



Mortalidad del IAMCEST en la Argentina y en el mundo.

¿En qué situación estamos?

Experiencia preliminar del registro continuo

Dr. Juan Gagliardi

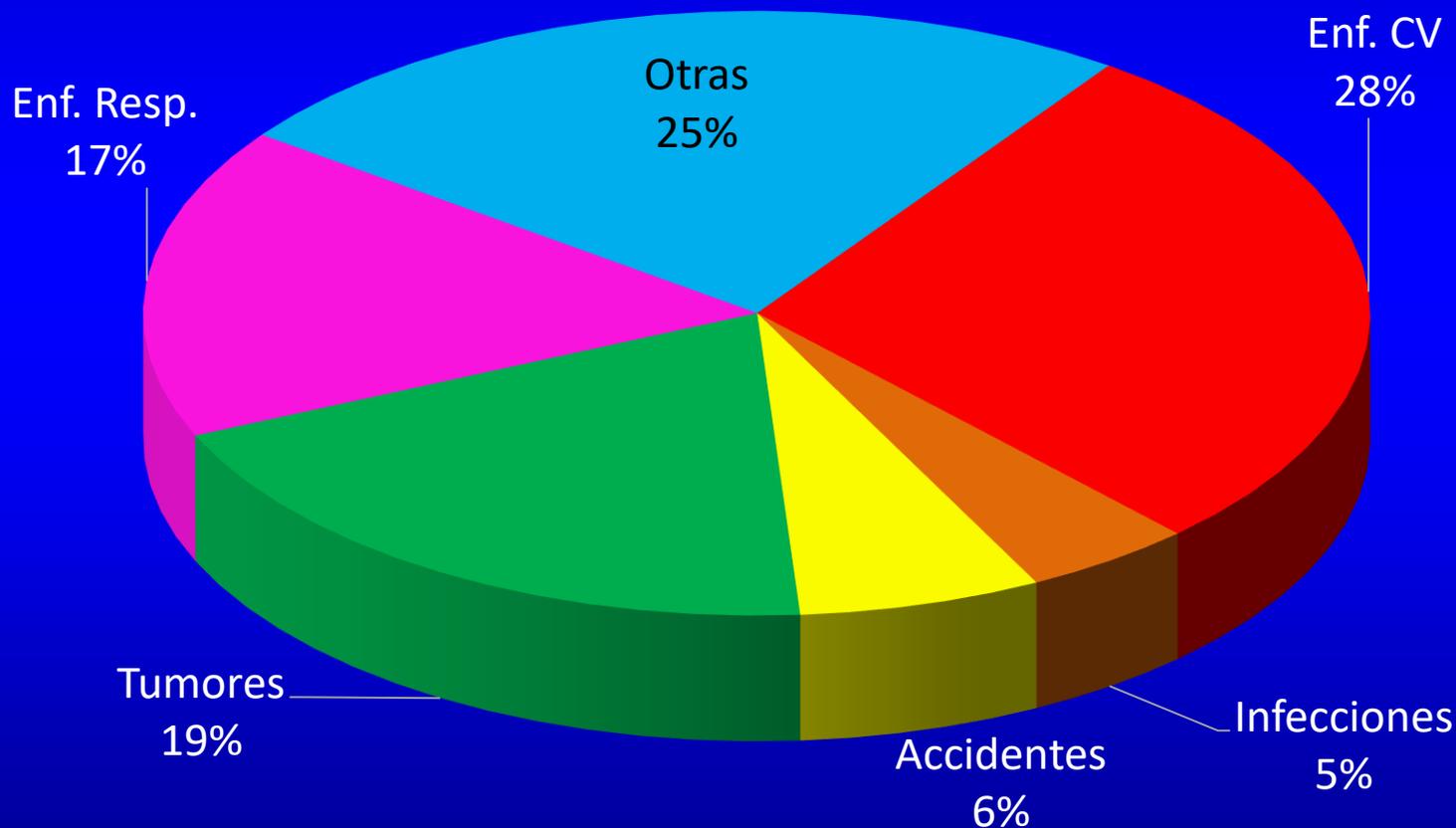
Jefe División Cardiología Htal. Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich

Director ARGEN-IAM-ST

Congreso SAC 2017

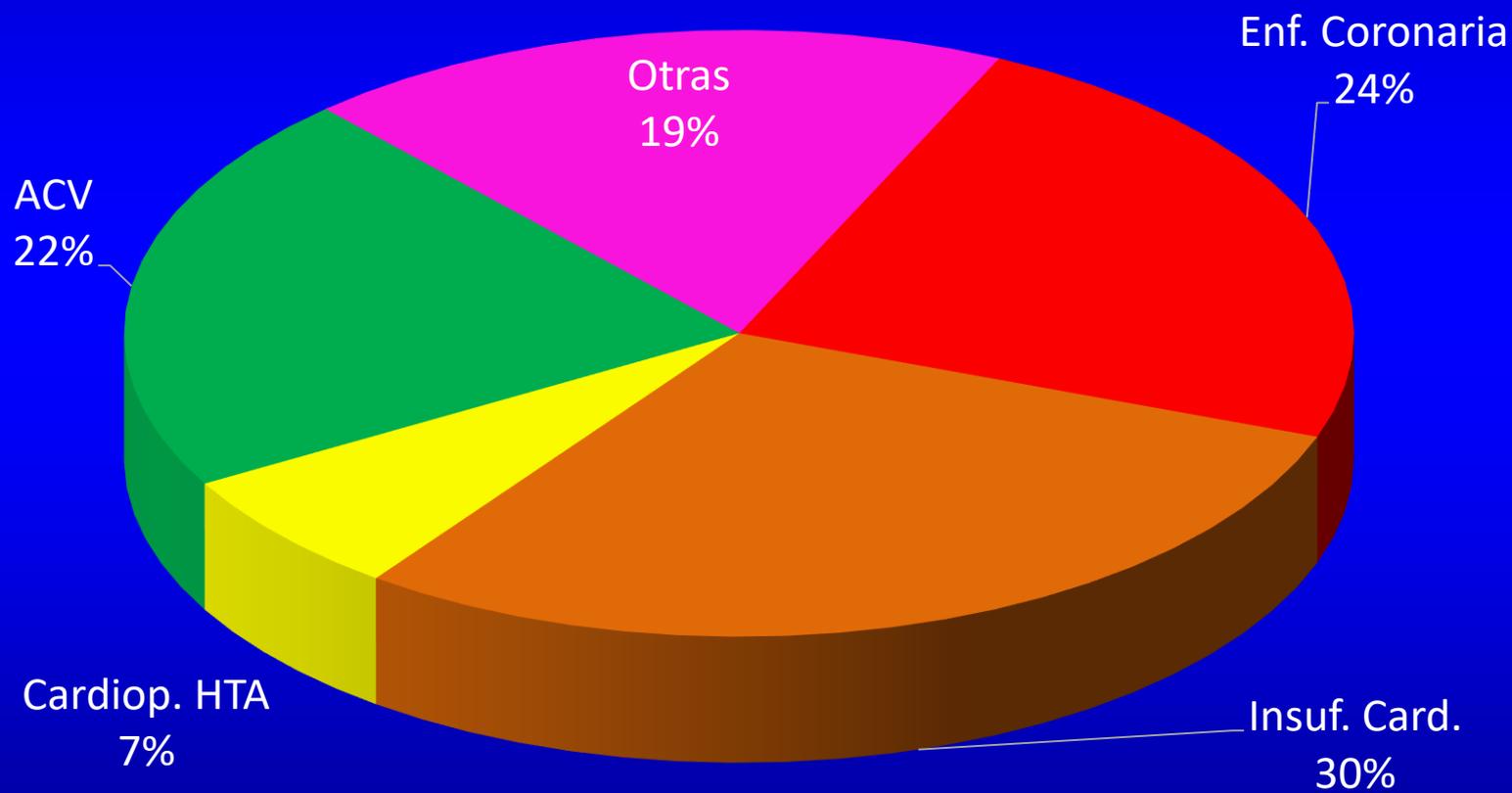
Enfermedad Cardiovascular

Primer causa de muerte (Año 2014)

