



Mejorando la atención inmediata al IAMceST

Datos del registro BIHOTZEZ (RB1)

(octubre 2012 – abril 2013)

José Ramón Rumoroso, Karlos Ibarguren, Roberto Blanco, Koldobika García, Mariano Larman, Abel Andrés, Gabriel Hernando, Pedro Morondo, Patxi Xabier Mancisidor, Jose Jesús Artachevarría, Angel Castañeda y Ángel Loma-Osorio

Punto de Partida en la CAPV

- Un dispositivo de emergencias y transporte desplegado de modo homogéneo e integrado en la asistencia.
- Densidad de hospitales con ICP 1ª (5 unidades para una población aproximada de 2.200.000 habitantes)
- Elevada ratio Hosps. con ICP/Hosps. comarcales (5/7)
- Una red en Álava desde 2005 con un sistema de información consolidado y protocolos compartidos
- Una red en Guipúzcoa desde 2007 con protocolos comunes asumidos pero sin un sistema de información implantado.
- Una práctica en Vizcaya desarrollada autónomamente por cada centro con ICP, con poca coordinación entre ellos, valorada como aceptable, pero sin un registro estable.

Puesta en marcha del proyecto

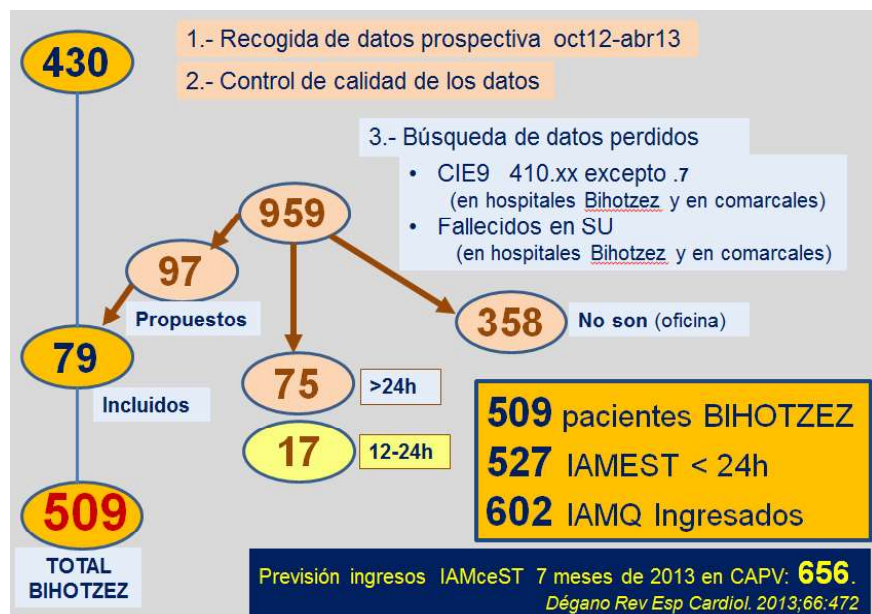
En Mayo 2012 se reunió por primera vez un grupo de trabajo y reflexión (representantes de servicios de Hemodinámica, Cardiología y Medicina Intensiva, junto con Emergentziak).

Este grupo, que se constituyó como comité promotor de la red, estableció su voluntad de convergencia: Acordó avanzar hasta constituirse en una red asistencial con protocolos y procedimientos operativos explícitos, puestos en común, asumidos por toda la red, coordinados y sometidos a revisión periódica.

