



Encuesta Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (ARGEN-IAM-ST)

(ClinicalTrials.gov: NCT02458885)

RESULTADOS FINALES

Dr. Adrián Charask

3° Congreso Multidisciplinario de Cardiología 2016



Objetivos

- Evaluar los tiempos y causas de demora
 - Prehospitalaria
 - Hospitalaria
- Evaluar la prevalencia de tratamiento de reperfusión
 - Modalidades
 - Causas de no reperfusión
- Evolución clínica y modalidades de tratamiento
- Políticas de derivación
- Eventos a 30 días

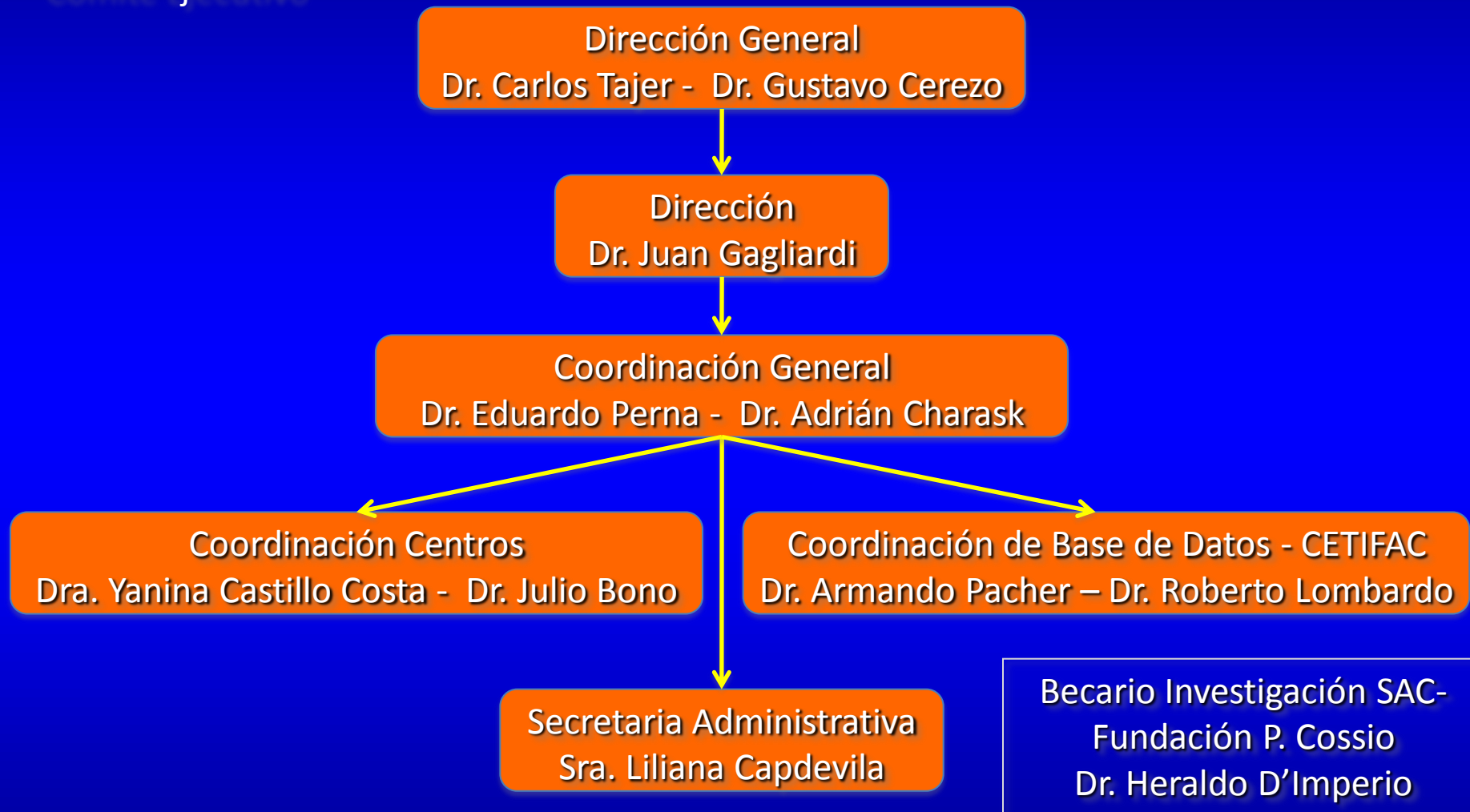


Criterios de Inclusión

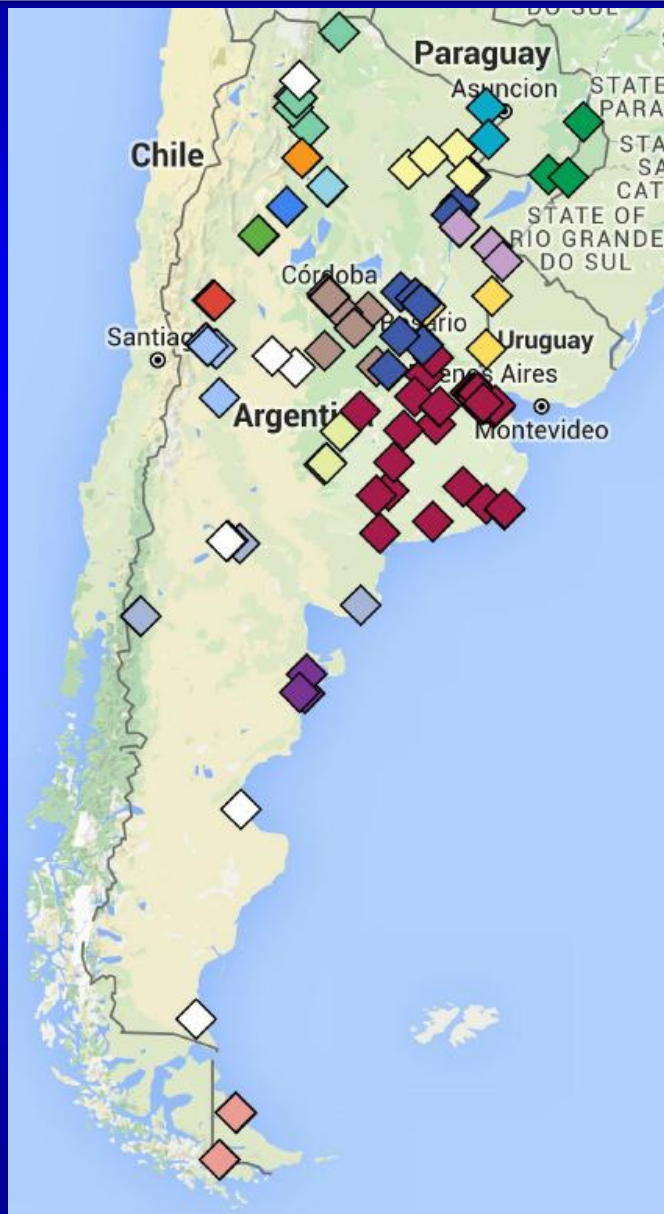
- Pacientes que ingresan con IAM y elevación del ST
- IAM evolucionado con nuevas ondas Q < 36 hs de evolución
- Sospecha de IAM inferoposterior (infra ST V1-V3)
- BRI nuevo o presuntamente nuevo



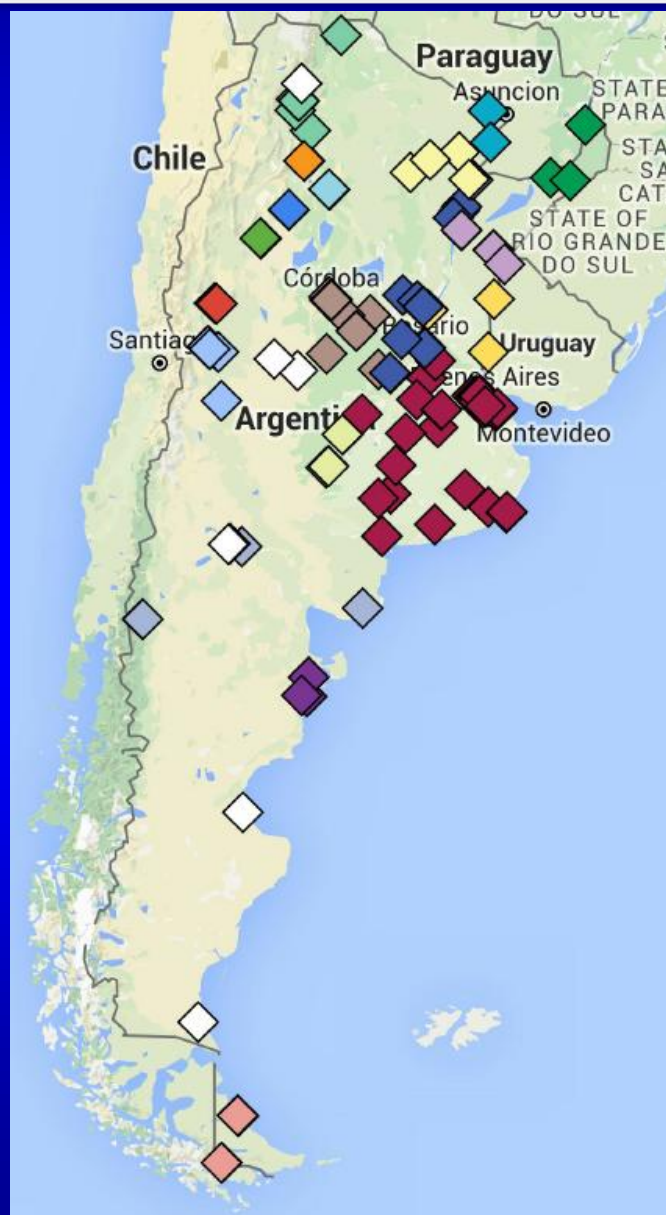
Comité Ejecutivo



Comité Científico: Dres: Caccavo, Calandrelli, Castillo Costa, Dominé, Echazarreta, Hasbani, Luciardi, Macin, Muntaner, Palacio, Puente, Sosa Liprandi, Villareal, Zapata, Zylbersztejn.



