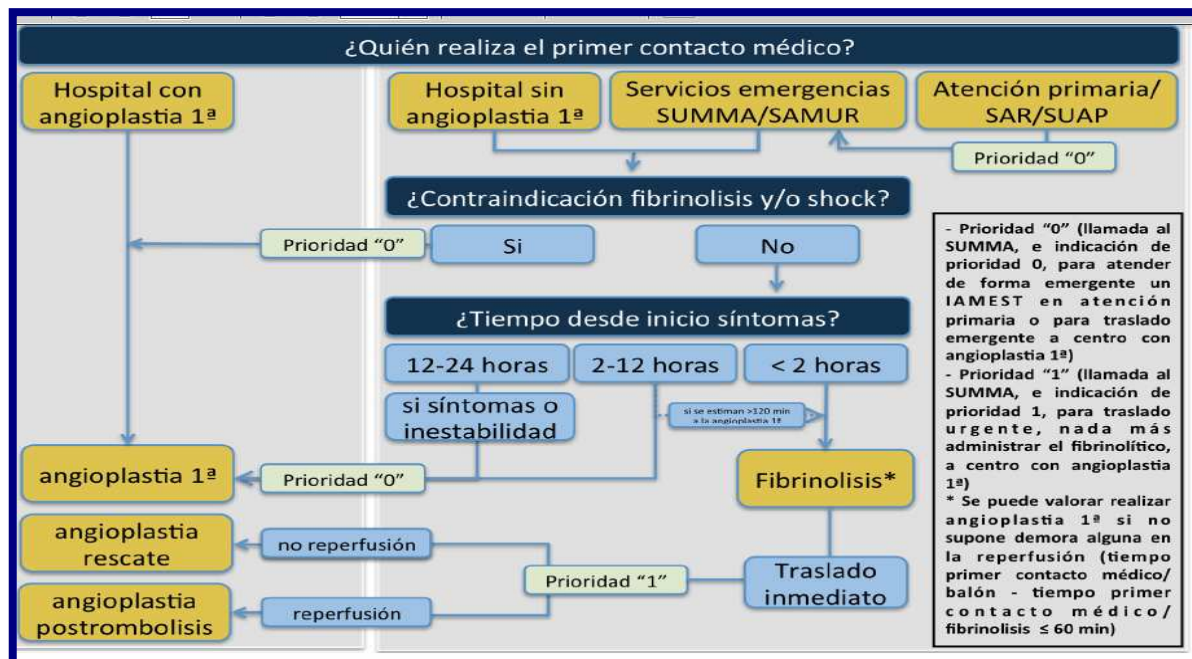
Origen: Un 32% de los infartos agudos de miocardio con elevación del ST (IAMEST) en España no recibe ningún tratamiento de reperusión, y los que lo reciben, lo hacen con mayores demoras de lo recomendado por las guías de práctica clínica. Aplicar de modo precoz estrategias de reperusión en el IAMEST, reduce la mortalidad, el tamaño del infarto y la probabilidad de insuficiencia cardiaca. La organización de un programa asistencial integral que asegure la atención urgente y el tratamiento adecuado en el infarto es necesario.

Tras analizar la situación de los sistemas de atención urgente y su dotación en Madrid y los centros hospitalarios con Angioplastia Primaria, **se definieron los objetivos del Código Infarto Madrid (IM)**. Uno general: disminuir la mortalidad global de pacientes con IAMEST en la Comunidad de Madrid. Y varios, específicos:

- Incrementar los pacientes con IAMEST reperfundidos.
- Implantar un proceso asistencial integral y común.
- Registrar y cuantificar la actividad asistencial en el IAMEST.
- Cuantificar las tasas reales de angioplastia primaria y fibrinólisis y sus tiempos.
- Identificar factores facilitadores y barreras del programa.

El programa define bien las indicaciones de reperusión, los circuitos y la preparación, y los circuitos de retorno del paciente (quién, cuándo y cómo). Más abajo se encuentra un diagrama que resume la estrategia de reperusión propuesta por el Código IM para el IAMEST, disponible en su página 25, y que tiene en cuenta las siguientes cuestiones:

- Quién realiza el primer contacto médico.
- Si hay contraindicaciones para fibrinólisis.
- Tiempo desde el inicio de los síntomas.