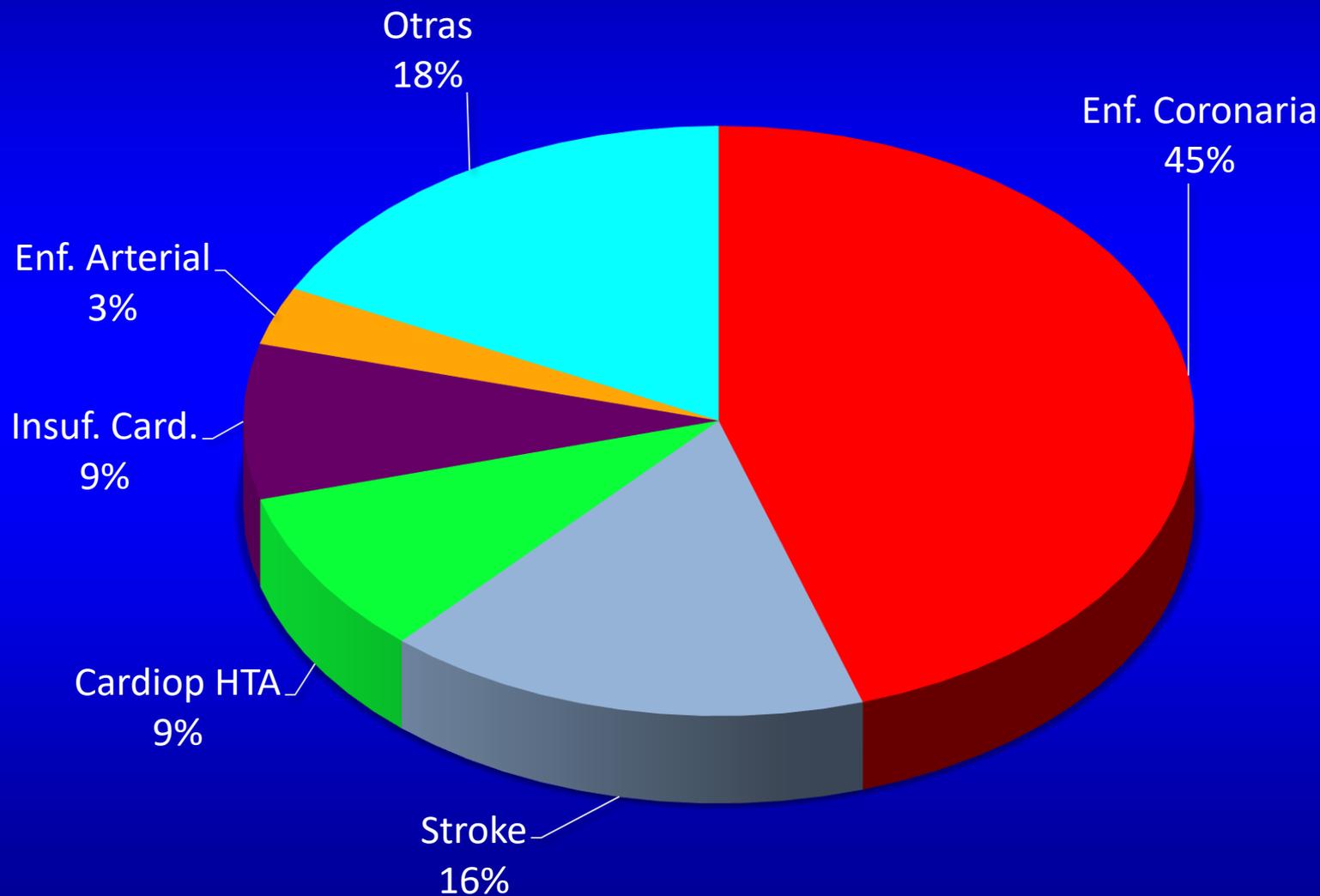


Mortalidad Cardiovascular en Argentina

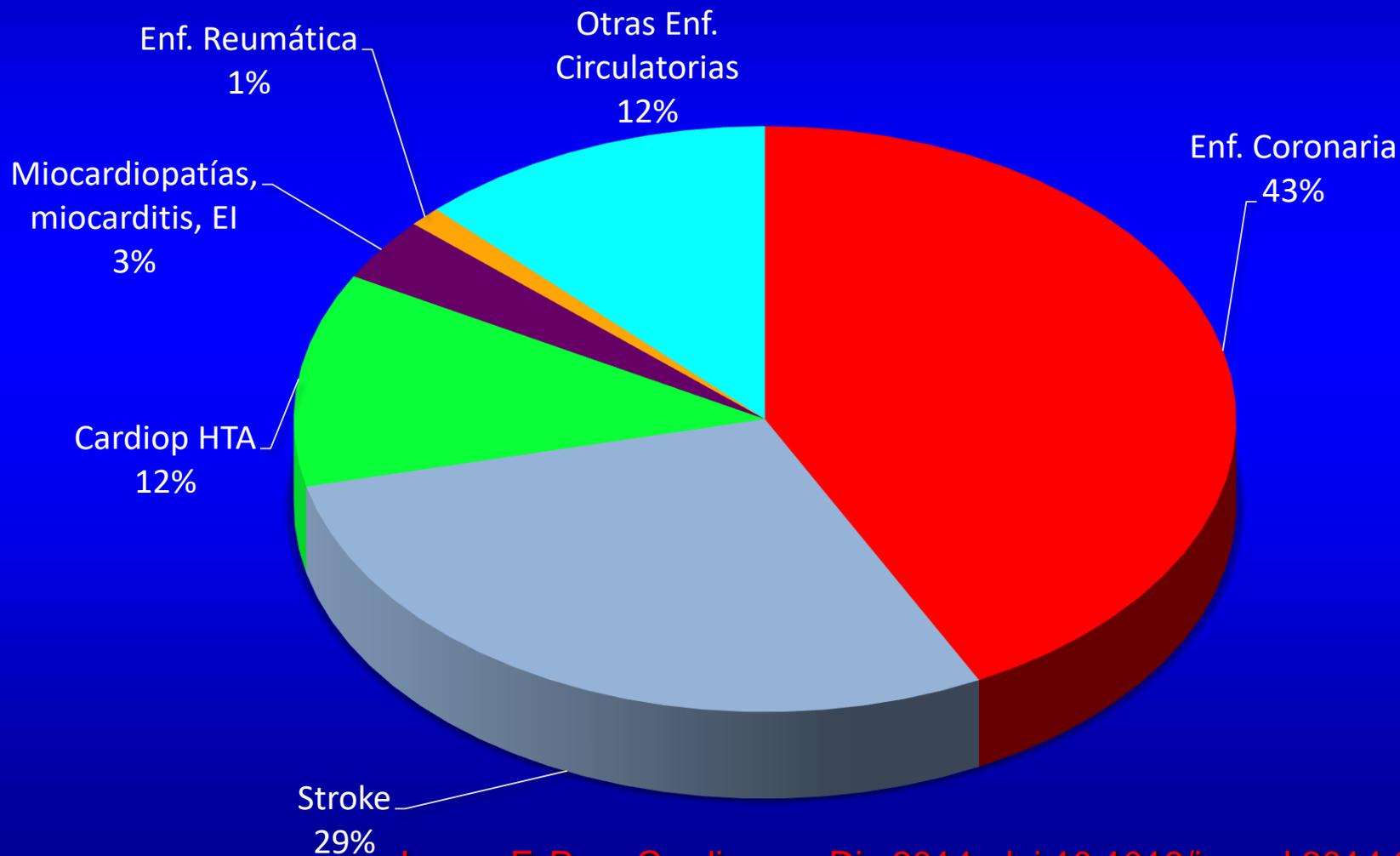
Año 2014



Mortalidad Cardiovascular en USA - 2014

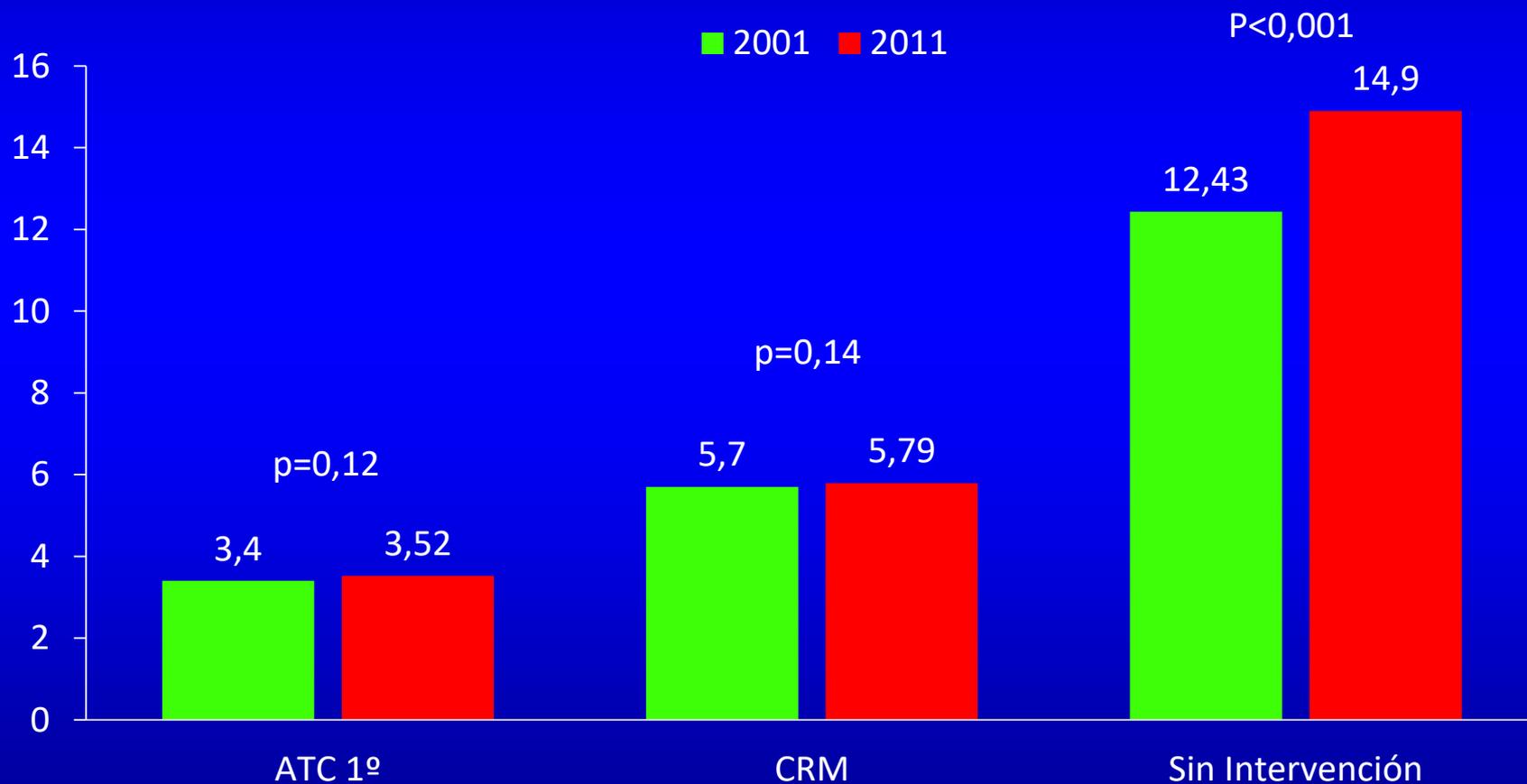


Mortalidad Cardiovascular en Latino-América

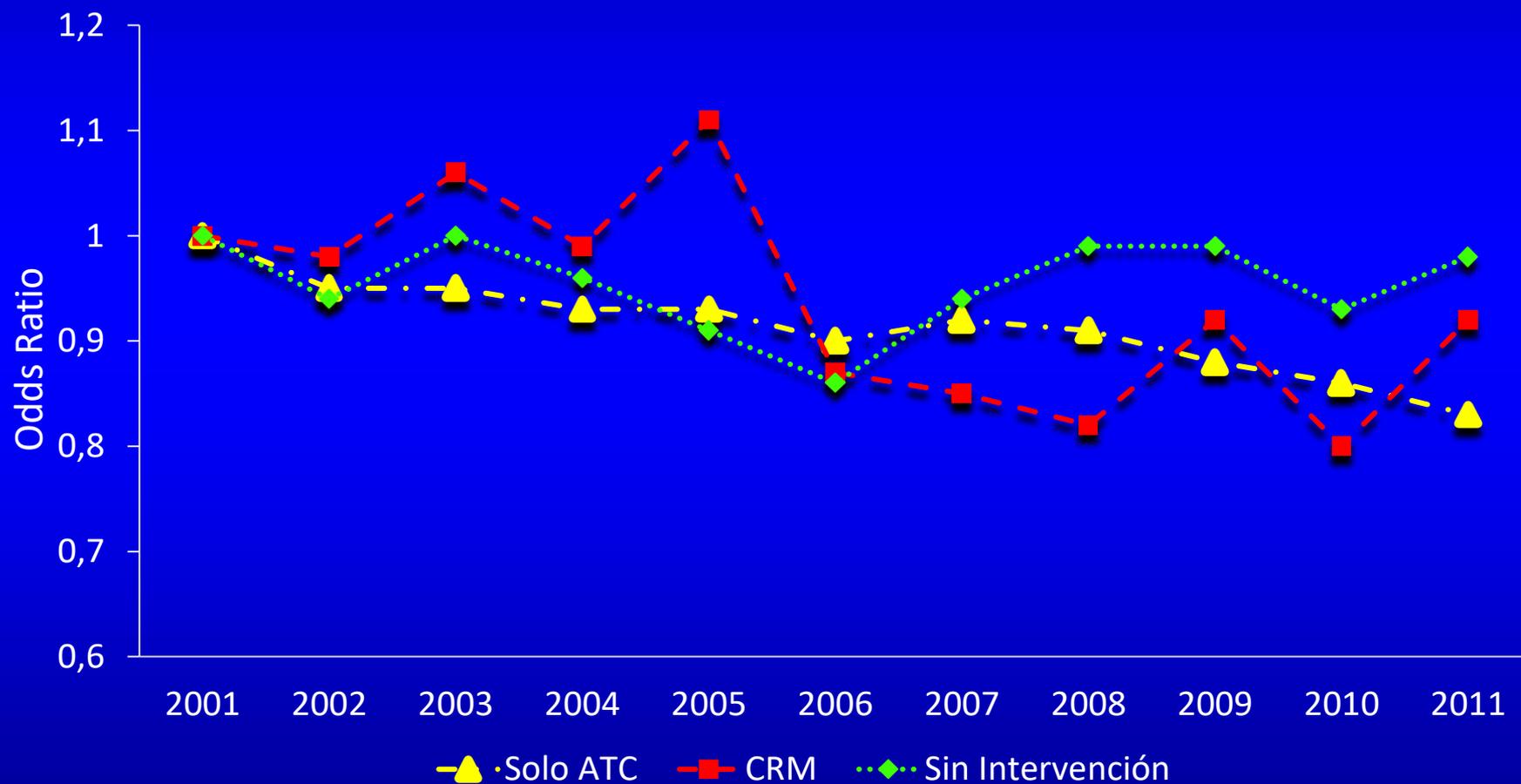




IAMCEST - Mortalidad Intra-Hospitalaria USA 2001 - 2011