Buenos Aires	63
CABA	48
Catamarca	2
Chaco	4
Chubut	4
Cordoba	26
Corrientes	9
Entre Rios	5
Formosa	2
Jujuy	2
La Pampa	6
La Rioja	4
Mendoza	10
Misiones	3
Neuquen	1
Rio Negro	5
Salta	8
San Juan	4
San Luis	2
Santa Cruz	2
Santa Fe	24
Santiago del Estero	3
Tierra del Fuego	5
Tucuman	5
	247



247 centros

34,8% Públicas y 56,3% Privadas

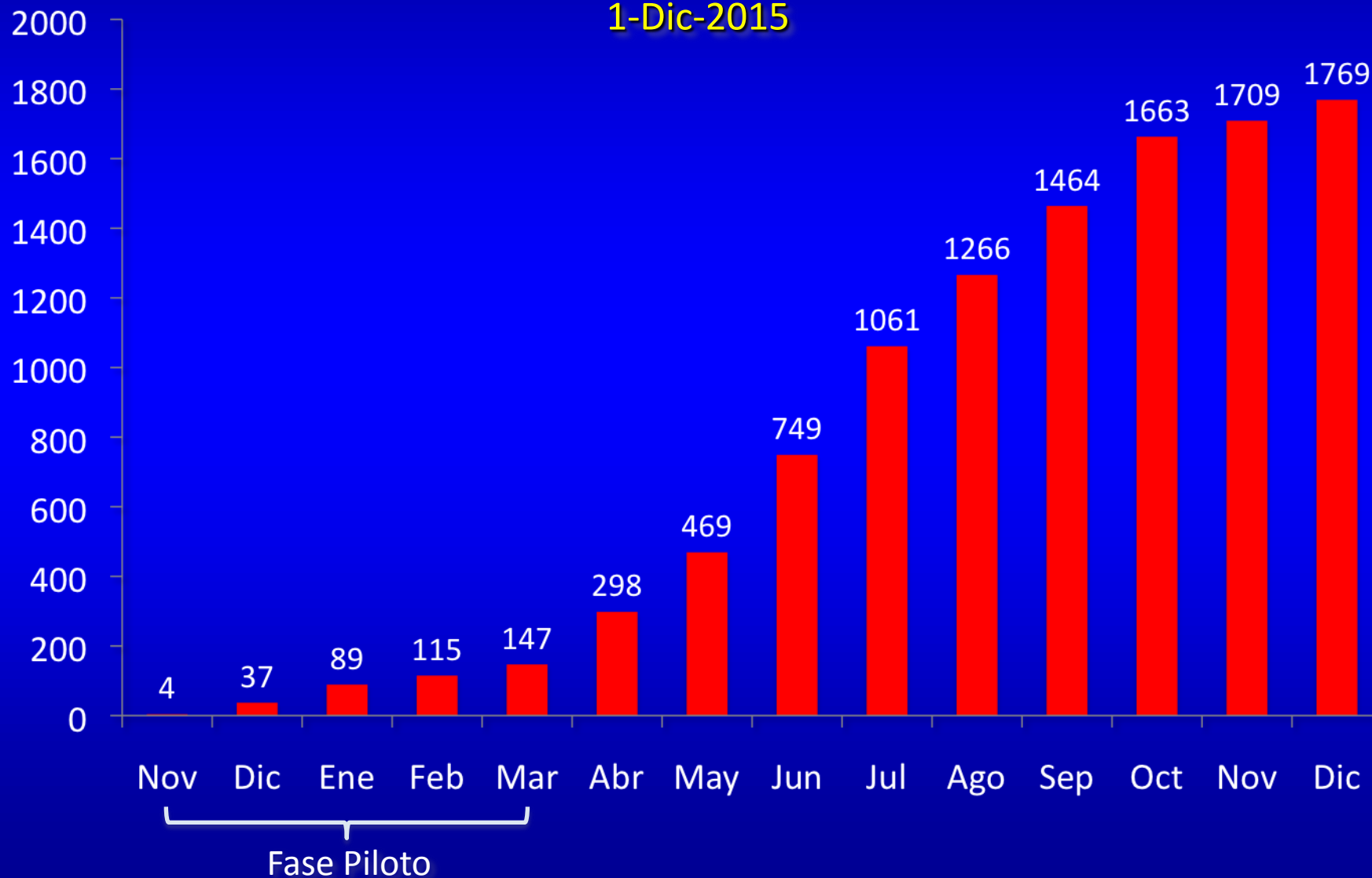
56,3% Unidad Coronaria exclusiva

57,6% Realiza ATC primaria



Pacientes Incluidos

1-Dic-2015





Número de IAM / Centros





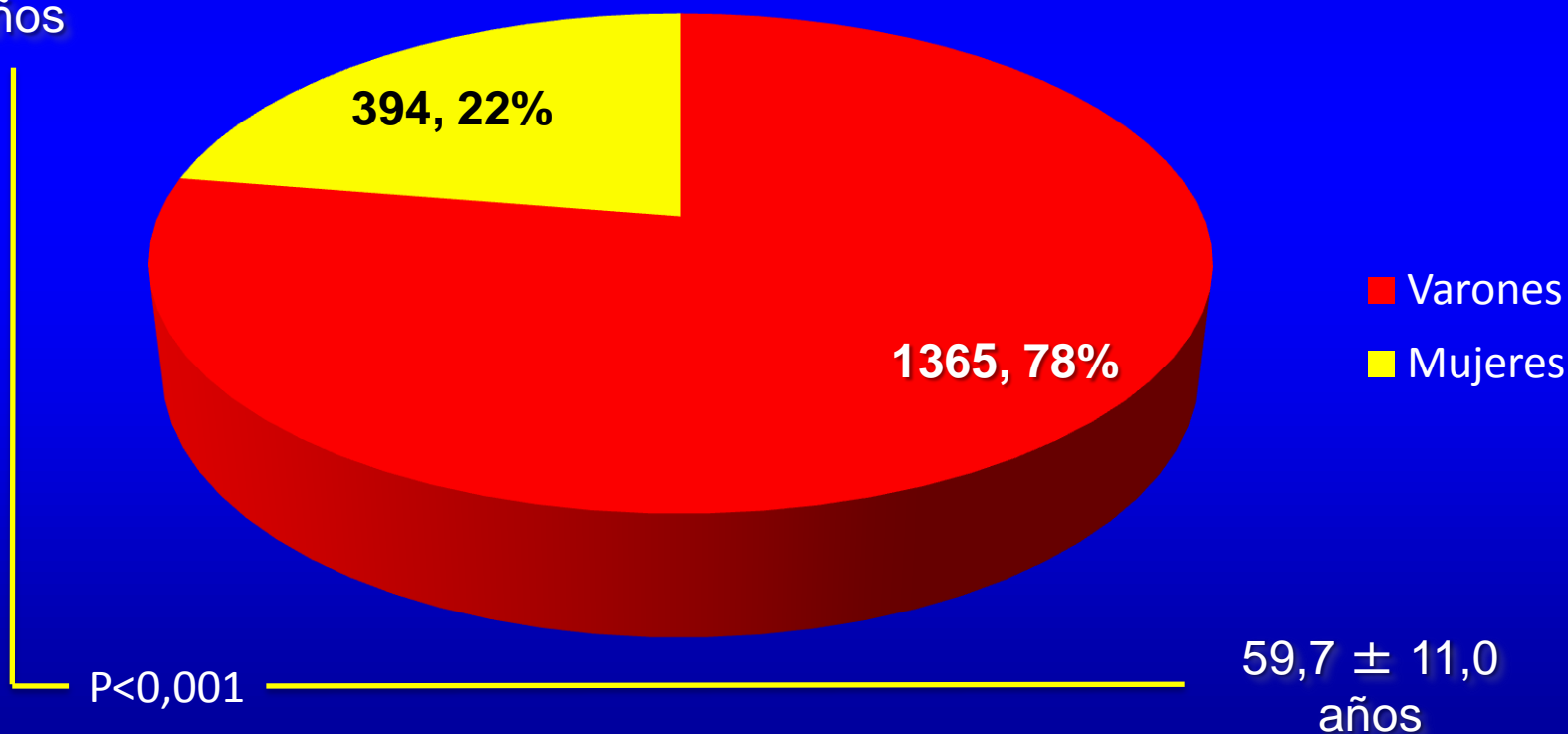
	N° Centros	N° IAM	%	Prom/Centro
Buenos Aires	63	416	23,6	6,6
CABA	48	547	31,1	11,4
Catamarca	2	43	2,4	21,5
Chaco	4	5	0,3	1,3
Chubut	4	3	0,2	0,8
Córdoba	26	104	5,9	4,0
Corrientes	9	58	3,3	6,4
Entre Ríos	5	44	2,5	8,8
Formosa	2	1	0,1	0,5
Jujuy	2	11	0,6	5,5
La Pampa	6	10	0,6	1,7
La Rioja	4	29	1,6	7,3
Mendoza	10	36	2,0	3,6
Misiones	3	9	0,5	3,0
Neuquén	1	6	0,3	6,0
Río Negro	5	56	3,2	11,2
Salta	8	14	0,8	1,8
San Juan	4	44	2,5	11,0
San Luis	2	22	1,3	11,0
Santa Cruz	2	11	0,6	5,5
Santa Fe	24	162	9,2	6,8
Santiago del Estero	3	11	0,6	3,7
Tierra del Fuego	5	12	0,7	2,4
Tucumán	5	105	6,0	21,0
	247	1759	100,0	7,1

Distribución por Sexo y Edad

(n:1759)