Además el Dr. Alonso insistió en la importancia de incluir estrategias de:

- Comunicación y difusión del Código IM (a profesionales sanitarios y a pacientes/ciudadanos).
- Investigación
- Formación
- Evaluación y Seguimiento con indicadores de calidad.

Sin embargo, tras su presentación institucional el 12 de Julio de 2013, no se puede todavía, dar información concreta, dado que se están analizando los registros. Se han incluido más de 600 casos. Y se aprecian oportunidades de mejora en los tiempos de atención y el escaso retorno de los pacientes a sus hospitales.

2. Papel de los Servicios de Emergencias

Dra. Mª José Fernández Campos

Directora Médico SUMMA 112

SUMMA 112 (Servicio de Urgencias Médicas de Madrid) tiene asignada la misión de la atención sanitaria a las Urgencias, Emergencias, Catástrofes y situaciones especiales, en la Comunidad Autónoma de Madrid. Además es el referente en la coordinación funcional entre los distintos niveles asistenciales, estando encargado de la gestión del transporte sanitario urgente y no urgente de la Comunidad. La Dra. Fernández Campos describió el papel de los servicios de emergencia en Madrid y en concreto el SUMMA en el Código IM. Así como el procedimiento operativo. Ya el ponente anterior enumeró en el apartado de análisis de situación la dotación del SUMMA 112:

- 32 UVI móviles
- 22 vehículos de intervención rápida
- 24 ambulancias asistenciales

- 48 unidades de asistencia domiciliaria
- 2 helicópteros
- 37 servicios de urgencias de atención primaria
- 1 centro de urgencias extrahospitalarias

La Dra. Fernández insistió en cómo lleva a cabo el procedimiento, presentando con imágenes de cada una de las situaciones:

- Detección precoz del caso
 - Asistencia in situ: 112
 - Centros Urgencias Extrahospitalarias/Centros de Salud/Hospital sin hemodinámica: 061
- Alerta hospitalaria y derivación de pacientes
- Traslado interhospitalario de casos
- Registro de datos

El factor principal, la identificación de un dolor de perfil isquémico en el pecho, en miembros superiores, o/y en espalda. Otro factor crítico de decisión es el tiempo de duración de los síntomas para decidir actuación según el esquema ya presentado. Y realizar ECG antes de 10 minutos e identificación correcta según:

- ECG normal pero dolor típico.
- ECG con depresión del ST.
- ECG con elevación del ST (IAMEST).

Y describió las acciones a las que conduce. Básicamente alerta hospitalaria al cardiólogo o hemodinamista de guardia mediante teléfono directo y derivación del paciente, según isocronas, pero “ésta no es una distribución homogénea, ni similar”.

Según palabras de la Dra. Fernández, “para el SUMMA el traslado interhospitalario según el Código IM, ha representado un reto logístico”, intentando mantener unos tiempos efectivos de respuesta: llamada-llegada, y un tiempo efectivo de traslado interhospitalario: llamada-finalización. Ver tabla siguiente:

		Prioridad	Tiempo de Respuesta
No urgente	→	Prioridad 2	>90 minutos
Urgente	→	Prioridad 1	60-90 minutos
De emergencia	→	Prioridad 0	0-30 minutos

Sin embargo, el retorno de pacientes a su centro de referencia que se contempla en el procedimiento ha sido muy escaso. Otro gran reto el registro de datos.

Como conclusiones, los aspectos positivos son:

- La integración de los servicios de emergencia en el grupo del Código IM.
- La mejora de los tiempos en los traslados interhospitalarios.
- El registro de datos.

Las áreas de mejora:

- Mejorar la derivación de pacientes.
- Mejorar el retorno de los pacientes.
- Dar cobertura a zonas con isocronas largas.