IAMCEST – Riesgo de Muerte Intra-Hospitalaria USA 2001 - 2011

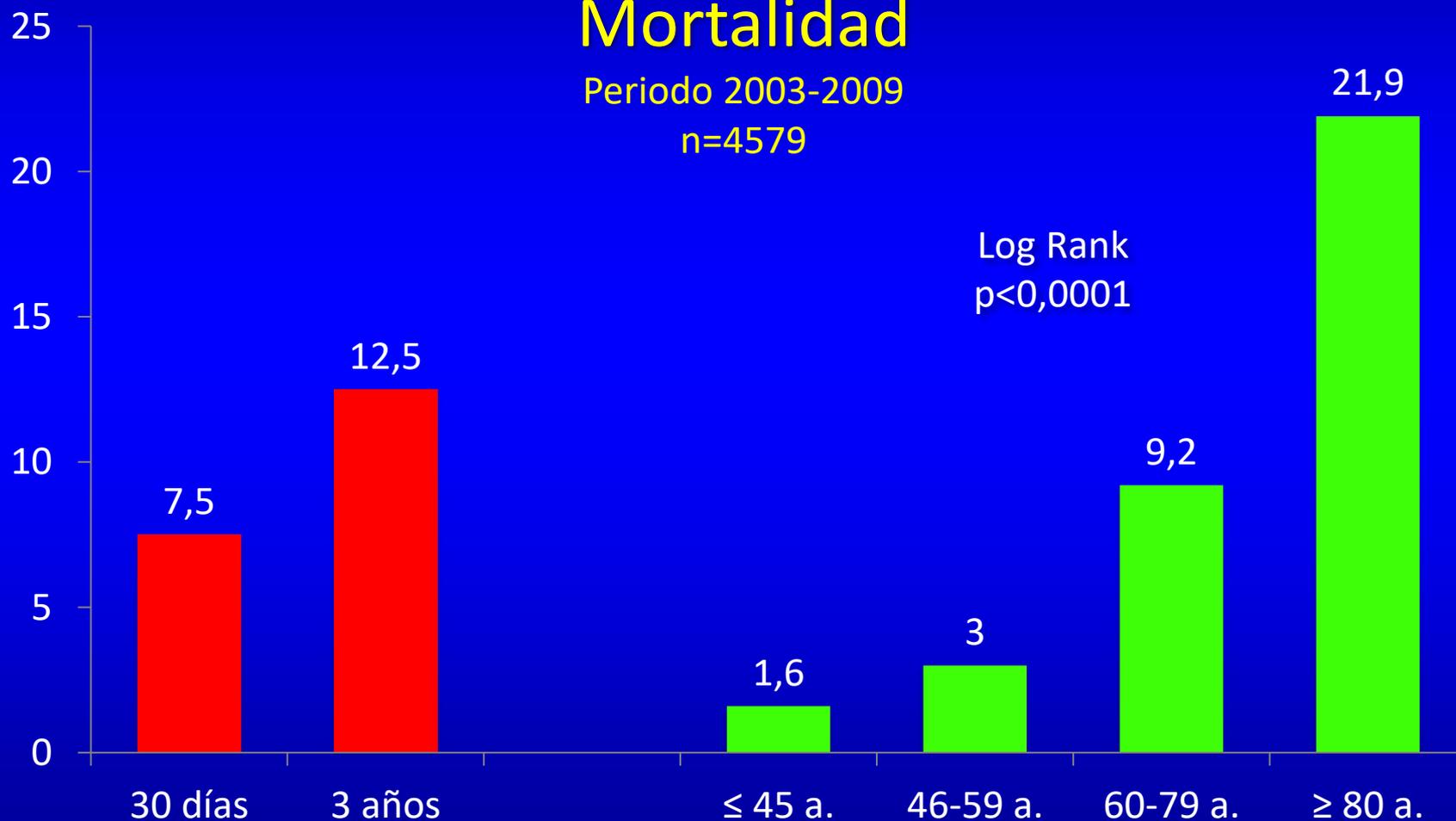


Vienna STEMI Network

Mortalidad

Periodo 2003-2009

n=4579





Tokio CCU Network

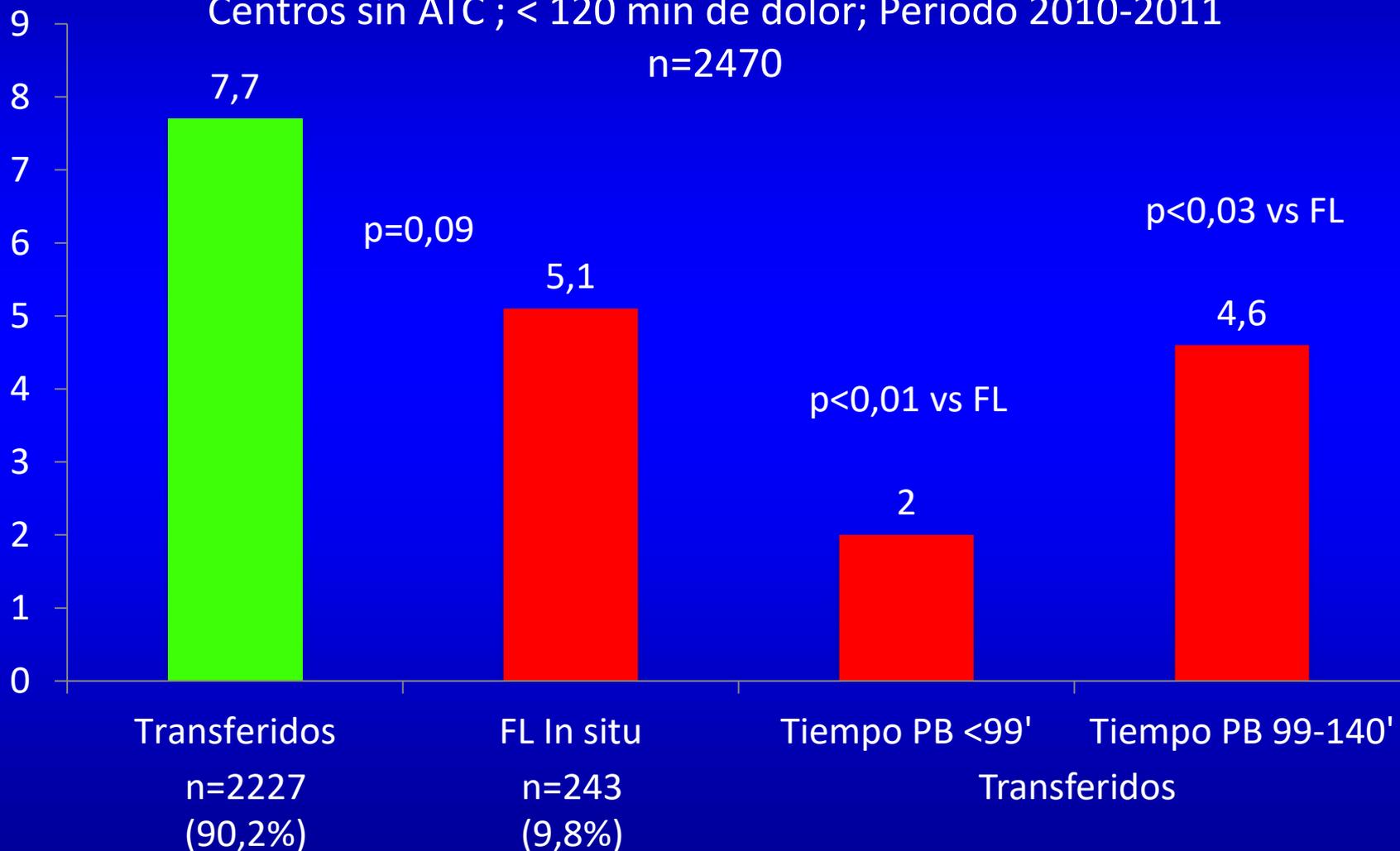
- Año 2009-2010
- N=3202
- ATC 1º: 88,8% (68,2% dentro de los 90 min)
- T. dolor-consulta: 165 (74-423)
- T. puerta-balón: 60 (35-104)

