

EVALUACION DE LOS TIEMPOS EN LA TERAPIA DE REPERFUSION. ANALISIS DE SUS DIFERENTES COMPONENTES PARA IDENTIFICAR BARRERAS

MEHEUECH, Pablo; CHERRO Alejandro; BIAGIONI Corina; Descalzo
Amalia; ZULITA Germán; SAGER Fabio ; ZARATE Carmen
Hospital Regional de Río Gallegos



Introducción

- El tratamiento de reperfusión miocárdica mediante angioplastia primaria o tratamiento fibrinolítico ha demostrado reducir la mortalidad en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), con impacto pronóstico inversamente proporcional a las demoras en su implementación.
- La mayoría de los registros nacionales e internacionales muestran tiempos de atención prolongados en relación a lo establecido por las guías de práctica clínica.



Objetivo

- El objetivo del presente estudio fue analizar los distintos componentes en las demoras de atención del IAMCEST en nuestra red, como paso inicial para identificar barreras y mejorar los tiempos a la reperfusión.

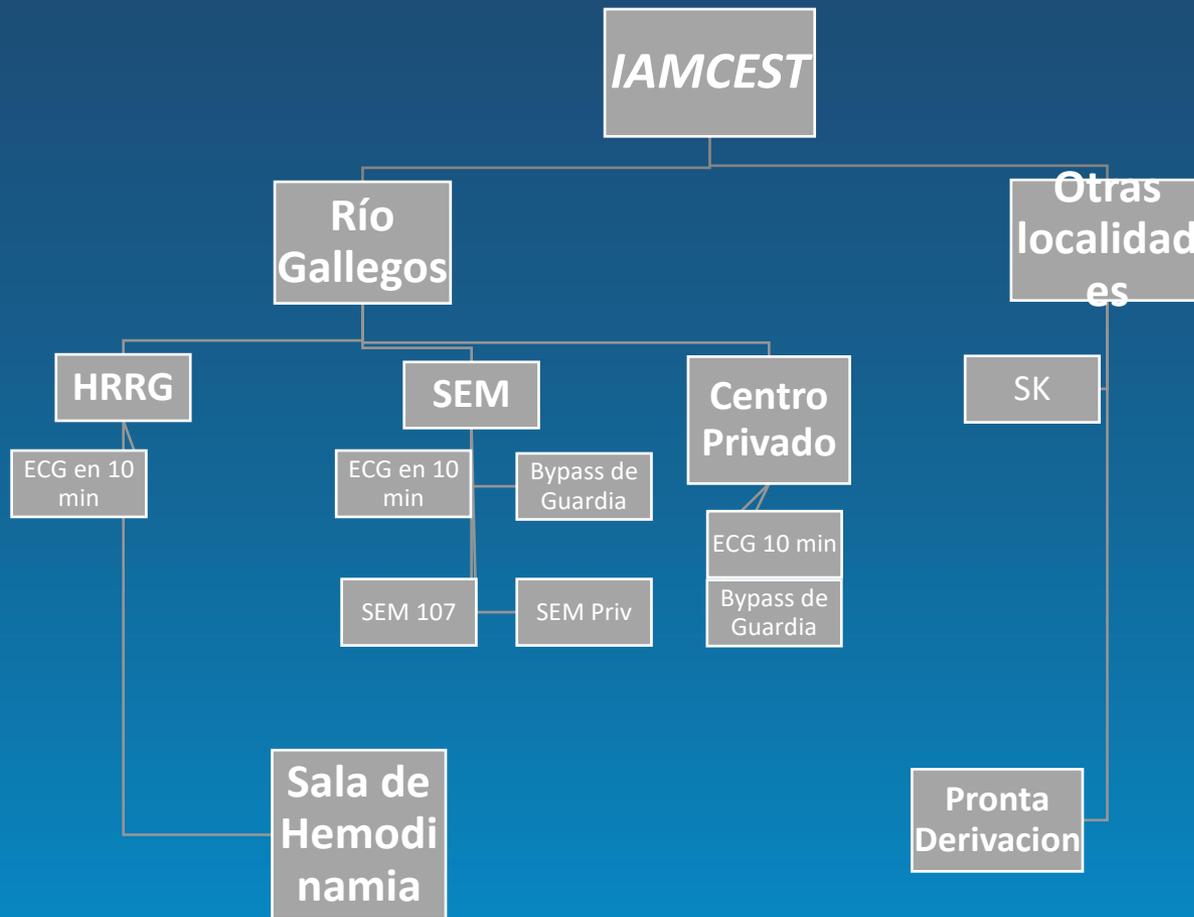


Material y métodos

- Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, único centro, de pacientes consecutivos atendidos en el Hospital Regional de Río Gallegos (HRRG) con diagnóstico de IAMCEST desde octubre del 2015 hasta julio del 2021



Red de infarto de Santa Cruz



Resultados

- Se analizaron 126 pacientes.
- La demora del paciente fue de 90 minutos (rango intercuartil: 40-197 min).
- El tiempo primer contacto medico-electrocardiograma (PCM-ECG) fue de 10 min(9-20 min).
- El tiempo ECG-Llegada a hemodinamia fue de 60 min (30-87min).
- El tiempo Hemo-cuerda fue de 29 min (22-40 min).
- La demora medico-asistencial (DMA) fue de 120 min (87-180 min).
- El tiempo puerta balón (TPB) fue de 92 min (67-132 min) y el tiempo total de isquemia fue de 232 min (155-435 min).



Resultados