3. Manejo primario extrahospitalario del SCACEST: Fibrinólisis y Angioplastia Primaria

Dr. Ervigio Corral Torres

Subdirector General SAMUR-Protección Civil

SAMUR (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate) tiene como objetivo resolver rápida y eficazmente las emergencias sanitarias producidas en la vía y locales públicos dentro del término municipal de Madrid. Desde 1995 SAMUR se convirtió en SAMUR-Protección Civil y adquirió otras responsabilidades como el entrenamiento de 20.000 personas al año en primeros auxilios y la cobertura de servicios preventivos. Recogemos el resumen de la presentación del Dr. Corral que comienza con la exposición de otros antecedentes similares en nuestro país y el recordatorio de las primeras fibrinólisis extrahospitalarias realizadas en 1989.

Actualmente, la dotación del SAMUR, cuenta con:

- 32 unidades de soporte vital avanzado=UVI
- 64 unidades de soporte vital básico
- 4 equipos de control de calidad
- 21 bases operativas

Con la participación en el Código IM se extrapola el protocolo de SAMUR-protección civil al nuevo código, y se traslada la experiencia alcanzada con el Código Ictus. Se desarrolla una operativa basada en la coordinación directa con la unidad finalista, sin intermediarios. “En el SCAEST los equipos de emergencias debemos aportar”:

- La identificación precoz de la demanda: evitando los falsos negativos con protocolización.
- El envío del Soporte Vital Avanzado como recurso inicial.
- El diagnóstico ágil: con realización de ECG en el menor tiempo posible.
- El tratamiento inicial (antiagregación, analgesia, vasodilatación y otros)
- La realización de una terapia de reperfusión precoz (ver tabla siguiente) bien con fibrinólisis vs angioplastia primaria.

Tiempos	CÓDIGO IM	Registro Fibrinólisis SMUR
De síntomas hasta llegada de ambulancia	25 minutos y 4 segundos	45 minutos y 21 segundos
De llegada de ambulancia hasta fibrinólisis	28 minutos	32 minutos y 38 segundos

- El manejo de las complicaciones en el traslado.

- La coordinación con la unidad final del tratamiento definitivo: comunicación directa con el cardiólogo de la unidad coronaria (UC), ingreso directo en UC o en sala de hemodinámica y seguimiento posterior del paciente.

4. Experiencia de un hospital terciario

Dr. Francisco Fernández-Avilés

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

En el resumen del Dr. Fernández Avilés pone de manifiesto la experiencia y la del servicio de cardiología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, en la atención al infarto de miocardio. Defiende una aproximación integrada para atender a pacientes después de la fase precoz del IAMEST (Pedro L. Sánchez y Francisco Fernández-Avilés, en *Evidence-Based Cardiology*. 3rd Edition. Yusuf S, Gersh B et al). También expone un esquema de atención al IAMEST en tiempos en un centro que dispone de angioplastia primaria o no disponible en las guías de práctica clínica. Igualmente, repasa el esquema de organización asistencial en el Código IM.

El Dr. Fernández Avilés repasó los resultados de una fase piloto que se llevó a cabo con la zona sureste de Madrid, que contaba con el Hospital Gregorio Marañón (área de 321.879 habitantes) y dos hospitales generales sin cardiología intervencionista: Hospital U. Infanta Leonor de Vallecas (288.435 habitantes) y el Hospital del Sureste de Arganda (157.522 habitantes). Un total de 767.863 tarjetas sanitarias. Esta fase piloto de Enero-Mayo 2013 contó con 156 pacientes y se presenta junto a la fase de Código IM de Julio a Octubre de 2013 en la que han atendido a 83 pacientes. Los resultados conjuntos de los 239 pacientes se pueden revisar en la siguiente tabla:

Variables	Resultados Fase piloto Código IM Más de Junio a Octubre de Código IM
Inicio	Enero-Mayo 2013 + Junio- Octubre 2013
Nº incluidos	239 pacientes
Primer contacto médico	
SUMMA/SAMUR	76,1%
Acceso directo al Hospital Angioplastia Primaria	21,3%
Otras	2,5%
Tipo de Reperusión	
Angioplastia Primaria	93,7%
Postlisis	6,3%
Tiempos de traslados a su hospital de referencia	Entre 0 y 1 día
Del Hospital Gregorio Marañón	92,8%

La trayectoria y la implicación de todos los miembros del Servicio de Cardiología ha resultado fundamental para realizar la mejor atención a los pacientes, con la mejor coordinación con los servicios de emergencias extrahospitalarias y con los centros hospitalarios que no disponen de angioplastia primaria.