- Mortalidad intra-hospitalaria: 7,7%

“CODI IAM” Red Cataluña – Mortalidad 30 días

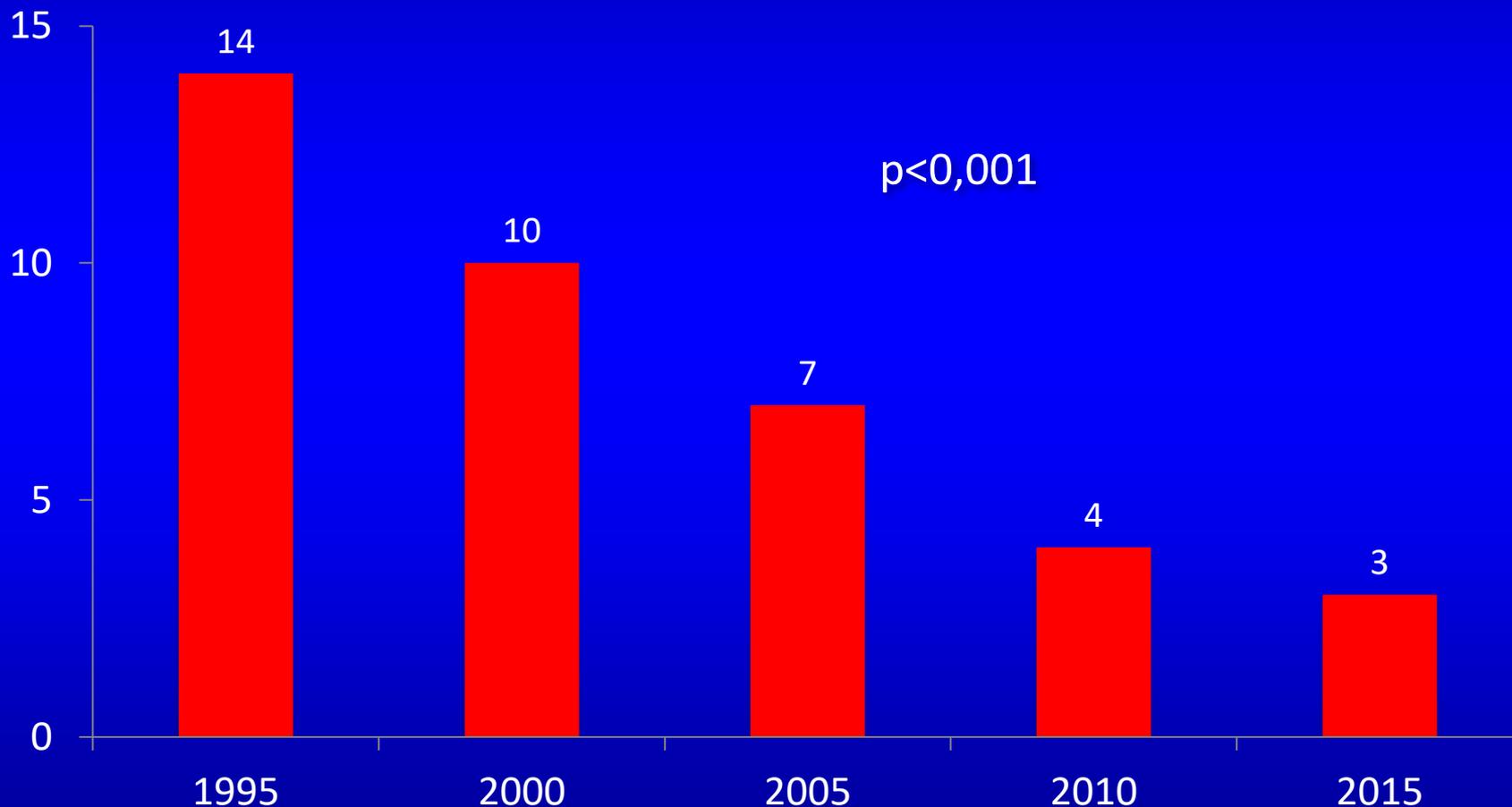
Centros sin ATC ; < 120 min de dolor; Periodo 2010-2011

n=2470

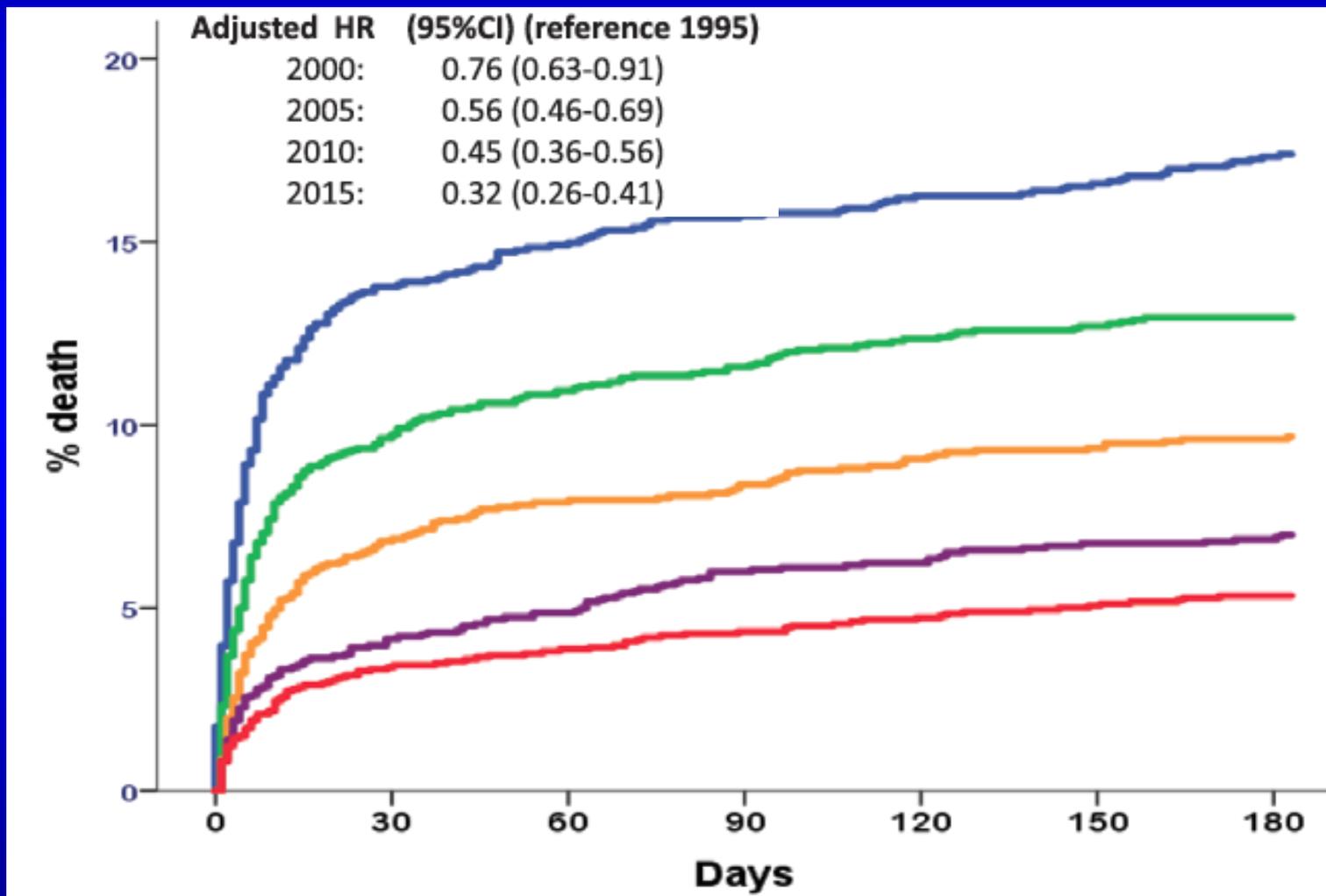




FAST-AMI: Mortalidad a 30 días



FAST-AMI: IAMCEST - Mortalidad a 6 meses





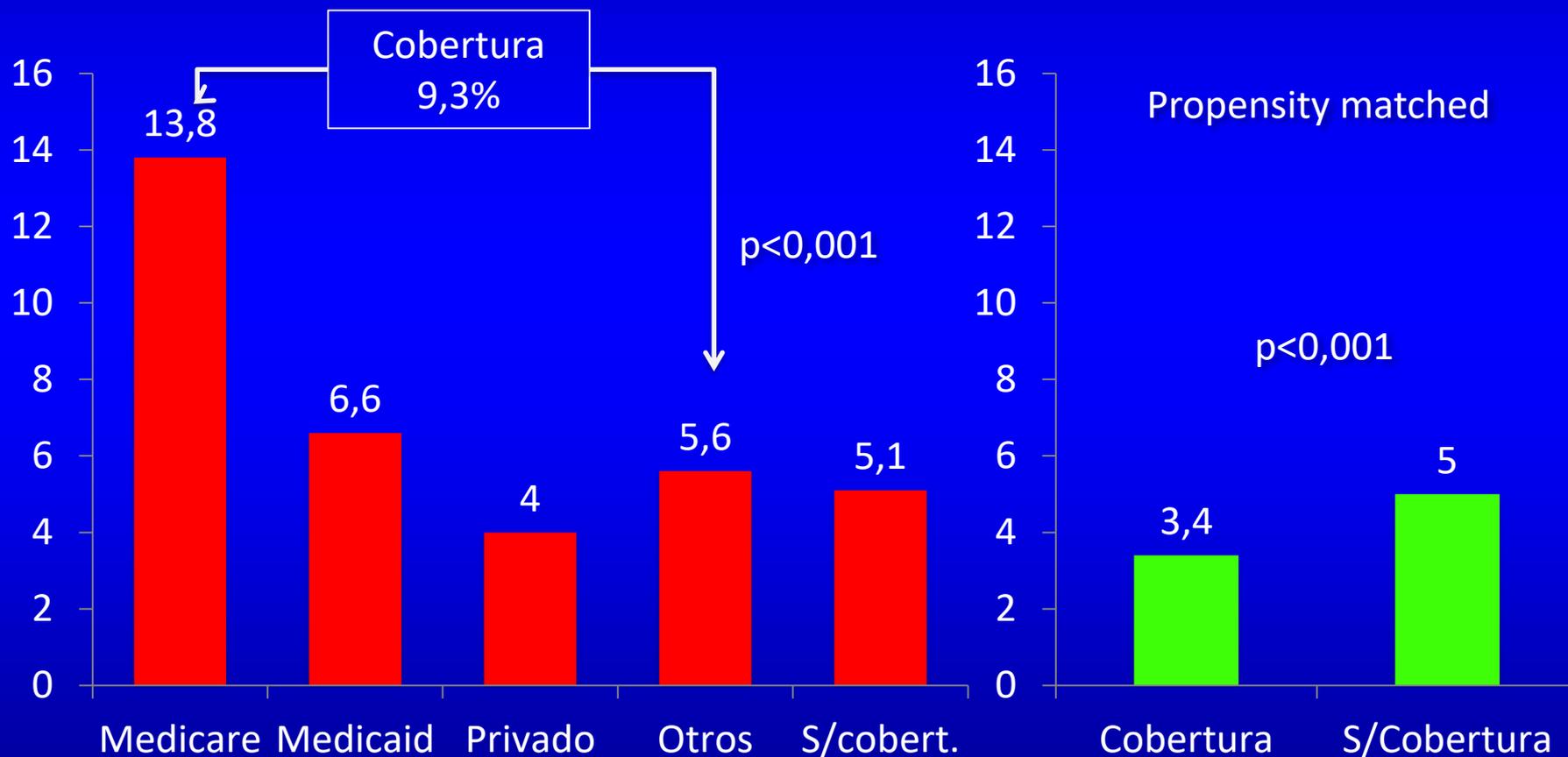
FAST-AMI

Factores asociados al descenso de mortalidad

| | | HR (IC 95%) | p |
|--------------------------------------|--------|--------------------|--------|
| Reperusión | No | 1,0 | |
| | FL | 0,68 (0,55 – 0,91) | <0,001 |
| | ATC 1° | 0,76 (0,64 – 0,90) | 0,002 |
| Anticoagulación ≠ HNF | | 0,54 (0,46 – 0,64) | <0,001 |
| Uso apropiado de las recomendaciones | | 0,31 (0,25 – 0,39) | <0,001 |