Edad: $61 \pm 11,9$ años

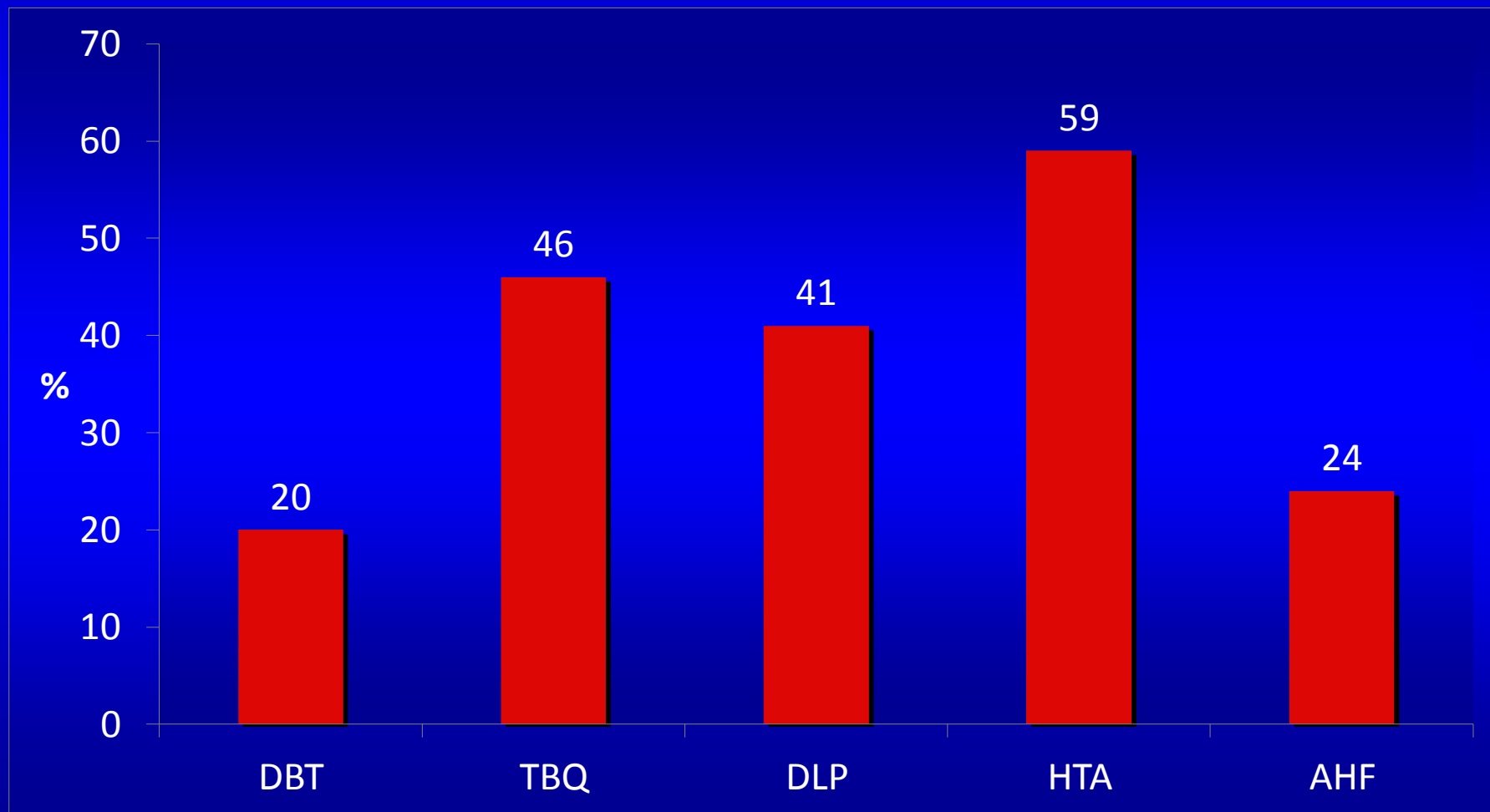
$66,2 \pm 13,4$
años





Factores de Riesgo Coronario

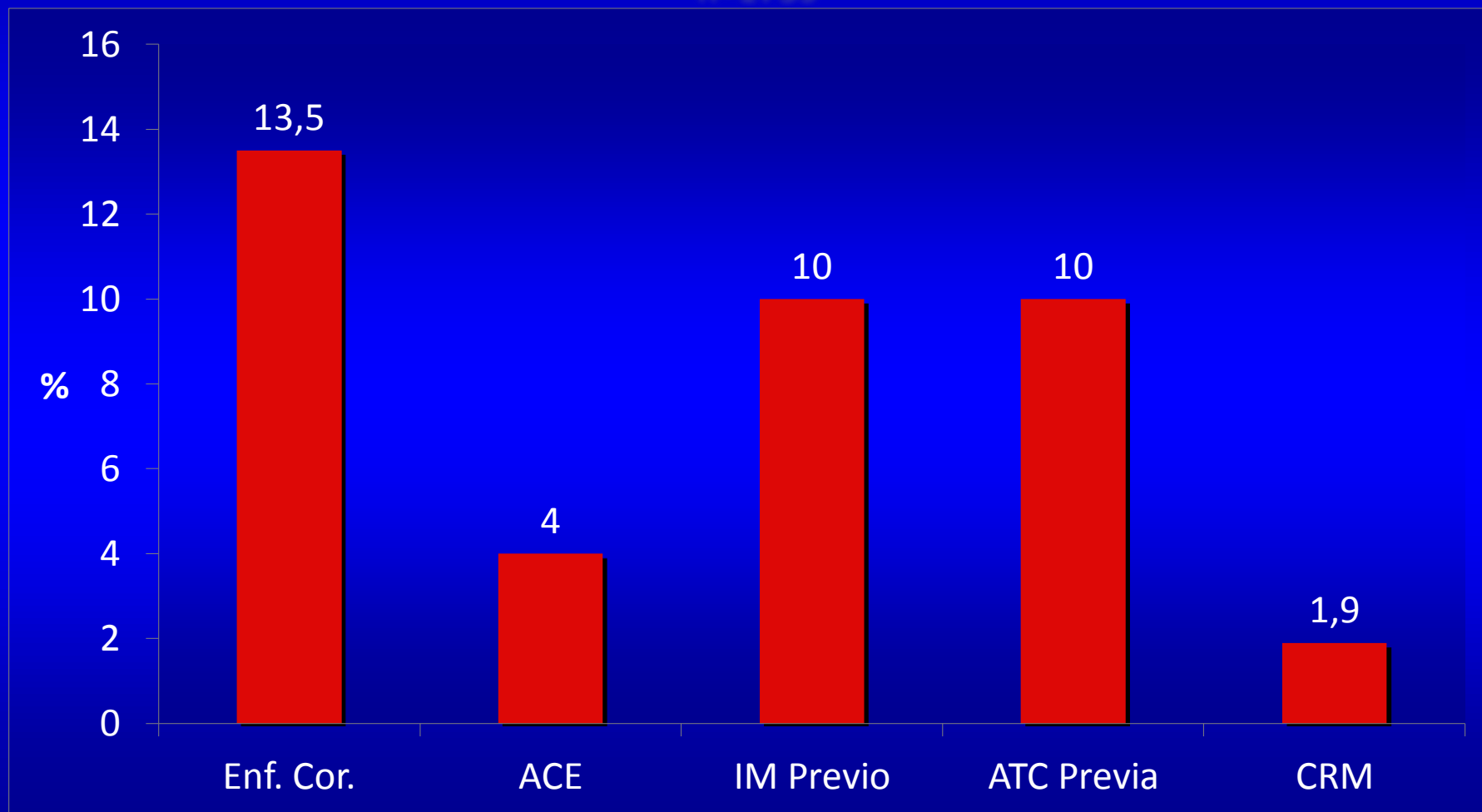
n=1759





Antecedentes Coronarios