5. Los MIR en el Código Infarto: problemas prácticos

Dr. Alfonso Jurado Román

Cardiólogo formado como residente en el Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

El Dr. Jurado presenta la experiencia del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, desde el comienzo del Código IM. Ver tabla siguiente:

Variables	Resultados Fase piloto Código IM
Varones	76,3%
Edad	61 años (34-91)
En horario de trabajo	16,9%
Primer contacto médico	
Hospital Angioplastia Primaria	32,3%
Hospital sin angioplastia primaria	25,4%
Servicio de emergencias	33,9%
Atención Primaria	8,5%
Diagnóstico final de infarto agudo de miocardio	86,4%
TIMI 3 inicial	28,8%
Tipo de Reperusión	
Hospital Angioplastia Primaria	98,3%
Fibrinolisis	1,7%
ACTP de rescate	1,7%
Permanecen en el Hospital 12 de Octubre	77,6%
Regreso al hospital de referencia	22,4%
Acceso radial	92%
Uso IIb/IIIa	61%
Tromboaspiración	73%
DES	54%
Enfermedad multivazo y segundo tiempo	32,2%

El ponente describió los problemas prácticos que han identificado en su centro:

1. Diagnósticos dudosos

2. Derivación a un Hospital distinto al más cercano
3. Problemas para calcular los tiempos de llegada para liberar las salas de hemodinámica
4. Registro de tiempos (formato hoja verde)
 - a. Retraso paciente: entre el inicio del dolor y el primer contacto médico
 - b. Retraso en urgencias: puerta-balón
 - c. Desde que llega a la sala de hemodinámica a la reperfusión (este tiempo es similar a la época anterior al código IM).
5. Traslado al hospital de referencia. Circuito de retorno

Tras repasar estos puntos y poner ejemplos concretos de casos de pacientes, en conclusión:

- Seguimos haciendo razonablemente bien las cosas: angioplastia primaria.
- El Código IM ha supuesto una mejora en la atención:
 - Mejores tiempos si el paciente no acude directamente
 - Más rápido diagnóstico
 - Más rápida reperfusión, directos a la sala de hemodinámica
- Se puede mejorar
 - El retraso del paciente en tiempo hasta el primer contacto médico
 - En el diagnóstico con ECG teletransmitido
 - En el cálculo y registro de tiempos
 - En los traslados:
 - Al hospital más cercano
 - Afinar tiempos/distancias: preparación de medios/personal
 - Definir mejor los criterios de retorno: segundos tiempos
 - Tiempos de espera en retorno al hospital de referencia ¿sería útil que la UVI móvil espere?

6. Experiencia en otras Comunidades/Red CORECAM

Dr. José Moreu Burgos

Director del Laboratorio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo.

El Dr. Moreu presentó la experiencia de la Comunidad Castilla-La Mancha (CLM) en la atención al infarto de miocardio. Repasa los antecedentes y la estrategia CORECAM (Código de Reperfusión Coronaria de Castilla-La Mancha).

Se presenta:

- La incidencia de Síndrome Coronario Agudo: 115 – 130 casos/100.000 habitantes, en un repaso de 2008 a 2011, con el porcentaje de IAMEST.

- La historia de la reperfusión coronaria en CLM: en 1989 Ciudad Real se hace la primera fibrinólisis extrahospitalaria de CLM y la segunda de España.

CORECAM 2012: es un procedimiento asistencial, regional en red, transversal y coordinado que pretende garantizar a los ciudadanos el acceso a una estrategia de reperfusión coronaria en caso de Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST), esté donde esté y sea cual fuese su acceso al sistema de Salud.