IAMCEST

Mortalidad según Cobertura Médica - USA



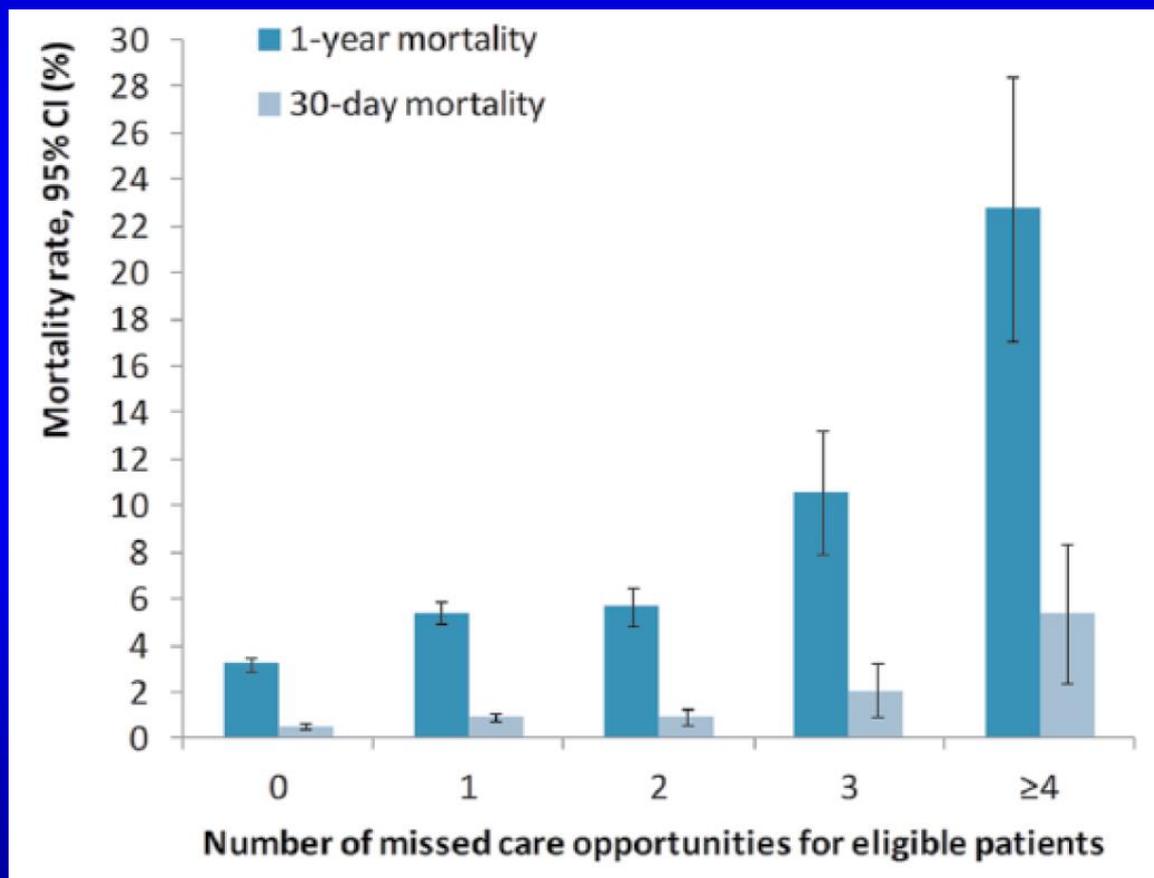
National in-patient database – n=2710375



Mortalidad en el IAM

- Asociada significativamente con:
 - Docencia hospitalaria
 - N° de camas
 - Volumen de IAM
 - Disponibilidad de facilidades cardíacas
 - Localización rural / urbano
 - Región geográfica
 - Tipo de hospital (público, privado, universitario, etc)
 - Status socioeconómico de los pacientes
 - Sin explicación !

Oportunidades de tratamiento perdidas y mortalidad



- ECG prehospitalario
- Uso inicial de AAS
- Reperusión a tiempo
- Indicación al alta de:
 - AAS
 - Tienopiridinas
 - IECA/ARA II
 - Estatinas
 - Betabloqueantes
 - Rehabilitación



Registro Continuo Datos Preliminares

48 centros
participantes

Distribución por Sexo y Edad

(n:678)