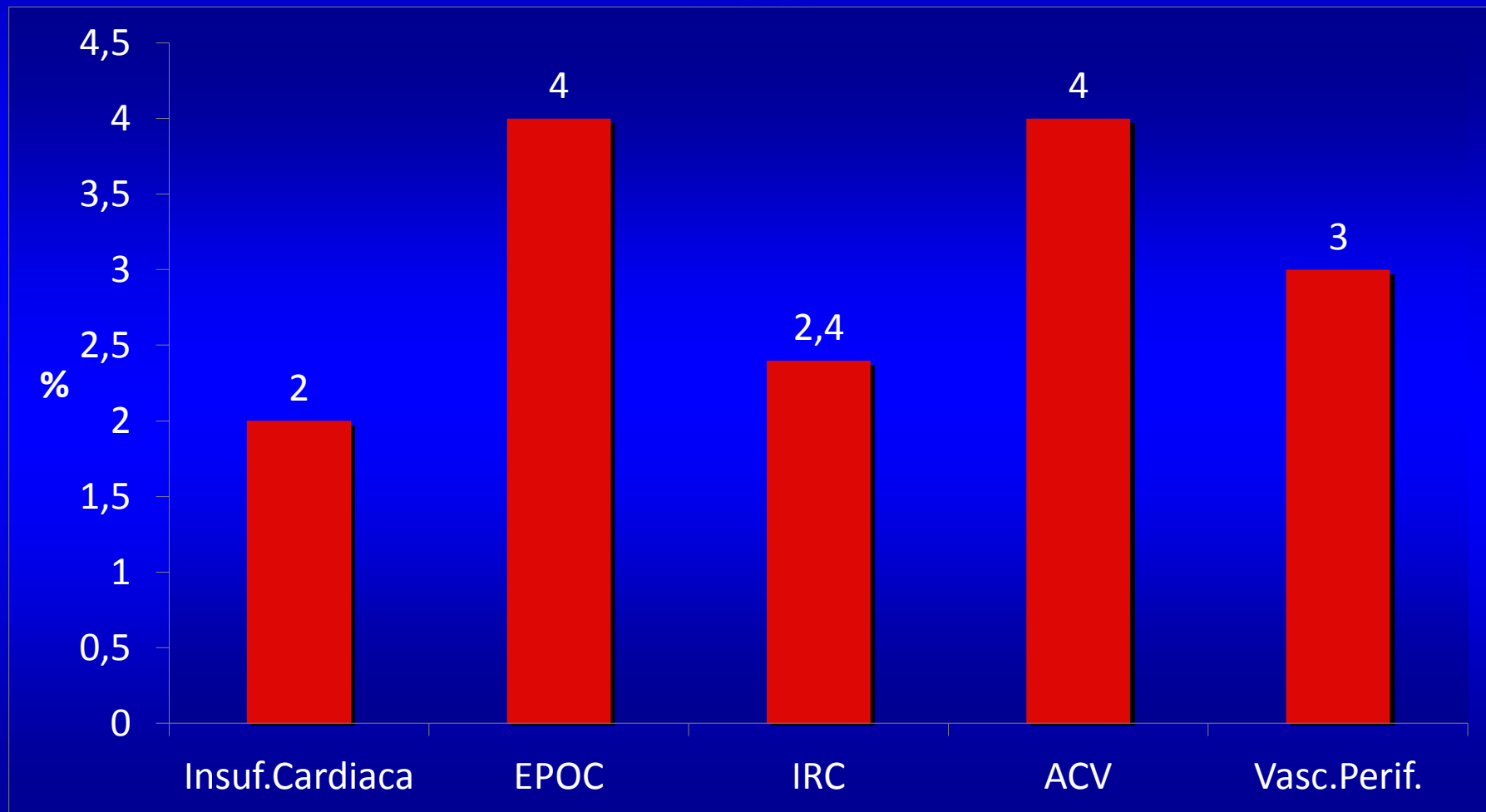
n=1759





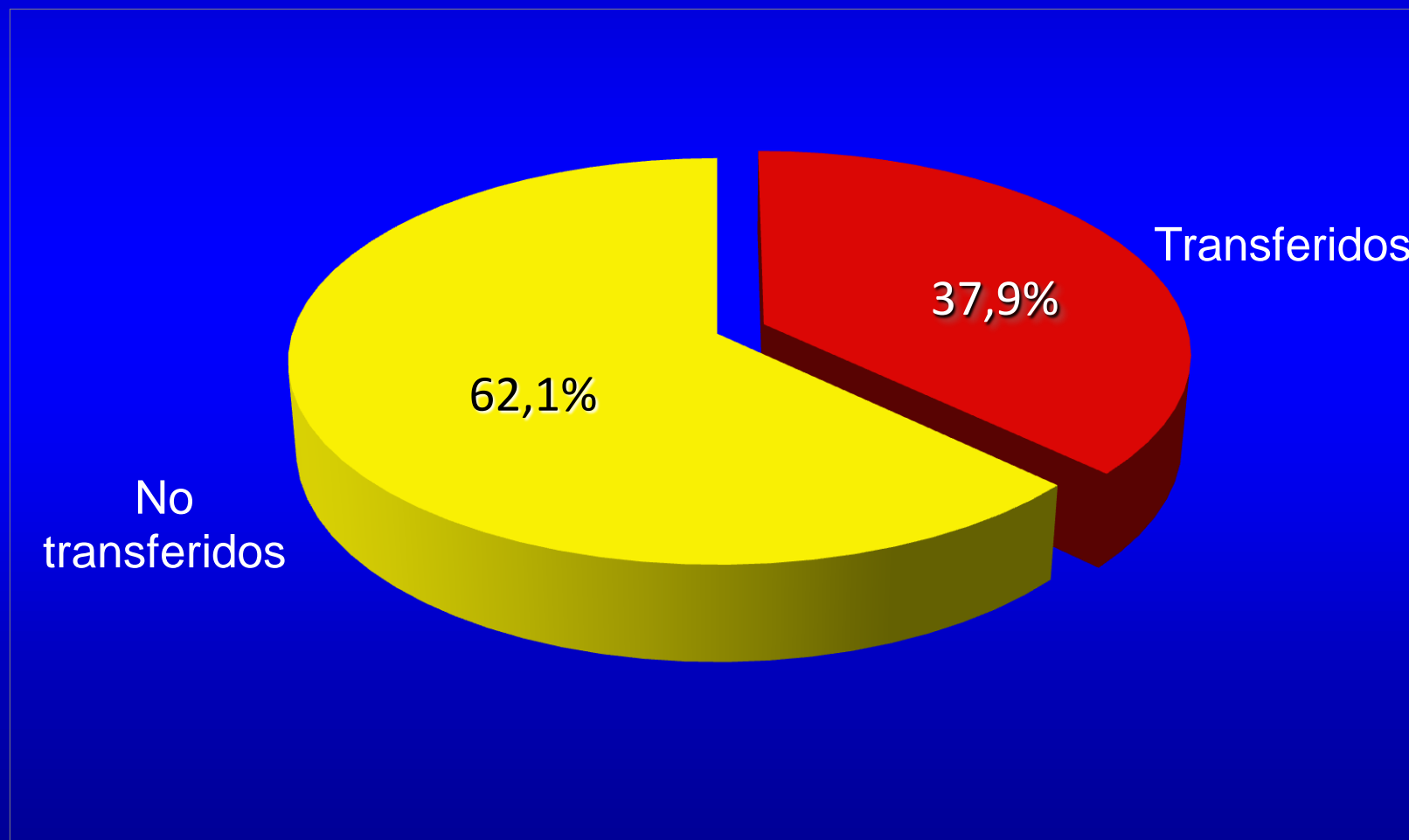
Prevalencia de Enfermedades Crónicas

n=1759

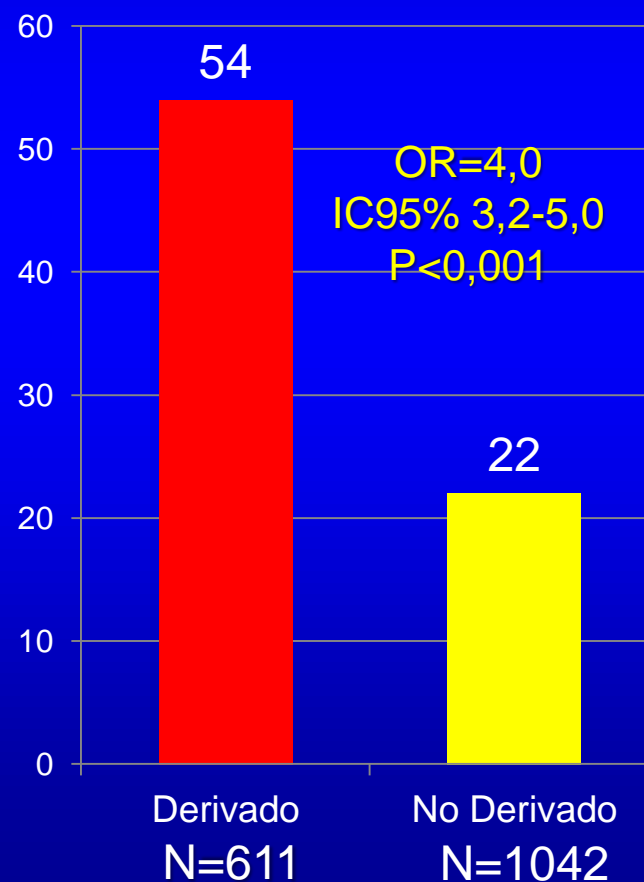
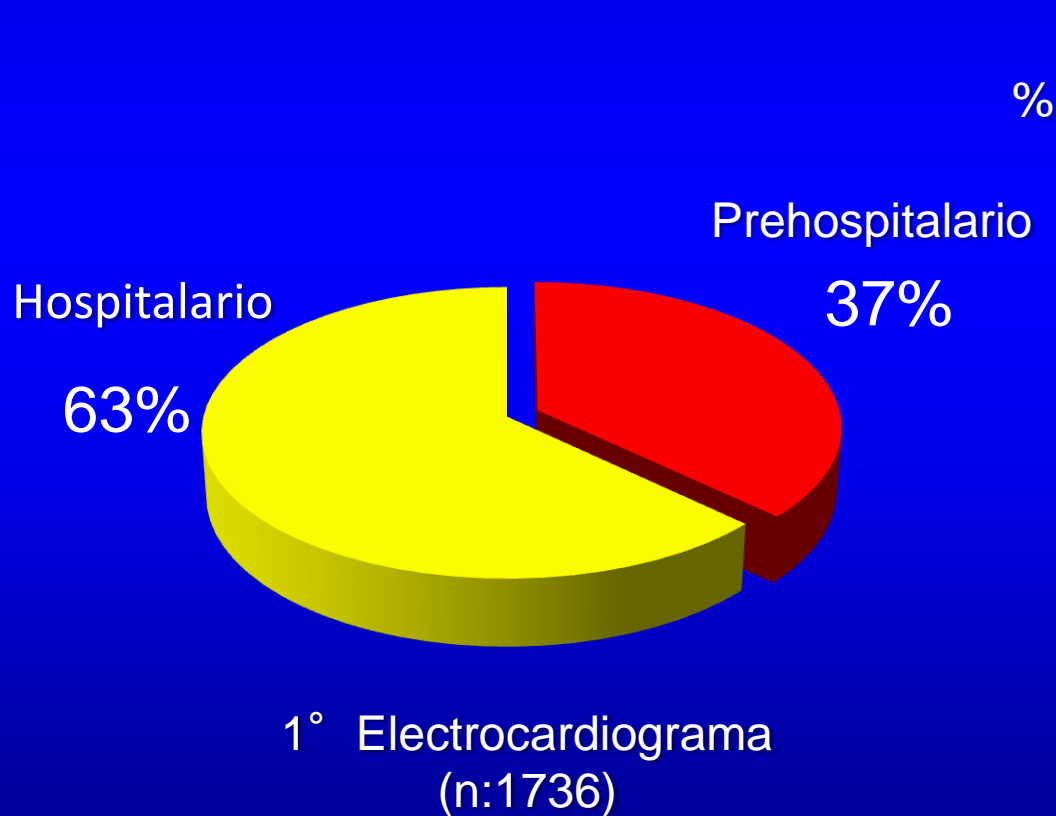