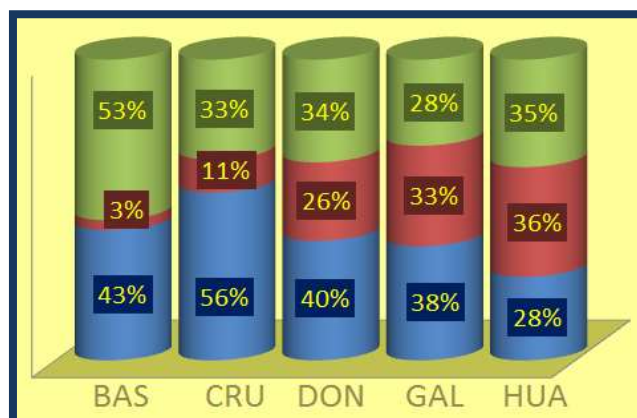
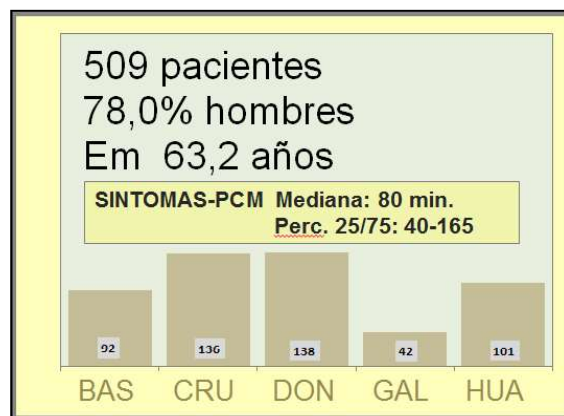
PRIMERA DECISION: Poner en marcha **registro temporal de pacientes con IAMceST** cuyo análisis nos permita fijar un punto de partida, hacer valoraciones y fijar estrategias basándonos en nuestros propios datos.

Se acordó denominar al proyecto **BIHOTZEZ (Acrónimo de Bihotzeko Infartuaren Euskal Sarea)** y desarrollarlo por impulso de su comité promotor hasta un punto en que se considere suficientemente madurado para proponer a la Dirección General de Osakidetza que lo adopte y lo convierta en un programa institucional.

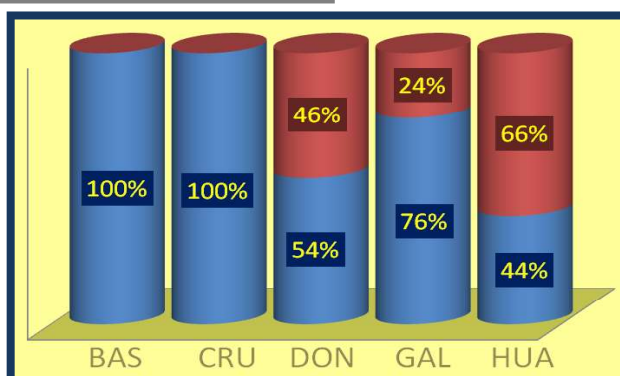
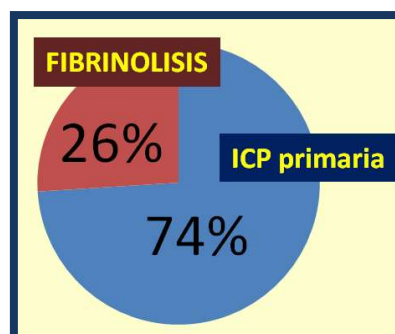
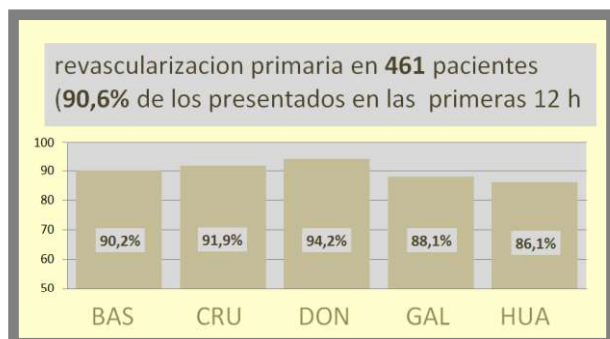
El registro temporal oct12-abr13