Edad: $60,7 \pm 11,6$ años

$64 \pm 13,3$
años

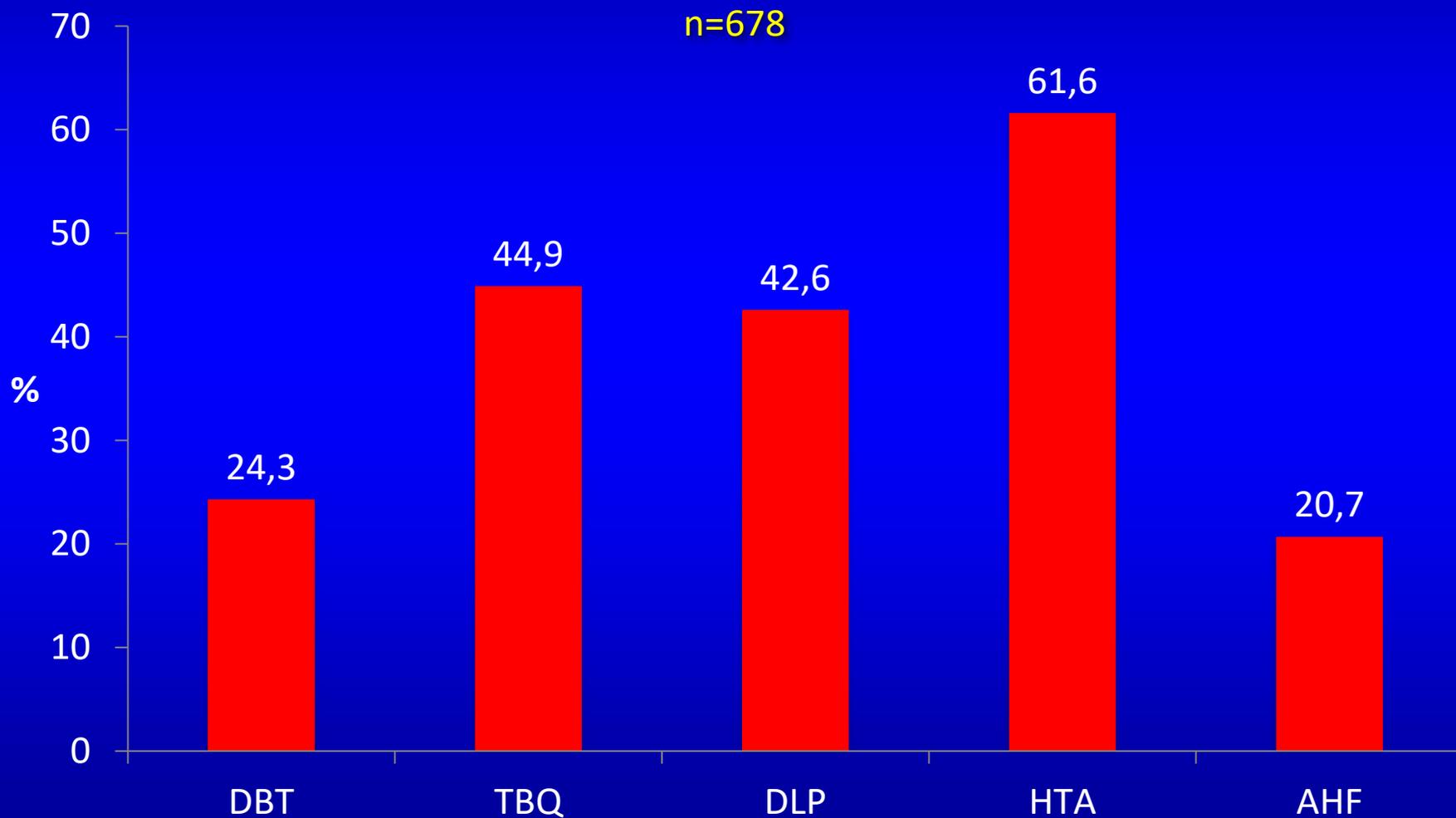


$P < 0,001$

$59,8 \pm 10,9$
años

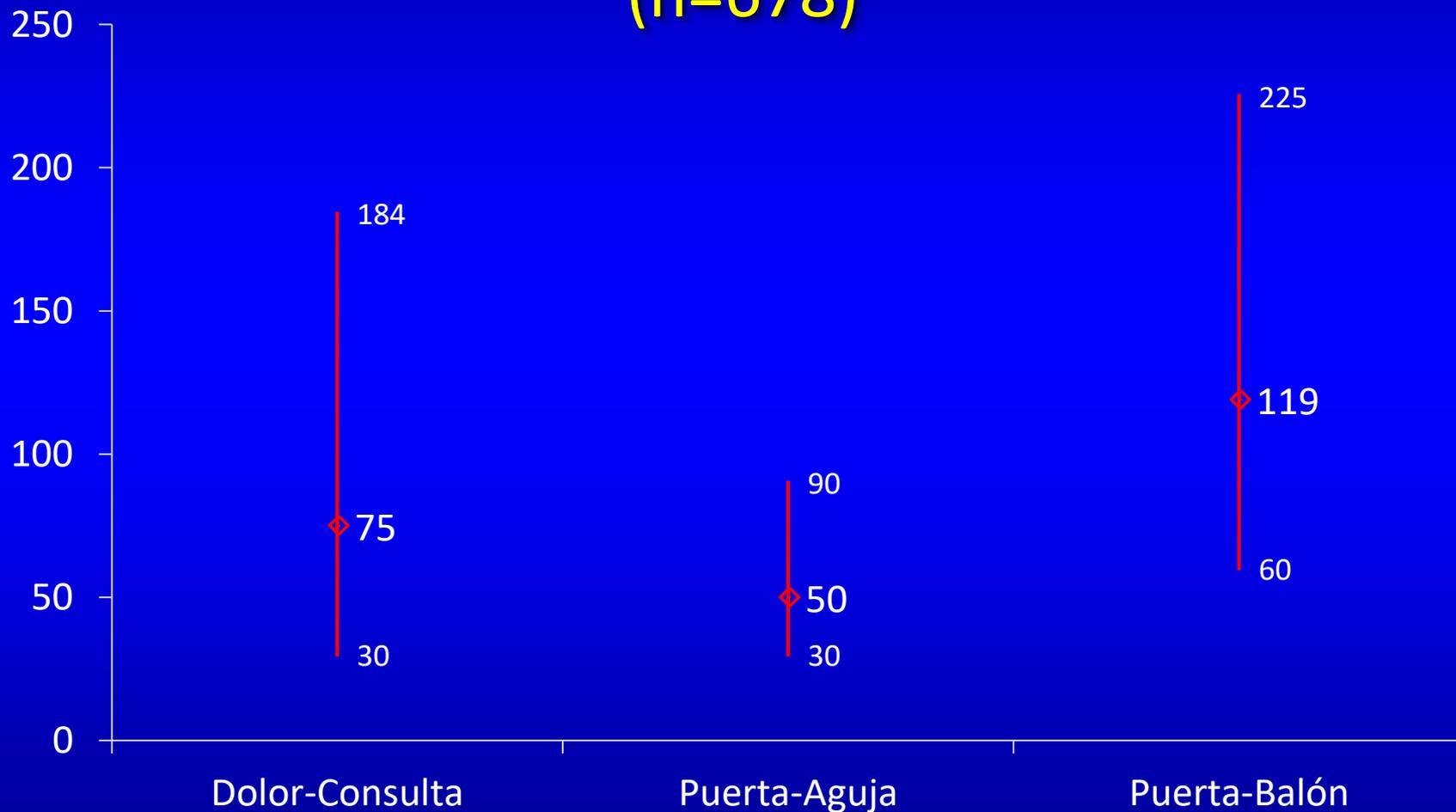


Factores de Riesgo Coronario



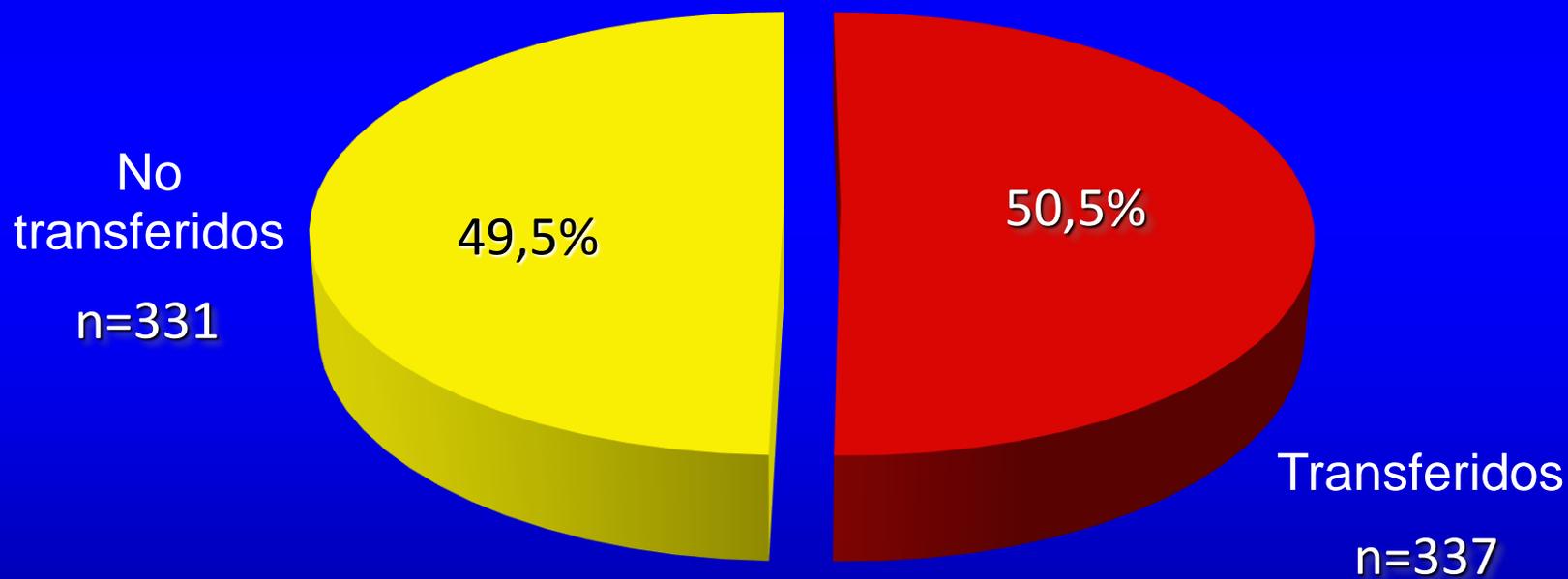


Demoras (n=678)

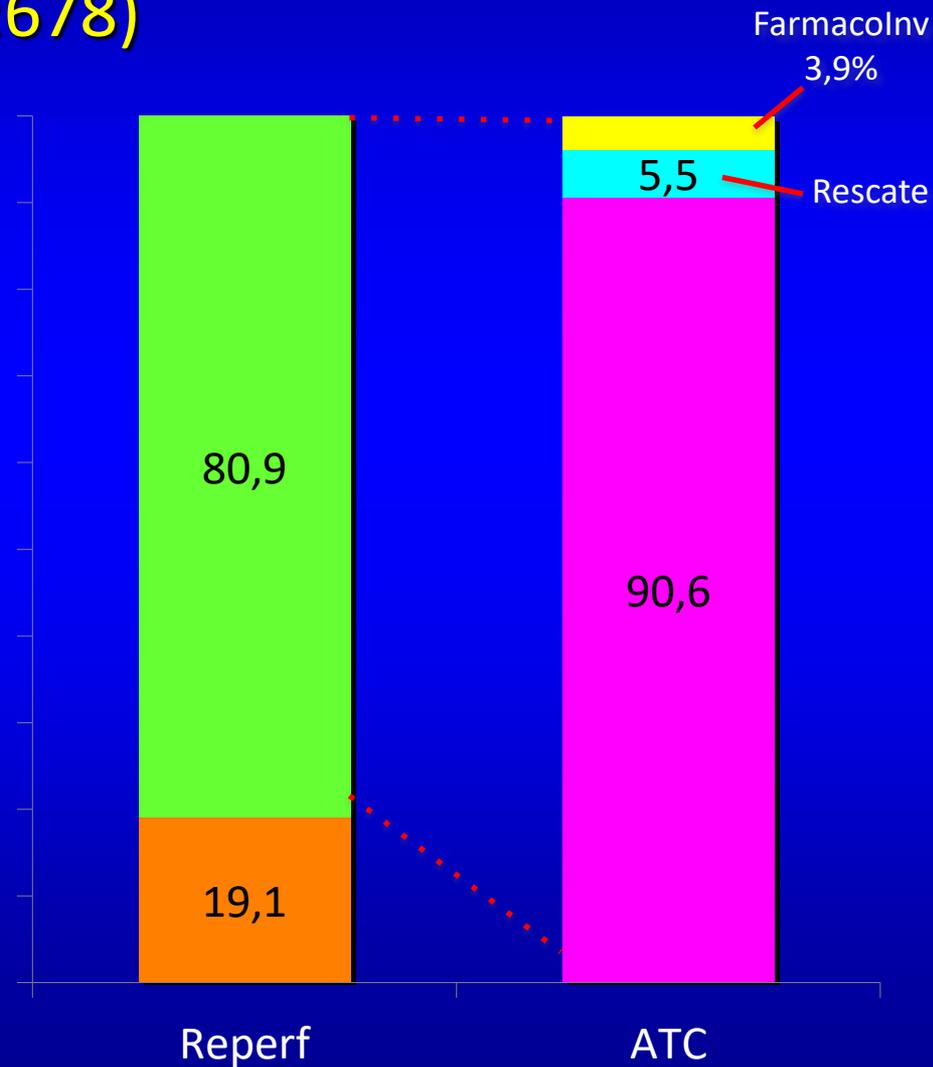
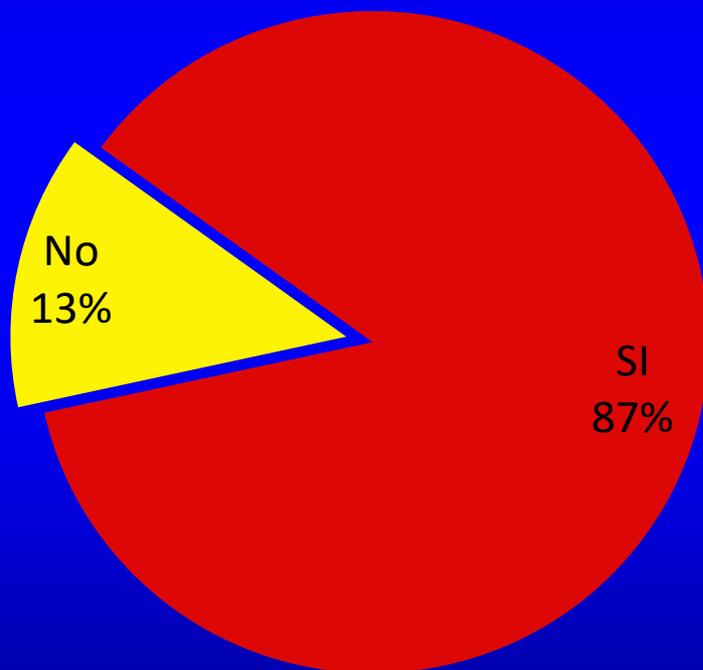


