

RED INTEGRADA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. RESULTADOS INICIALES E IMPACTO EN MORTALIDAD.

Congreso Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista.

SOLACI 2017.

Agosto 2017, Buenos Aires. Argentina.

Autores: Cristian Calenta, Martín Najenson, Lucas Mas, Lucas Arias, Marcelo Marino, Gonzalo Beristain, Adrian Pafundi, Pedro Zangroniz.

Servicio de Hemodinamia y Cardioangiología Intervencionista. Hospital Provincial del Centenario Rosario.

Objetivos: 1) Determinar el impacto de una Red Integrada (RI) de los Hospitales Públicos de la ciudad para el acceso a la Intervención Coronaria Percutánea primaria (ICPp) en cuanto a volumen y tiempos de actuación; 2) Analizar el perfil clínico y; 3) Analizar la mortalidad comparado con un período previo de atención sin RI.

Material y Métodos: Evaluación retrospectiva de pacientes (p) con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST que recibieron ICPp. Se evaluaron dos grupos (G) de p; G1: desde 1/11/13 al 31/10/14 (Período Pre-RI) y, G2: desde 1/11/14 al 31/10/15 (Período RI). Analizamos variables clínicas, angiográficas, los tiempos de actuación, la mortalidad intrahospitalaria y al año de seguimiento en ambos G y se los comparó entre sí. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desvío standard y se compararon mediante test de la t de Student. Los tiempos se expresan en medianas y se compararon mediante prueba de rangos de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 66 p en el G1 y 165 p en el G2. Edad promedio: 54,23 años \pm 6,9 (40-75 años) vs 57,4 \pm 8,2 (28-66 años) respectivamente (p= ns). No hubo diferencias significativas en los factores de riesgo y antecedentes cardiológicos. Infartos de localización anterior: 36,3% vs 48,4% (p=0.09; OR 0.607, IC 95% 0.338 – 1.092). Killip y Kimball (KK) D: 3,03% vs 10,9% respectivamente (p= 0.054; OR 0.255, IC 95% 0.058 - 1.132). El tiempo transcurrido desde el 1º contacto médico a la apertura de la arteria ("tiempo del sistema") fue 244 min en el G1 vs 175 min en el G2 (p=<0.001). Se registró una disminución en el "tiempo de

isquemia total” de 89 min (359 min en el G1 vs 270 min en el G2, $p < 0.001$). Mortalidad intrahospitalaria: 3,03% en el G1 vs 5,45% en el G2 ($p = 0.43$; OR 0.542, IC 95% 0.114 - 2.577); excluyendo el KKD: 1,5 % vs 0,8 % ($p = ns$). Al año de seguimiento la mortalidad total fue de 6,25% vs 1,92% ($p = 0.096$; OR 3,400, IC 95% 0,739 - 15,646) y la mortalidad cardiovascular 6,25% vs 1,28 ($p = 0.039$; OR 5.133, IC 95% 0.916 – 28.765).

Conclusiones: 1) Una Red Integrada logró incrementar el volumen de ICPp, con reducción en los tiempos de actuación. 2) Los p de este período presentaron peor perfil clínico. 3) No hubo diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria, pero sí un descenso significativo en la mortalidad cardiovascular durante el seguimiento al año.

Tercera Sesión Plenaria. Diciembre 2017. Organizado por la Sociedad de Cardiología de Rosario.

DEMORA DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST PARA ACCEDER AL PRIMER CONTACTO MÉDICO. IMPACTO EN EL TIEMPO DE ISQUEMIA TOTAL. VARIABLES PREDICTORAS.

Autores: Zangroniz, Pedro; Calenta, Cristian; Najenson Martín; Arias Lucas

en representación de G.I.T.MU.PRO-IAM. Grupo Integrado de Trabajo Municipal - Provincial para el tratamiento del IAM.

Servicio de Hemodinamia y Cardioangiología Intervencionista, Hospital Provincial del Centenario Rosario.

Introducción: 1) Son pocos los datos sobre factores que condicionan el retraso desde el comienzo de síntomas hasta el “Primer Contacto Médico” (PCM) en pacientes (p) con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Estudios previos han demostrado que variables demográficas, clínicas y socioeconómicas entre otras pueden asociarse con el retraso del p. 2) Conocer los factores que influyen en dicho retraso en nuestra población puede ser importante para diseñar estrategias con el fin de acortar el tiempo de acceso al sistema de salud para la Intervención Coronaria Percutánea primaria (ICPp)

Objetivos: 1) Determinar variables de los p con IAMCEST que se asocian con mayor retraso desde el comienzo de síntomas hasta el PCM; 2) determinar el impacto de la “Demora del paciente” en el “Tiempo de Isquemia total” y en la mortalidad hospitalaria comparado con aquellos p con menor retraso. 3) Identificar predictores que se asocian en nuestra población a una mayor demora en acceder al PCM.