Pacientes Derivados de Otros Centros

n=1661

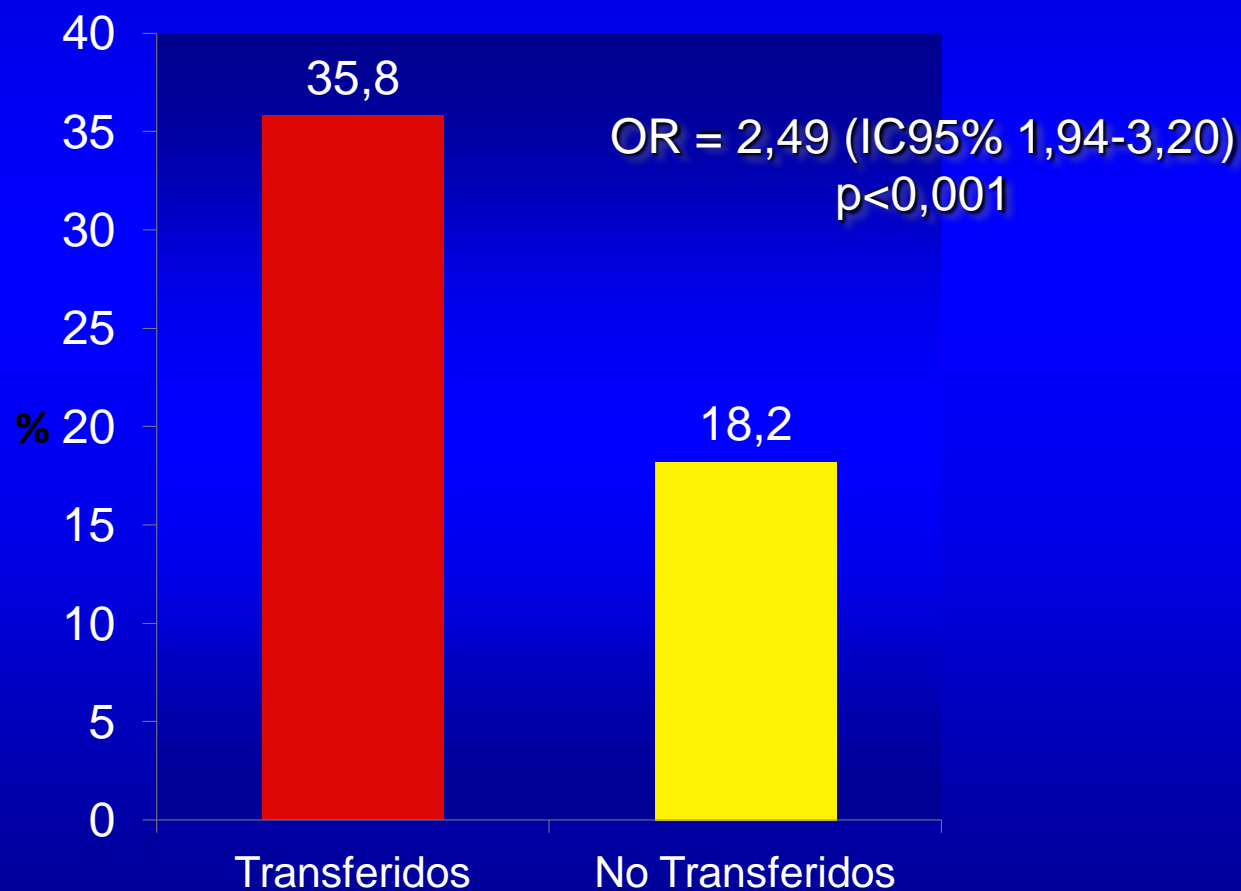


Prevalencia de Electrocardiogramas Realizados Antes del Ingreso al Hospital y en Pacientes Derivados de Otros Centros (n:1653)

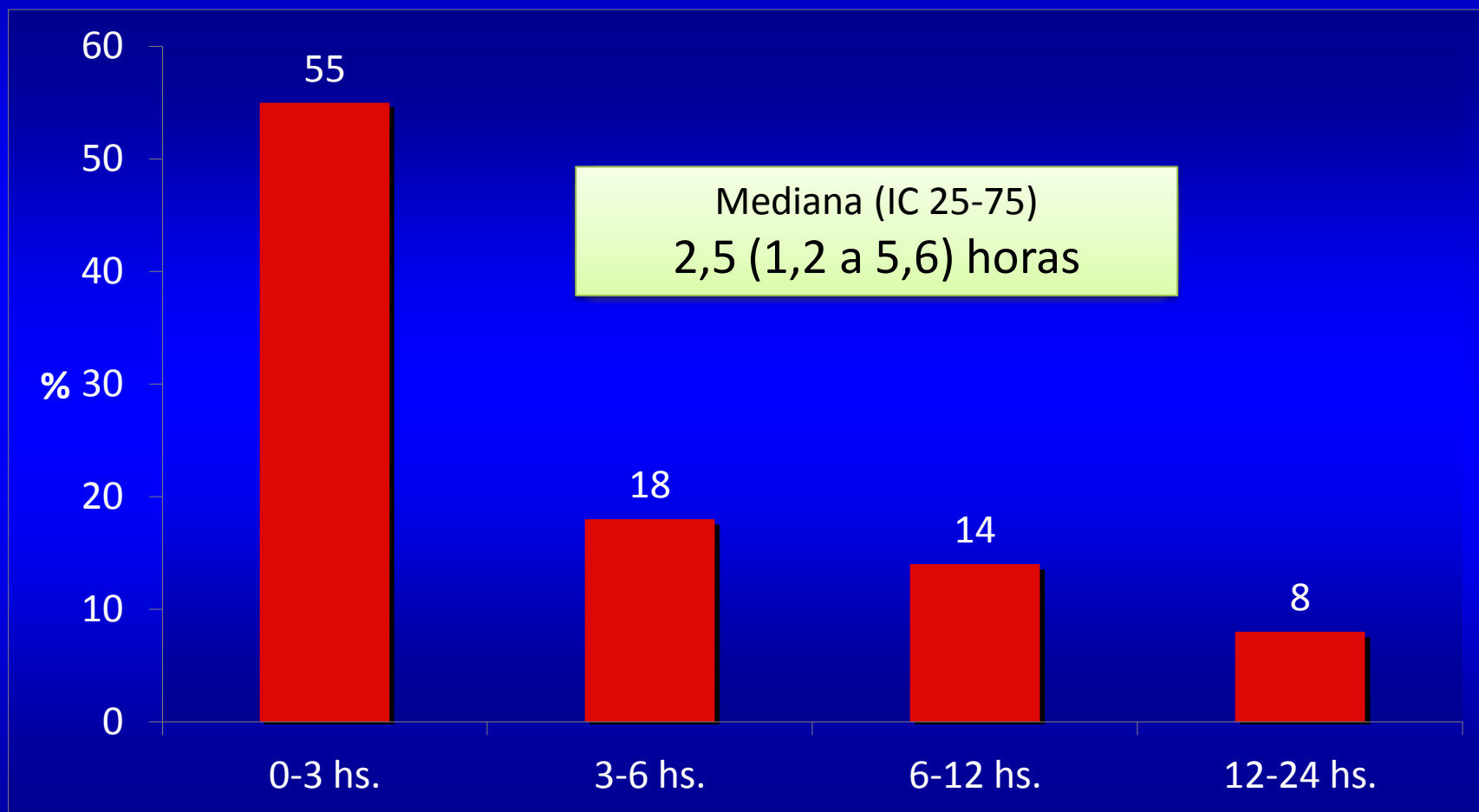


1° ECG Prehospitalario

n=1736

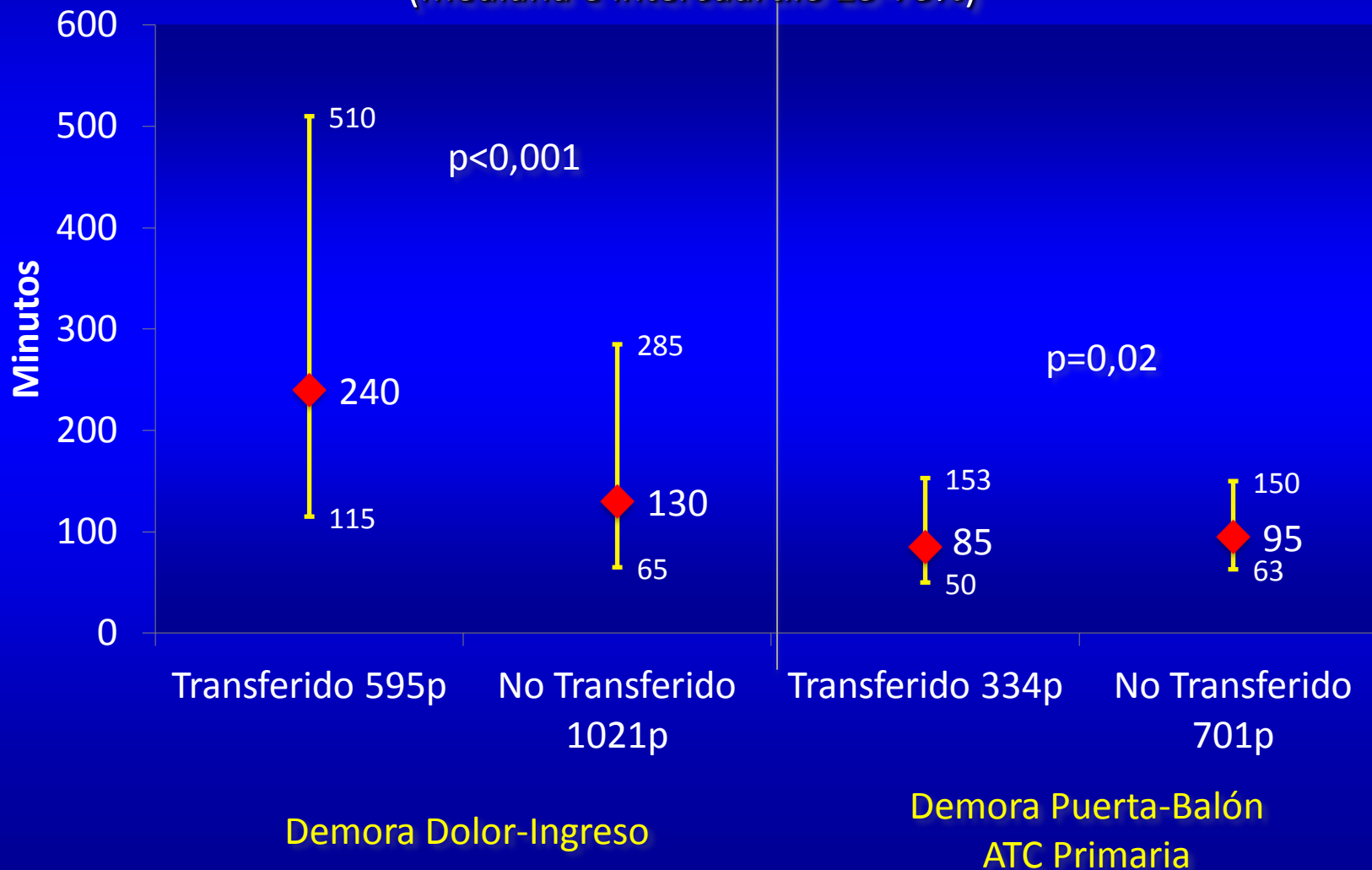


Demora Dolor – Ingreso (n:1670)