Pacientes Derivados de Otros Centros

n=678

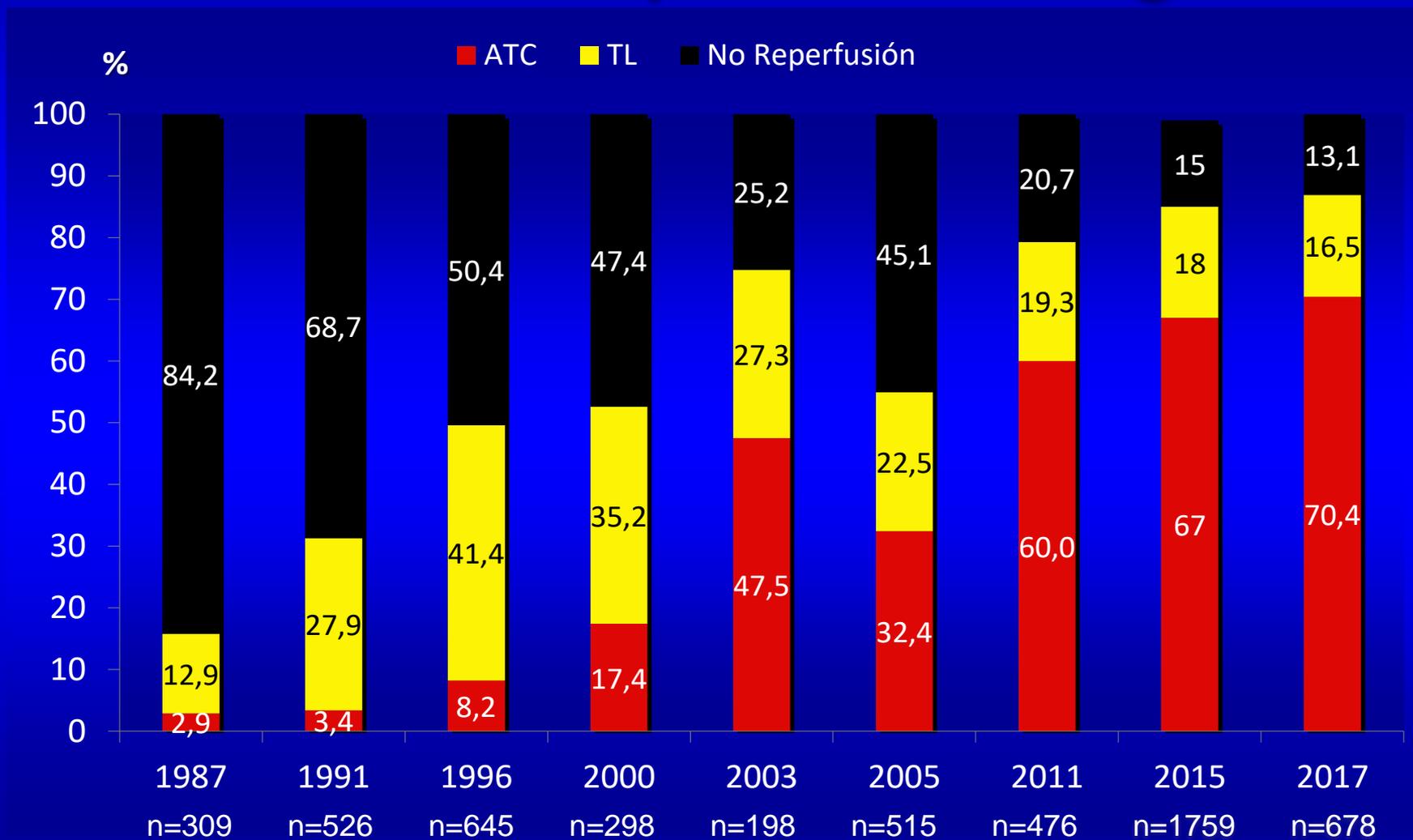


Terapia de Reperusión en las Primeras 24 hs. (n:678)





Evolución de la Reperusión en Argentina





Demoras en el Tratamiento de Reperusión: 62,4% (n=362/678)

| Motivos de Demora vinculados a: | n | % |
|---------------------------------|-----|------|
| Consulta paciente | 266 | 73,5 |
| Derivado a otro centro para ATC | 187 | 51,7 |
| Retraso ambulancia | 167 | 46,1 |
| Guardia | 94 | 25,9 |
| Falla médica en diagnóstico | 93 | 25,7 |
| Problemas administrativos | 29 | 8,0 |
| ECG dudoso inicial | 36 | 9,9 |
| Paro cardíaco | 13 | 3,6 |



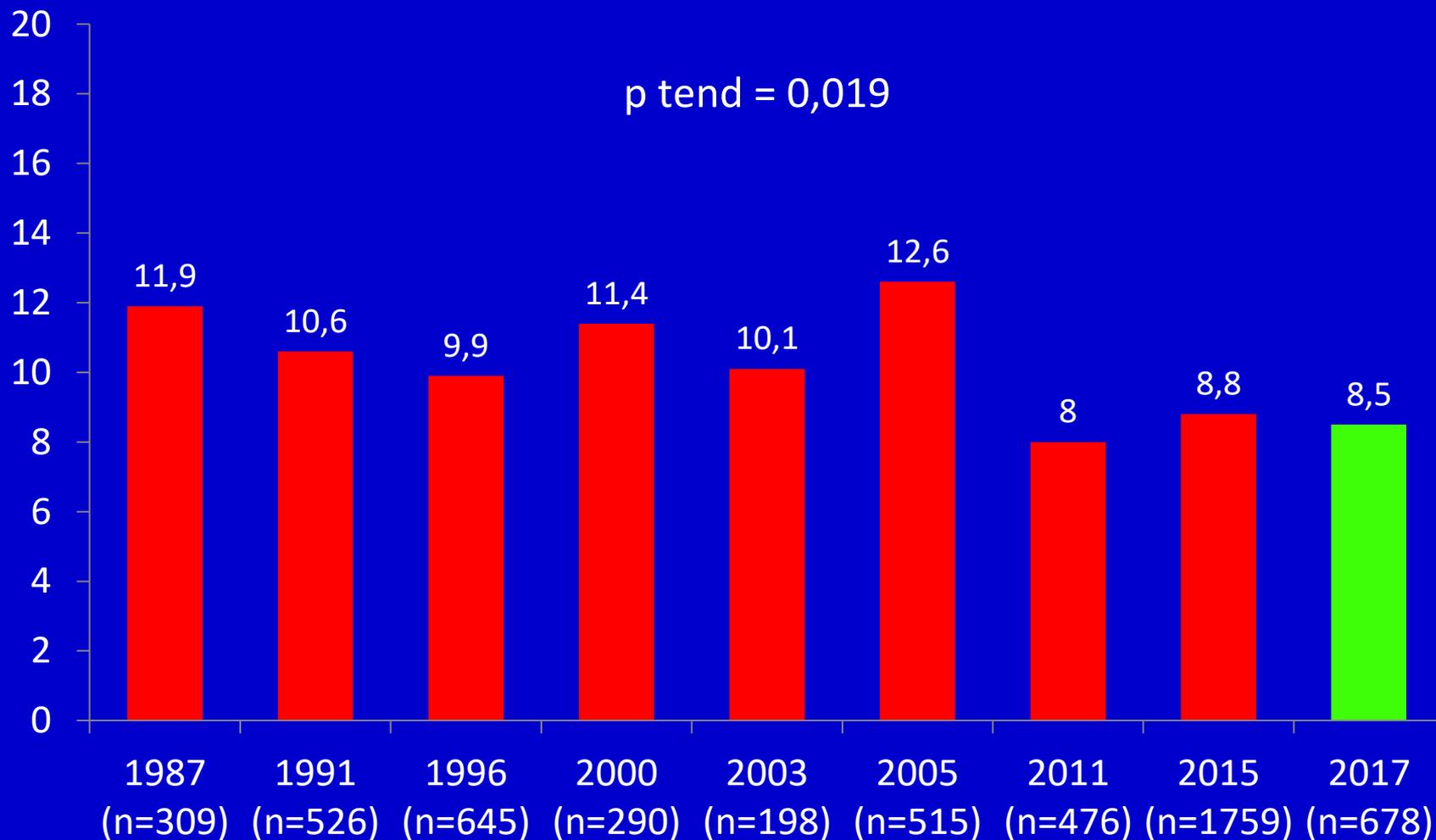
Causas de No Tratamiento de Reperusión (n=89 – 13,1%)

Cuestionario a los Médicos (podían marcar varias opciones)

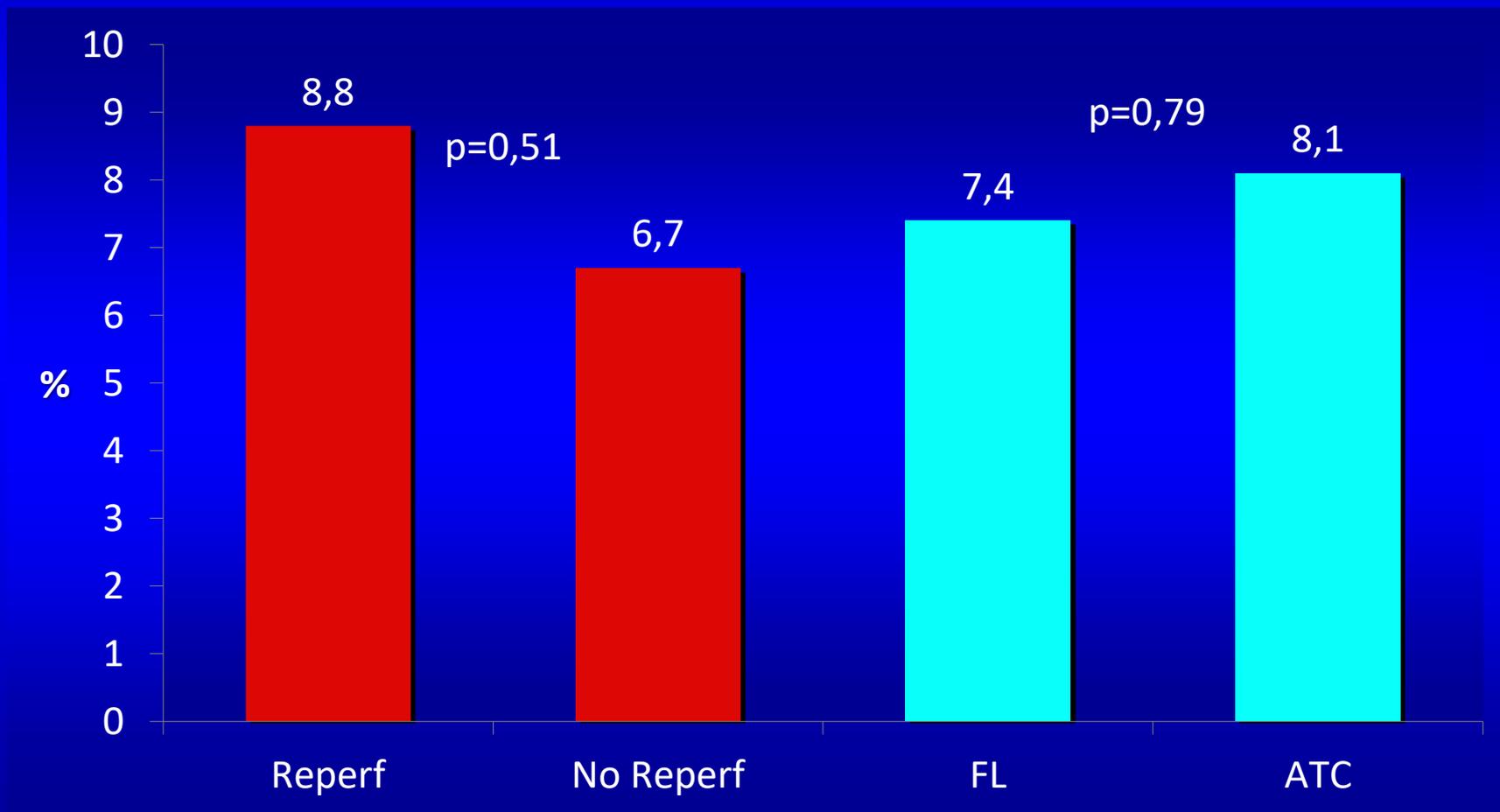
| Causas reportadas | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| Presentación tardía | 21 | 23,6 |
| Decisión de NO hacer ATC | 6 | 6,7 |
| ECG dudoso | 8 | 8,9 |
| Falta disponibilidad de ATC | 11 | 12,4 |
| Contraindicación para TL | 1 | 1,1 |
| Edad Avanzada | 3 | 3,4 |
| Falta disponibilidad de TL | 2 | 2,2 |