- El porcentaje de bypass de guardia en los pacientes derivados fue del 20 % (IC 95 %:10-35 %) y este grupo de pacientes presentó el menor TPB, 30 min (24-30 min).
- Por parte del servicio de emergencias (SEM) el porcentaje de realización de ECG pre-hospitalario fue del 46 % (25-67 %) pero el porcentaje de diagnóstico pre-hospitalario del 8 % (1-27 %), con realización de pre-activación para el grupo de pacientes derivados del 30 % (13-44%).



Tiempos de demora



Lugar de PCM	Demora paciente min (RIC)	DMA min (RIC)	TTI min (RIC)	TPB min (RIC)	PCM-ECG min (RIC)	ECG-Llegada HEMO min (RIC)	HEMO-CUERDA min (RIC)
Total (n 126)	90 (40-197)	120 (87-180)	232 (155-435)	92 (67-132)	10 (9-20)	60 (30-87)	29 (22-40)
HRRG	106 (50-240)	106 (85-153)	232 (152-387)	109 (85-163)	10 (8-11)	69 (45-100)	30 (20-240)
SEM 107	65 (30-145)	122 (97-147)	210 (145-232)	100 (69-132)	30 (25-40)	43 (35-50)	36 (25-70)
SEM PRIV	60 (30-105)	144 (110-205)	210 (175-195)	90 (66-105)	15 (9-28)	89 (60-110)	25 (20-35)
Centro sin HD	80 (40-240)	134 (100-275)	295 (194-487)	65 (30-79)	10 (5-15)	95 (62-225)	30 (24-40)
Otras localidades	90 (45-300)	139 (45-450)	380 (180-600)	75 (38-144)			

Tiempos de demora



	BYPASS GUARDIA	Diagnostico Pre-hospitalario (SEM)	ECG Pre-hospitalario (SEM)
Total (n 126)	20%	8%	46%
SEM 107	0%	0%	0%
SEM PRIV	11%	11%	61%
Centro sin HD	35%		



Conclusiones

- Los tiempos de atención en el IAMCEST son prolongados en relación a las recomendaciones de las guías.
- La demora médico-asistencial es mayor que la demora del paciente.
- Los mayores retrasos se producen luego de la realización del ECG hasta la llegada a la sala de hemodinamia.



Conclusiones

- En los pacientes derivados se objetiva un bajo porcentaje de realización de ECG pre-hospitalario, de diagnóstico pre-hospitalario, de pre-activación y de bypass de guardia, todos los cuales aumentan las demoras del sistema médico.