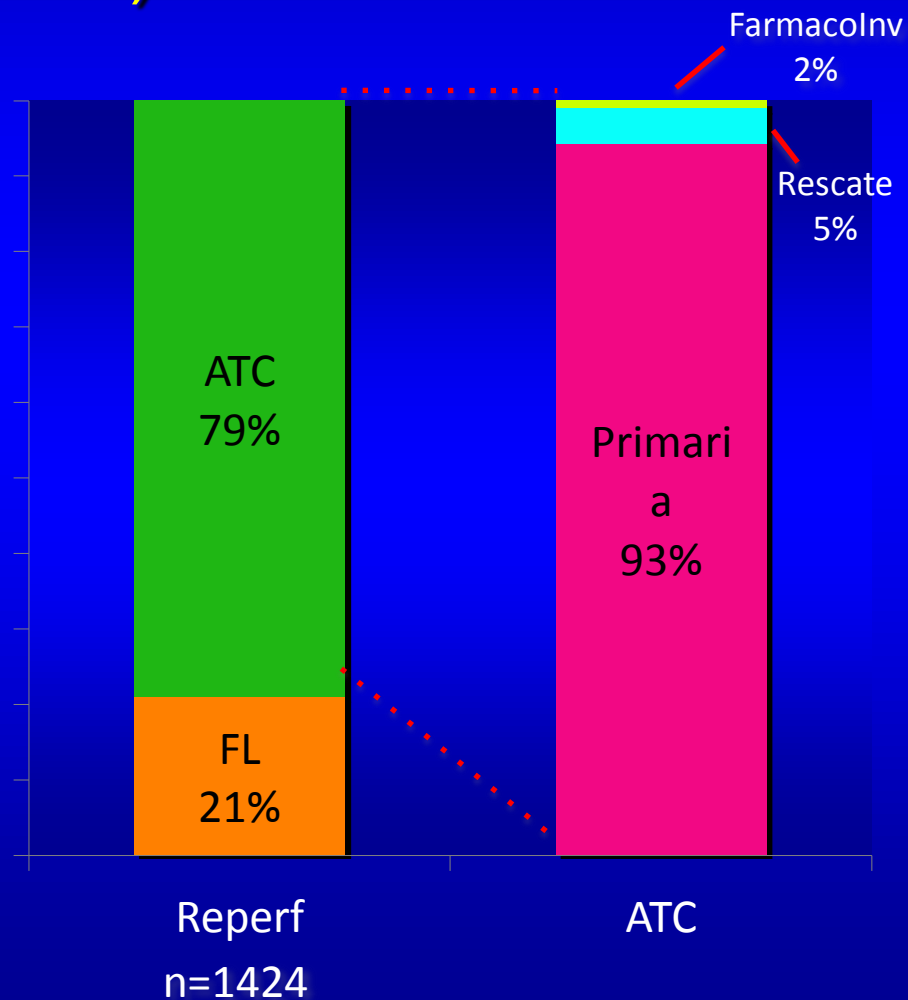
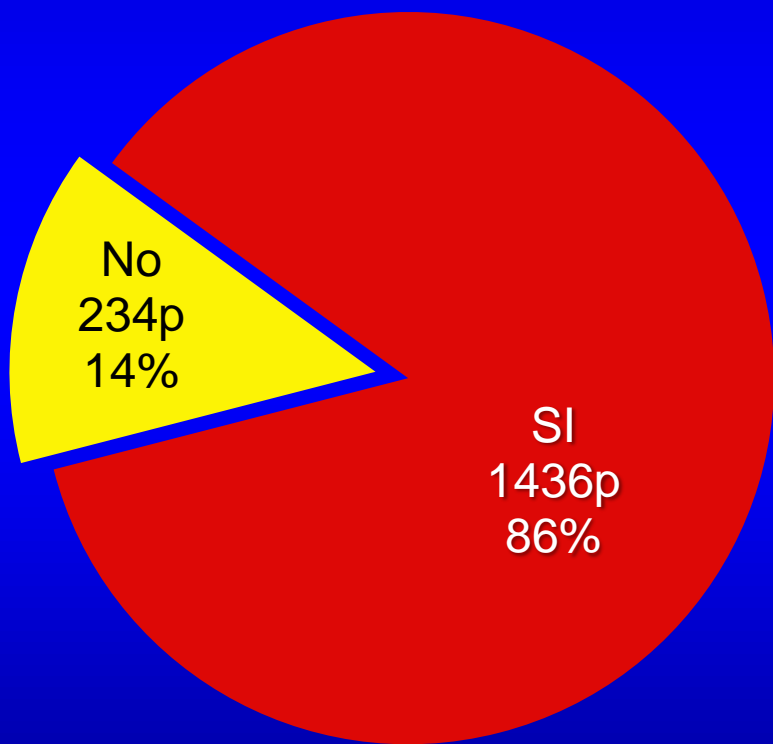


Demoras Dolor-Ingreso y Puerta-Balón

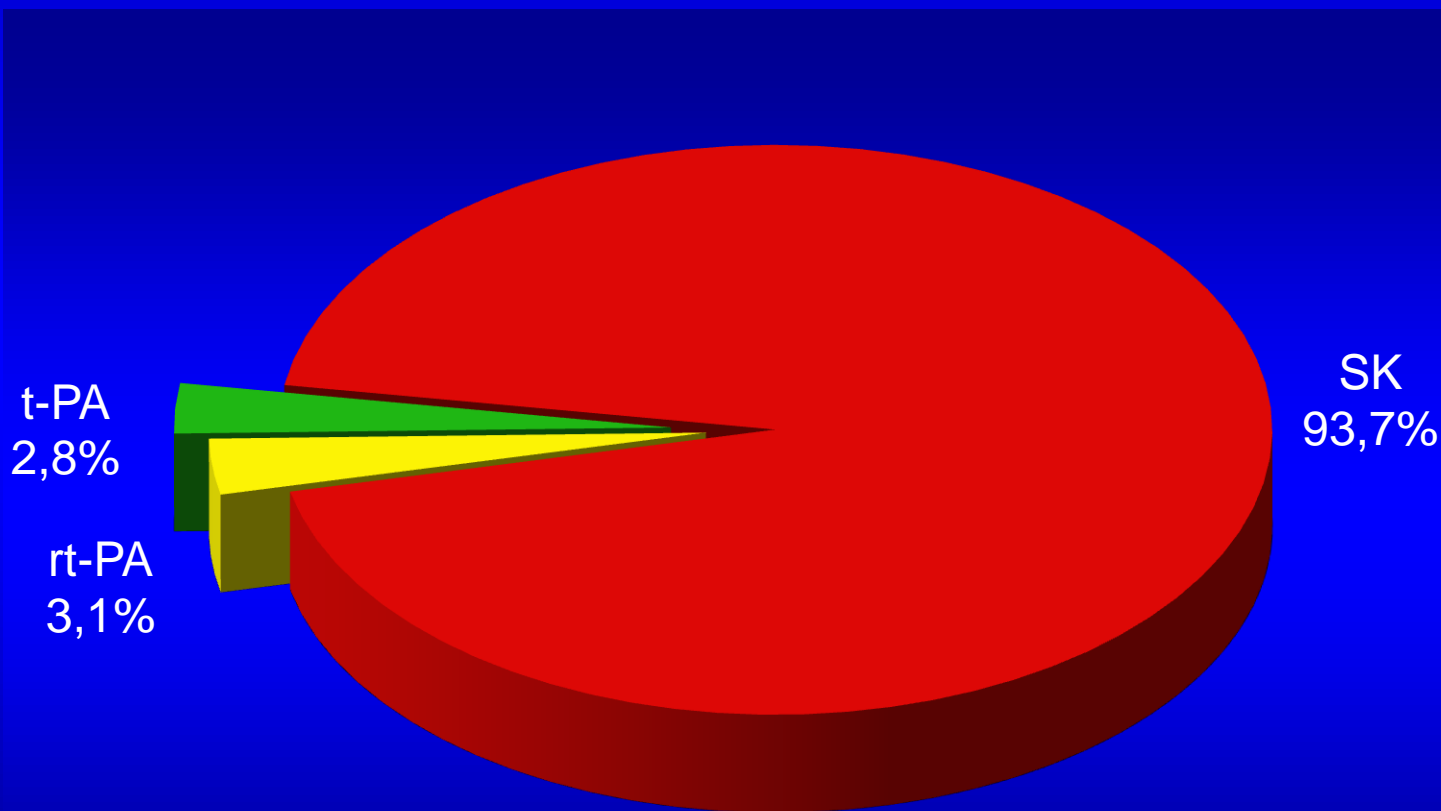
(mediana e intercuartil 25-75%)



Terapia de Reperusión en las Primeras 24 hs. (n:1670)