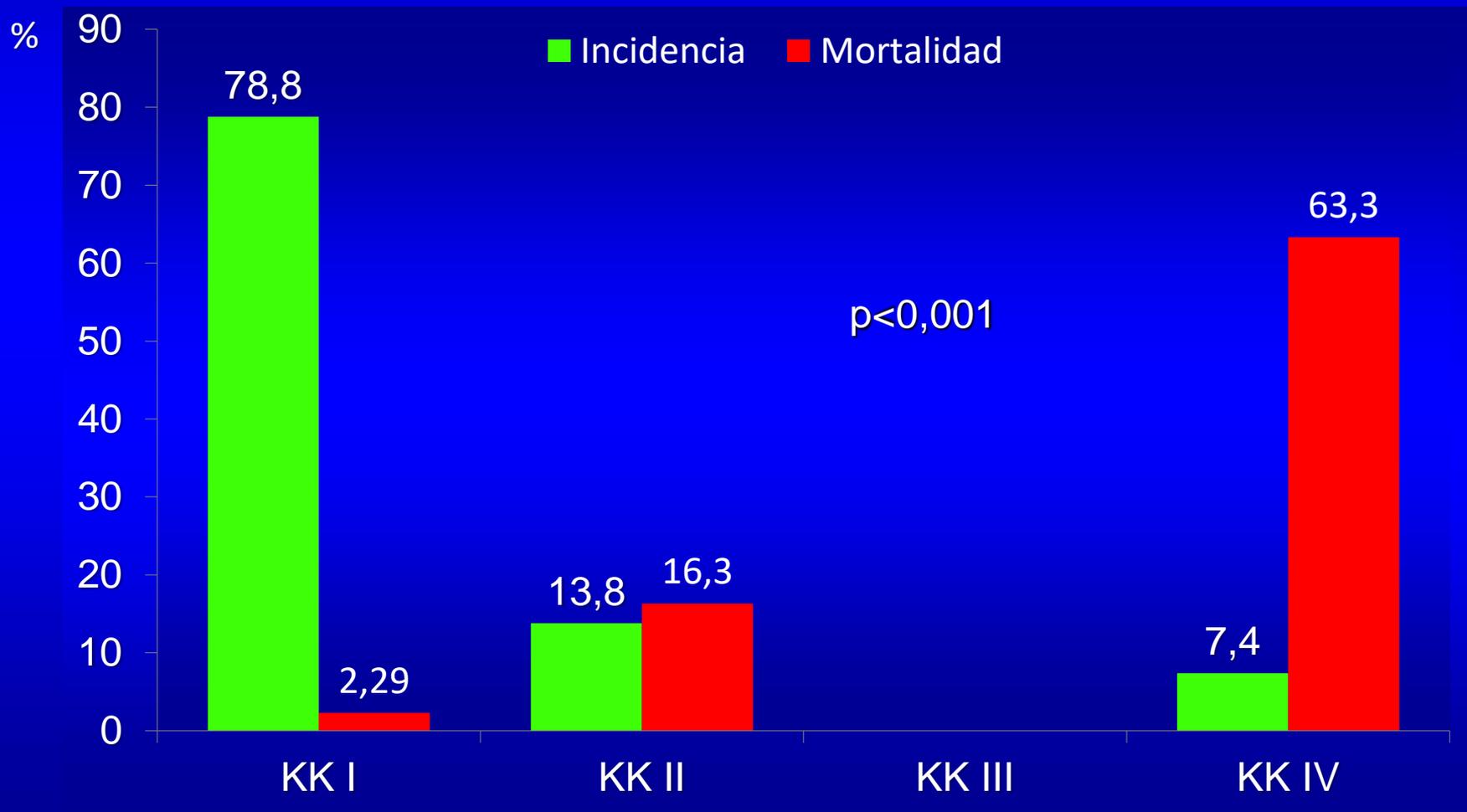
Evolución de la Mortalidad Intrahospitalaria



Mortalidad

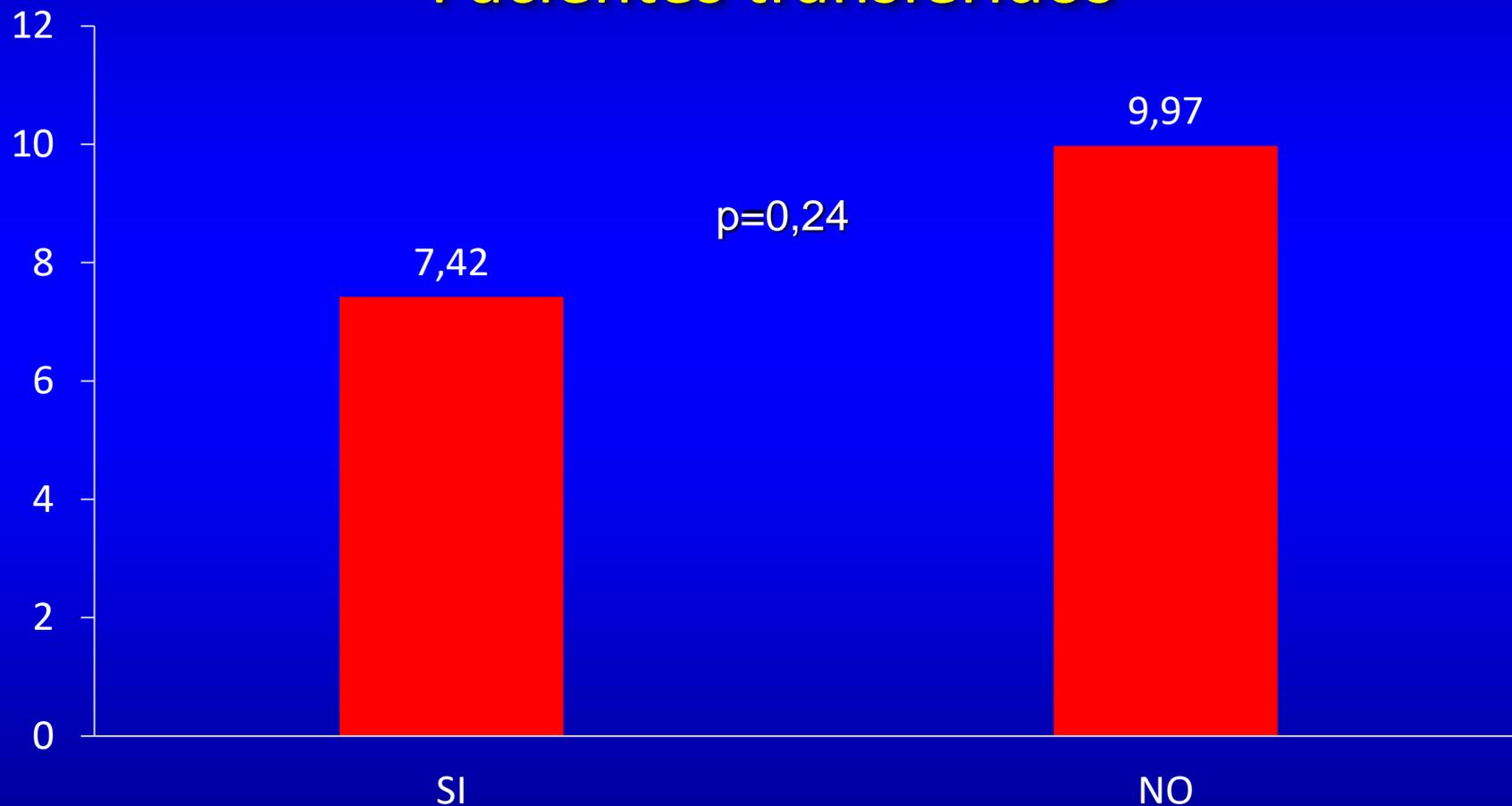


Killip y Kimball (n:678)





Mortalidad Pacientes transferidos





Análisis Multivariado

Mortalidad Intrahospitalaria

n=1759

| Variables | OR | IC 95% | p |
|-----------------|------|-------------|---------|
| Edad | 1,06 | 1,04 – 1,08 | <0,0001 |
| Diabetes | 1,86 | 1,16 – 2,98 | 0,010 |
| Killip – Kimbal | 4,13 | 3,46 – 4,92 | <0,0001 |
| Reperusión | 0,51 | 0,31 – 0,83 | 0,0068 |



Conclusiones

- En estos resultados preliminares, la tasa de reperfusión en las primeras 24 hs sigue siendo muy alta.
- A pesar de ello no observamos reducción de la mortalidad en el registro continuo.
- Existen demoras y barreras que deben superarse así como oportunidades de tratamiento que debemos corregir.



- Los predictores de mayor mortalidad siguen siendo la edad, la presencia de diabetes y de insuficiencia cardíaca al ingreso.
- La reperfusión reduce la mortalidad hasta un 50%.



Conclusiones

- Registro continuo:
 - Mismo usuario
 - Misma clave
 - Ficha más corta
 - Evaluación en el tiempo del impacto de las medidas que adoptemos:
 - Estrategias de reperfusión
 - Tiempos y demoras
 - Eventos (muerte y muerte CV)



- Estos datos nos permiten un control de la tarea que debemos realizar para mejorar los resultados
- *TENER INFORMACIÓN DE CALIDAD NOS PERMITE CORREGIR, MEJORAR, CRECER.*