Presentación de los pacientes



Revascularización primaria



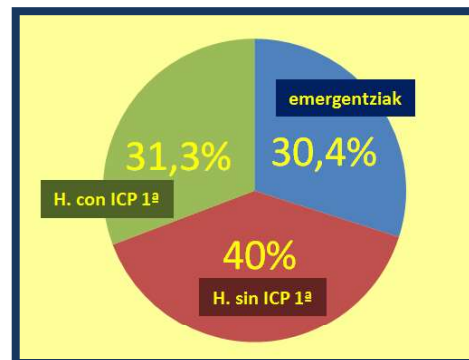
No revascularizados	
IAMEST 1 ^{as} 24h	527
No revascularizados	65
%	12,3%

Por retraso	17
% no revasc	26,2%
Reperf espontanea	7
% de no revasc	10,8%
Edad/estado Biolog.	14
% no revasc	21,5%
Por otros motivos	27
% revasc	41,5%

Fibrinolis

	DON	GAL	HUA	Total
Casos Bihotzez	138	42	101	509
fibrinolis	60	9	49	115
%	41,3%	21,4%	48,5%	22,6%
FBR enPCM	53	6	45	104
% de FBR	88,3%	66,7%	91,8%	90,4%

PCM-AGUJA	DON	GAL	HUA	Total
Mediana	33	53	31	33
percentil 25	21	36	20	21,5
percentil 75	50	139	49	50
PCM-ag.<30	49,1%	11,1%	49,0%	46,1%



SINTOMAS-AGUJA
107 min [75-170]

ICP tras fibrinolis

Procedimiento de rescate:

60 pacientes (52,5%)

✓ Retraso:

165 min (136-207)

✓ Flujo TIMI 2-3 inicial:

34 (57%)

✓ Mortalidad 30 d.

5,0%

Procedimiento diferido:

55 pacientes (47,0%)

✓ Retraso:

42 h (24-67)

✓ Flujo TIMI 2-3 inicial:

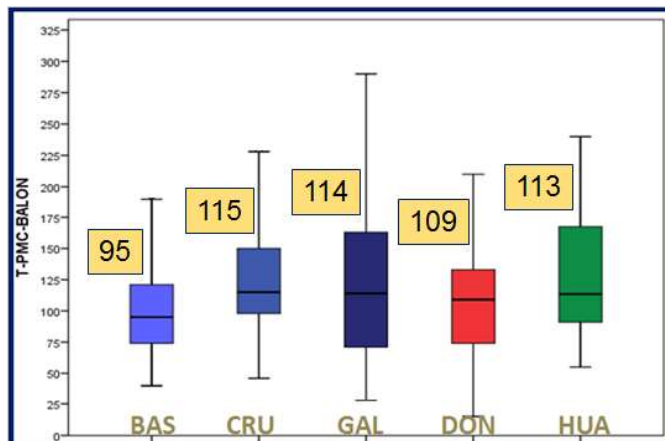
50 (90,9%)

✓ Mortalidad 30 d.

0,0%

ICP primaria

	Total	BAS	CRU	GAL	DON	HUA
Bihotzez	509	92	136	42	138	101
ICP 1ª	344	83	125	28	70	38
%	67,6%	90,2%	91,9%	66,7%	50,7%	37,6%



PCM-BALON
110 min [83-145]

%<120min.	60,2%	74,7%	52,8%	53,6%	62,9%	52,6%
P-B< 60min	43,0%	48,2%	34,4%	57,1%	52,9%	31,6%