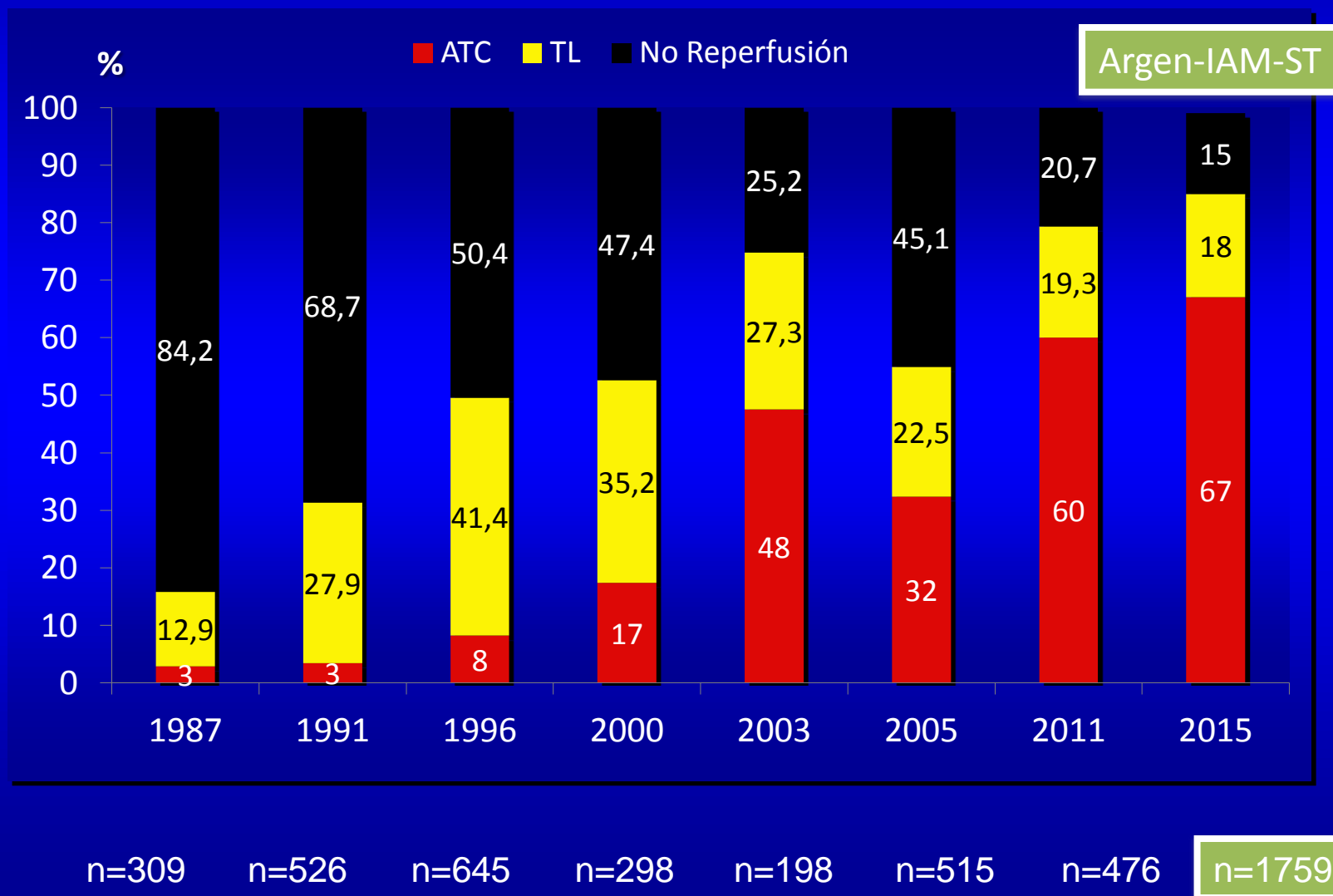


Tipo de Fibrinolítico (n:317)