Ámbito Geodemográfico:

Superficie	79.462 Km ²	3ª de España
Población	2.115.334 habitantes	9ª de España
Densidad de Población	26,6 habitantes/Km ²	La última, 11,3% de la población de España

Como procedimiento en red, se han definido y acordado:

- Las áreas geográficas de responsabilidad.
- Los protocolos basados en la estratificación del riesgo, son compartidos.
- Los trasportes sanitarios en medios capacitados.
- El diagnóstico prehospitalario del IAMEST y traslado a hospitales con angioplastia primaria en tiempos recomendados.
- Al llegar al hospital, el paciente va directamente a la sala de hemodinámica, evitando el paso por urgencias.
- Los pacientes que llegan a un hospital sin angioplastia primaria deben de atenderse en tiempo y forma. Confirmado el diagnóstico de SCACEST, continuar traslado a un hospital con angioplastia primaria.

Los recursos:

- Equipos de atención Primaria y 182 puntos de atención continuada.
- Gerencias de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario
 - Centro Coordinador de Urgencias
 - 25 Unidades Móviles de Emergencias: UVI móvil
 - 4 Helicópteros Sanitarios (2 de ellos 24 horas)
 - 133 ambulancias de urgencias con desfibrilador semiautomático
 - 230 helipuertos de emergencia (130 aptos para uso nocturno, incluyendo todos los hospitales)
- Recursos Hospitalarios
 - 4 salas de hemodinámica 24 horas (Albacete, Ciudad Real, Toledo y Guadalajara) con guardias localizadas.
 - 6 UVIs móviles para traslado interhospitalario

En la tabla siguiente se recogen las áreas – isocronas para alcanzar el objetivo: tiempo ECG – puerta hospital con angioplastia primaria < 90 minutos.

Transporte Sanitario	Actuación / Tiempos
Terrestre primario	Asistencia, diagnóstico, activación: < 20 minutos
	Transporte, conducción, transferencia: 70 minutos
Terrestre Interhospitalario	Movilización, asistencia: < 10 minutos
	Transferencia: < 10 minutos
	Transporte, conducción, transferencia: 70 minutos
Aéreo Primario	Asistencia, diagnóstico, activación: < 20 minutos
	Transporte, vuelo: 50-60 minutos
	Transferencia: 10-20 minutos
Aéreo Diferido	Movilización, vuelo, transferencia: < 40 minutos
	Transporte, vuelo: 30-40 minutos
	Transferencia: 10-20 minutos

Además, el Dr. Moreu presentó los criterios de inclusión, el procedimiento en atención primaria, en unidades medicalizadas y hospitales.

La información trasladada a la población para sensibilizar, mostrando que “un infarto no puede esperar”, es:

- Conoce los síntomas
- Los segundos cuentan
- Llama al 112
- Recibe tratamiento.

7. Coloquio y Conclusiones con los Ponentes y un Panel de Expertos en el Código Infarto de varios hospitales de la Comunidad de Madrid.

La finalizar las presentaciones, se estableció un turno de reflexiones entre un panel de asistentes expertos y los ponentes. El moderador, fue dando el turno de palabra a cada uno de ellos.

- Dr. Agustín Albarrán (Hospital Doce de Octubre)
- Dr. Roberto Martín (Fundación Jiménez Díaz)
- Dr. Rodrigo Teijeiro (Hospital de Torrejón)
- Dra. Teresa Bastante (Hospital de la Princesa)
- Dr. Roberto del Castillo (Fundación Hospital Alcorcón)
- Dr. Ignacio Rada (Hospital de la Defensa Gómez Ulla)
- Dr. David Martí (Hospital de la Defensa Gómez Ulla)
- Dr. Ramón Bover (Hospital Clínico San Carlos)

En el coloquio se trataron fundamentalmente, gran número de aspectos positivos como la integración multinivel de los servicios asistenciales (atención primaria, hospitales y servicios de emergencia) y el registro de datos aún en fase de análisis.

Las áreas de mejora:

- Mejorar la derivación de pacientes.
- Mejorar el retorno de los pacientes.
- Dar cobertura a zonas con isocronas largas.
- Disminuir los tiempos hasta angioplastia en el caso de que el paciente con IAMEST acuda a su centro de salud o a hospitales sin angioplastia primaria.

Los temas más debatidos fueron:

- El problema no resuelto de la vuelta de los pacientes a su hospital de referencia.
- La incorporación de nuevos centros que realizan angioplastia primaria pero no se han incluido en los actuales 9 hospitales con angioplastia primaria del Código IM.



ENTIDADES COLABORADORAS