Material y Métodos: Evaluación retrospectiva de p con IAMCEST que recibieron ICPp desde el 01/01/2015 al 30/12/2016. Se calculó la mediana del “Tiempo del paciente” (definido desde el comienzo de síntomas hasta el PCM) en la población total y se dividió a los p en dos grupos (G); G1: p con menor retraso (\leq a la mediana) y, G2: p con mayor retraso ($>$ a la mediana). Analizamos variables demográficas, clínicas, angiográficas, tiempos de actuación, mortalidad intrahospitalaria en ambos G y se los comparó entre sí. Variables cualitativas se presentan con su distribución de

frecuencias. Variables cuantitativas se expresan como media \pm desvío standard. Los tiempos se expresan en medianas y se compararon mediante prueba de rangos de Mann-Whitney. Se identificaron a través de un análisis univariado predictores de mayor retraso del "Tiempo del paciente".

Resultados: 364 pacientes recibieron ICPp durante el período analizado. La mediana del "Tiempo del paciente" fue de 78 minutos. G1: retraso paciente \leq a 78 min (182 p) y G2: retraso paciente $>$ 78 min (182 p). Edad promedio: 55,5 años \pm 6,9 (32-82 años) vs 54,88 \pm 8,2 (28-82 años) respectivamente (p= ns). Sexo femenino: 12,63% del G1 vs 16,48% del G2 (p= ns); diabéticos: 20,32% vs 22,52 % (p= ns); Killip y Kimball A: 70,32% vs 75,2% (p=ns). Trombo angiográfico: 83,17% vs 83,8% (p=ns), siendo grado 4-5 de la escala TIMI en el 43,8% vs 52,56% respectivamente (p=ns).

Lugar del PCM: se registró una mayor proporción de p que acudieron directamente a centros de salud (con o sin capacidad de ICPp) en el G2 (81,86% vs 89,56% p= 0.035; OR 0.526, IC 95% 0.287 - 0.965).

El "Tiempo de Isquemia total" fue de 190 min en el G1 y 370 min en el G2 (p=0.001). Mortalidad cardíaca intrahospitalaria: 3,85% vs 4,40% (p= 0.792; OR 0.870, IC 95% 0.309 - 2.451). Sólo acceder al PCM en un centro asistencial y no solicitar un sistema de ambulancias fue predictor en nuestra población de mayor demora en el "Tiempo del paciente" (p=0.03; OR 1.900, IC 95% 1.036 - 0.965).

Conclusiones: 1) En el G con mayor demora se registró un mayor y significativo porcentaje de p que por sus propios medios concurren a un centro asistencial para acceder al PCM y, 2) presentaron significativamente mayor "Tiempo de Isquemia total" comparado con los p con menor retraso. No se registraron diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria entre ambos grupos. 3) En nuestra población, tener el PCM en un centro asistencial fue predictor de mayor retraso en el "Tiempo del paciente".

Jornadas Científicas y Gremiales CACI. Salta. Diciembre 2017. Organizado por el Colegio Argentino de Cardioangiólogos intervencionistas. Sesión e-posters

“RED DE ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN ROSARIO. EVALUACIÓN DEL 2° AÑO”.

Autores: Arias Lucas; Zangroniz, Pedro; Najenson Martín; Calenta, Cristian, en representación de G.I.T.MU.PRO-IAM. Grupo Integrado de Trabajo Municipal - Provincial para el tratamiento del IAM.Servicio de Hemodinamia y Cardioangiología Intervencionista, Hospital Provincial del Centenario Rosario.

Introducción: La cardiopatía isquémica es tanto la primer causa de mortalidad como de años de vida perdidos en el mundo y Argentina. El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) es la forma de presentación más letal. Pero su mortalidad puede disminuirse sensiblemente con un tratamiento precoz y eficaz. La intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) es el mejor tratamiento, y la organización de redes de atención para facilitar el acceso de la población es la mejor estrategia. En Rosario se organizó una red de atención entre los hospitales públicos que en su primer año aumentó el acceso de la población a la ICPp y disminuyó las demoras del sistema de salud en la atención y el tratamiento del IAMCEST.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, de cohorte, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron todos los IAMCEST derivados dentro de las 24 hs del comienzo de los síntomas, desde la zona de cobertura de la red (demora esperada para realizar ICPp<120 min), desde el 1° de noviembre de 2014 al 31 de octubre de 2016. Se dividió a los pacientes en tres grupos: Pre-red, conformado por los pacientes del último año previo a la creación de la red; Red 1, pacientes del primer año de la red; Red 2, pacientes del segundo año de la red. Se evaluaron características clínicas y procedimentales, los tiempos de actuación, la mortalidad intrahospitalaria y al año.

Resultados: Se realizaron 337 ICPp dentro del área de referencia. 72 en el grupo Pre-red, 146 en Red 1 y 119 en Red 2. Hubo más pacientes Killip Kimball A en el grupo Pre-red respecto de Red 2, a pesar de lo cual no hubo aumento en la mortalidad intrahospitalaria ni al año. Se redujeron todos los tiempos de actuación respecto del

período Pre-red. En el grupo Red 2 se disminuyeron los tiempos del sistema y de isquemia respecto del grupo Red 1. Excluyendo a los pacientes Killip Kimball D se redujo la mortalidad al año en los pacientes de los grupos de la red (13,6% vs 1,6% y 3,9%, Pre-red, Red 1 y Red 2, respectivamente).

Conclusión: La organización en red de la atención de los IAMCEST en Rosario permitió aumentar el acceso de la población a la ICPp de forma sostenida, con una disminución progresiva de los tiempos de actuación reduciendo la mortalidad al año, estratificada por riesgo.