Supervivencia. Datos del ingreso

IAM Anterior	43,6%
Killip IV	9,6%
FV	8,6%
ACV	1,2%

CNG En el Ingreso	95,9%
TCI	1,5%
DA	41,9%
CX	16,0%
CD	40,6%

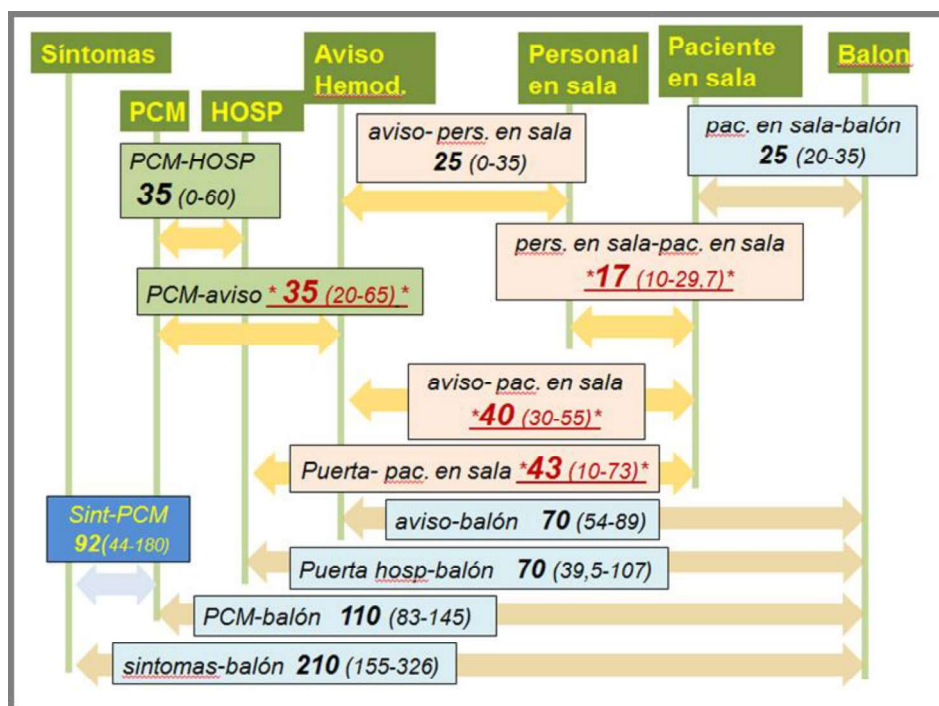
Revasc. Completa	75,0%
Revasc. Quirurgica	1,4%
Duración ingreso	7,6d ± 5,8

Mortalidad 30 dias	8,1%
Mortalidad 180 dias	10,4%
Mort. 30d NO revasc.	15,6%
Mort. 30d revasc.	7,0%
Mort. 30d ICP 1ª	8,5%
Mort. 30d FBR	2,6%
Mort. 30d FBR+Rescate	5,0%

Influencia del itinerario en el resultado

Hosp sin ICP		TOTAL Bihotzez	214		EMERGENTZIAK 42,0%
112			% de Bihotzez		
% de Bihotzez		22,0%			
REVASC 1ª		90,6% 67,6% 23,2% 74-26	95,3%		REVASC 1ª 73,4% 22,0% 77-23
ICP			45,5%		
FRB			41,1%		
Rel. ICP-FRB			53-47		
DIDO mediana		90,0 64,0 118,0	90,0		
DIDO percent 25			64,0		
DIDO Percent. 75 .			118,0		
PMC-ICP mediana		110,0 83,0 145,0	106,0		PMC-ICP mediana 85,0 140,0
percentil 25			120,0		
percentil 75			221,3		
PCM-FBR mediana		33,0 21,0 50,0	30/25		PCM-FBR mediana 20,0 49,0
percentil 25			27,8		
percentil 75			59,0		

Análisis fraccionado tiempos



Tres conclusiones / reflexiones

Aunque no existe en la CAPV un dispositivo organizativo estructurado de iniciativa institucional para el manejo del IAMceST los resultados de la asistencia son comparables o mejores que los de algunos programas existentes.

- Alta tasa de revascularización
- Alta tasa de ICP 1ª. Angiografía en el ingreso universal
- Retrasos mejorables pero no peores que los descritos en redes del entorno.
- Cumplimiento de protocolos acordes con las guías
- Red extrahospitalaria de emergencias y transporte eficaz e integrada

Es asumible la heterogeneidad en las estrategias reperusión pero la practica muestra un claro margen de mejora. Se beneficiará de un sistema de información y procedimientos de mejora comunes, estructurados y transparentes

El proceso puede ganar en eficacia y sostenibilidad se implica formalmente Osakidetza y el Departamento de Salud. Sin embargo la iniciativa y el control del programa por profesionales expertos es un valor que debe aprovecharse.