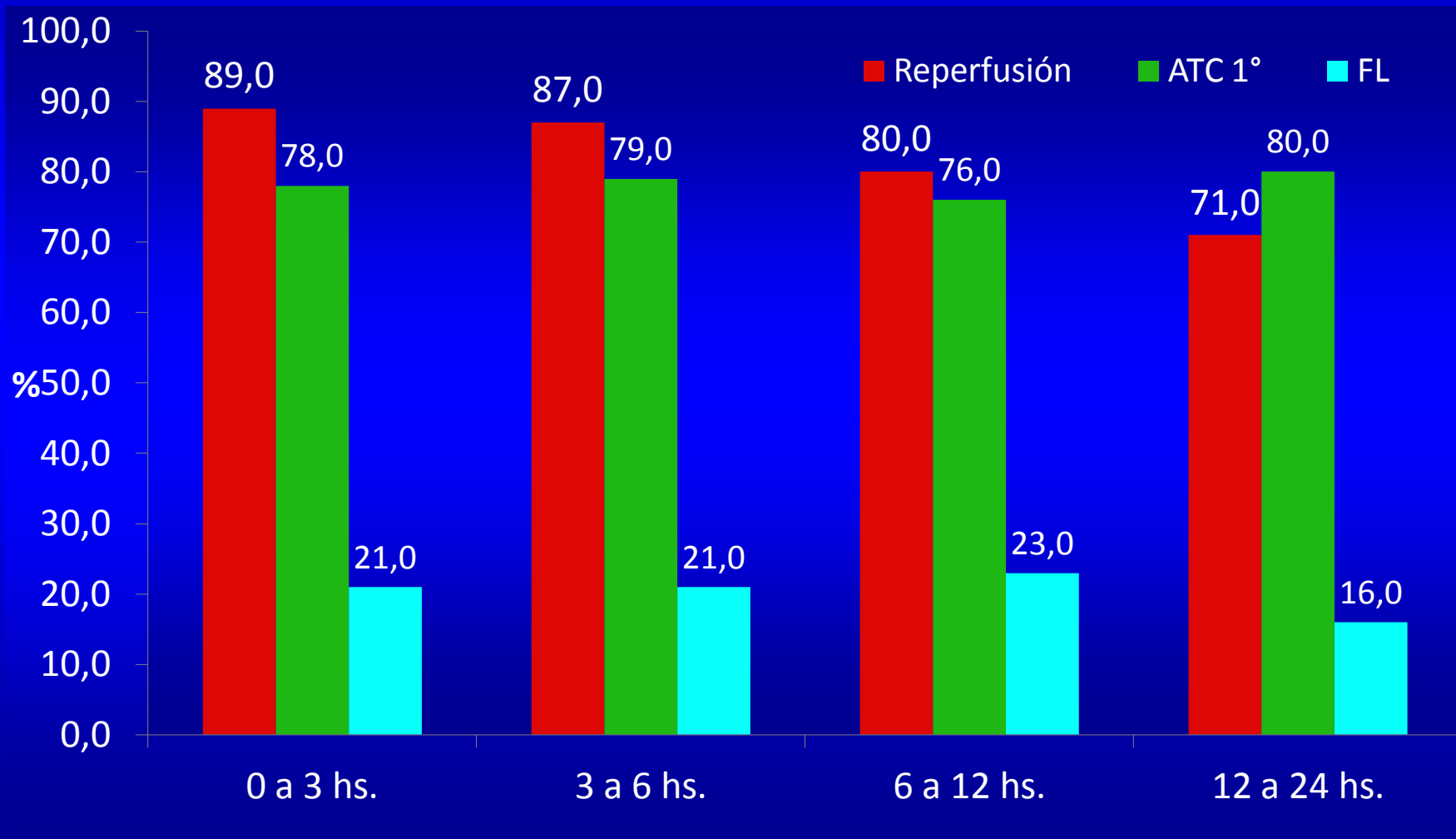


Evolución de la Reperusión en Argentina





Reperusión Según el Tiempo de Evolución del IAM

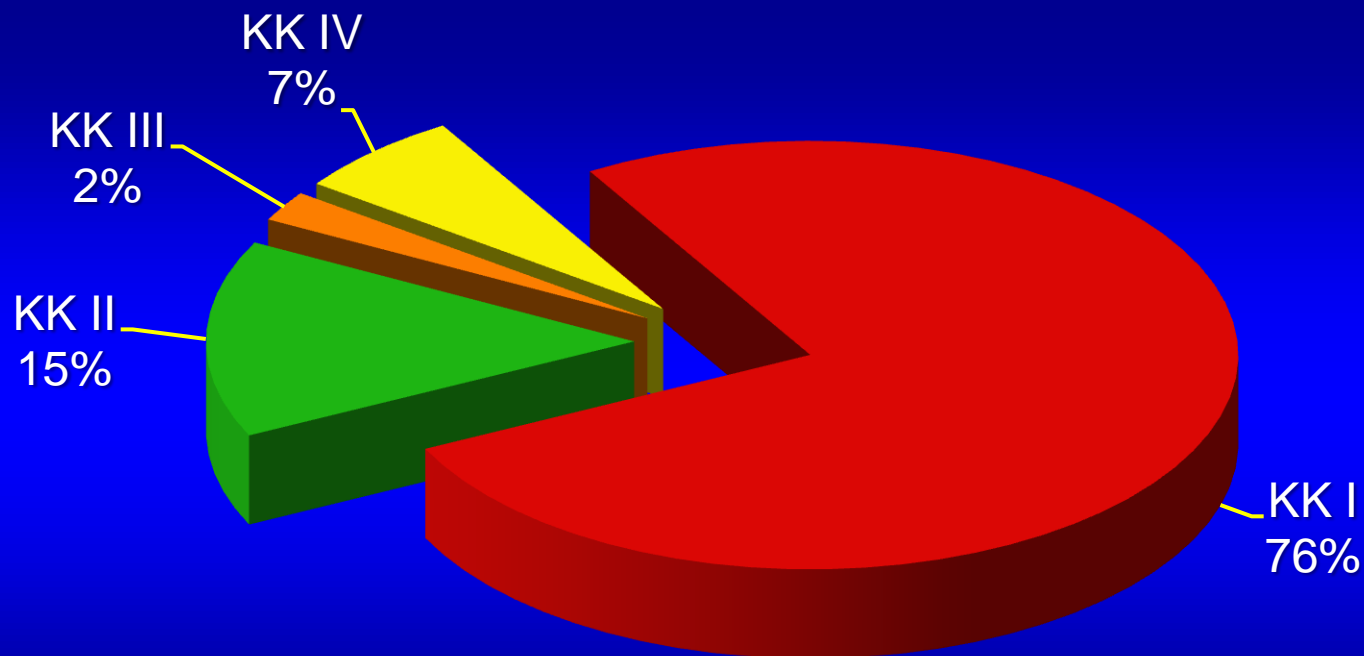




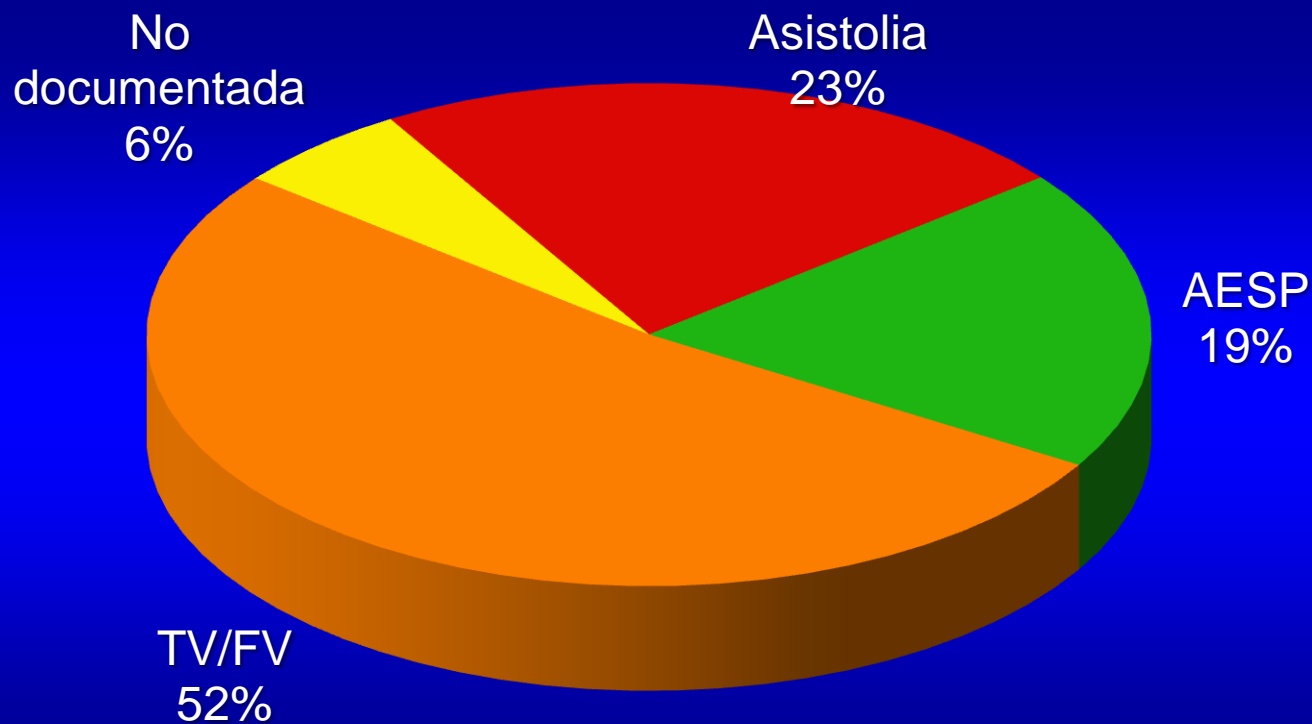
Evolución Intrahospitalaria (n:1759)

	N	%
Mortalidad General	155	8,8
Mortalidad Cardiovascular	131	7,4
Reinfarto	30	1,7
Angina posinfarto	44	2,5
Fibrilación Auricular	74	4,2
Paro Cardíaco	185	10,5
Sangrado	67	3,8

Insuficiencia cardíaca Killip y Kimball (n:1415)



Ritmo del Paro Cardíaco (n:175)



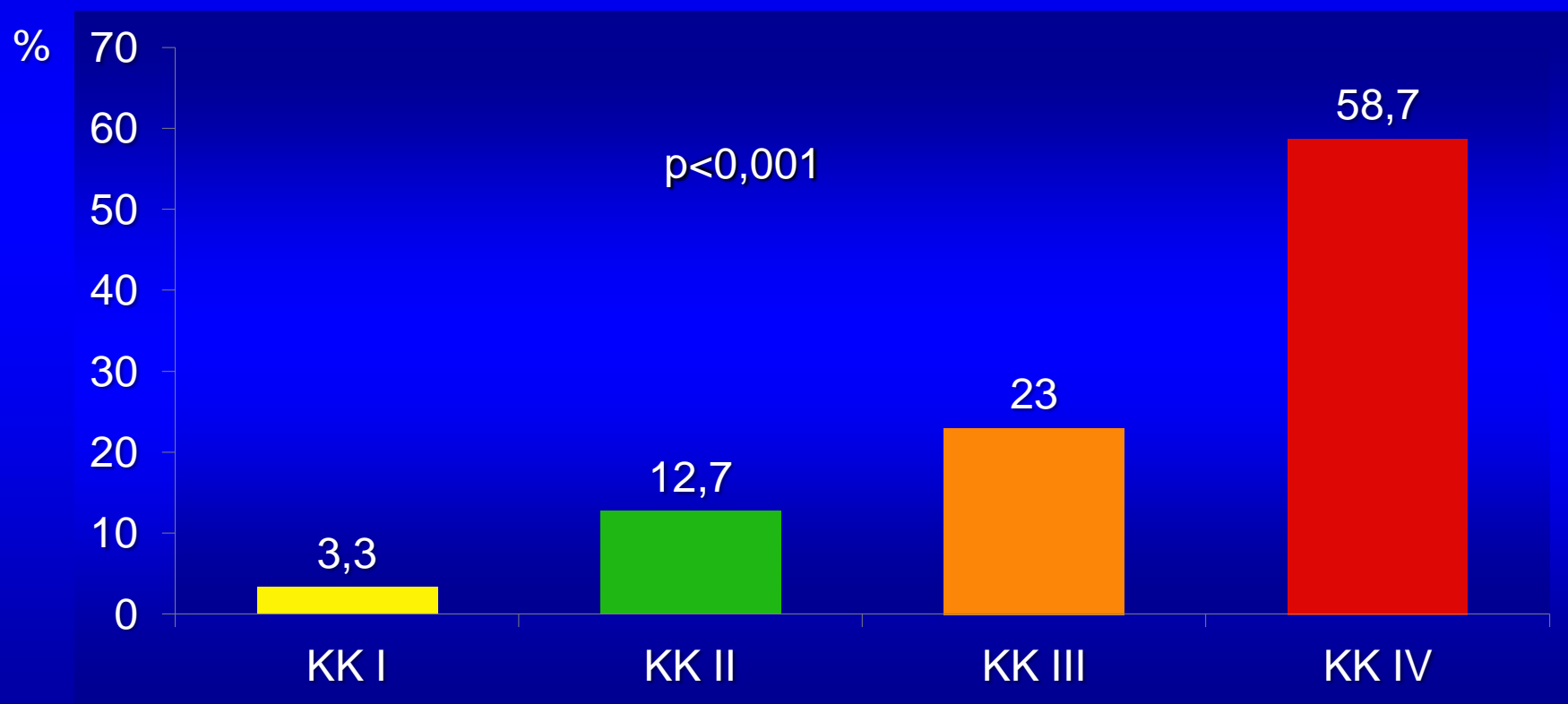


Hemorragias (n:1759)

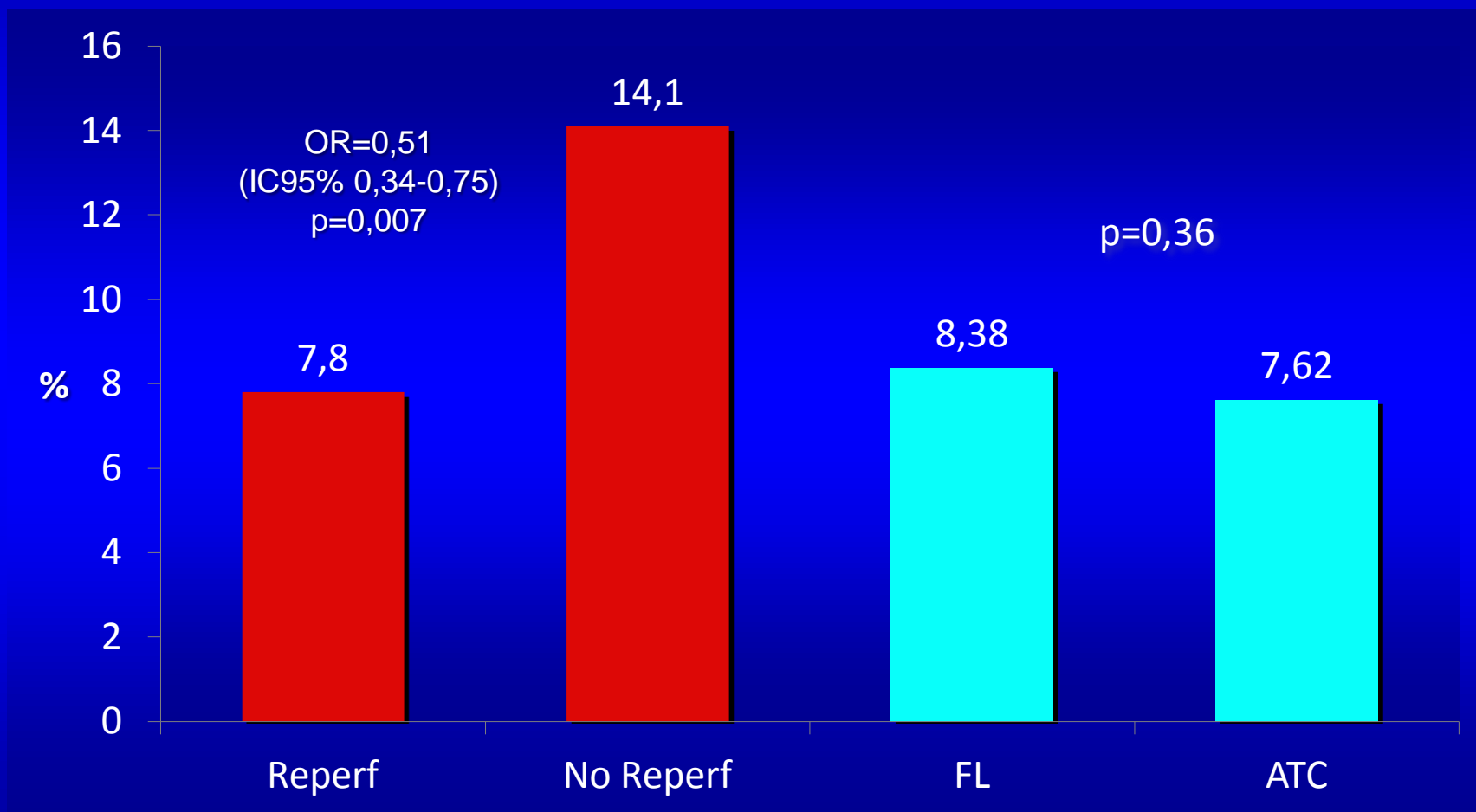
Hemorragias	Cerebral (n:2)	Digestiva (n:15)	Punción (n:30)	Otra (n:17)	Total (n:64)%
Mínima	-	5	24	8	(37) 58
Moderada	-	6	6	7	(19) 30
Grave	2	4	-	2	(8) 12

Hemorragias = 3,6%

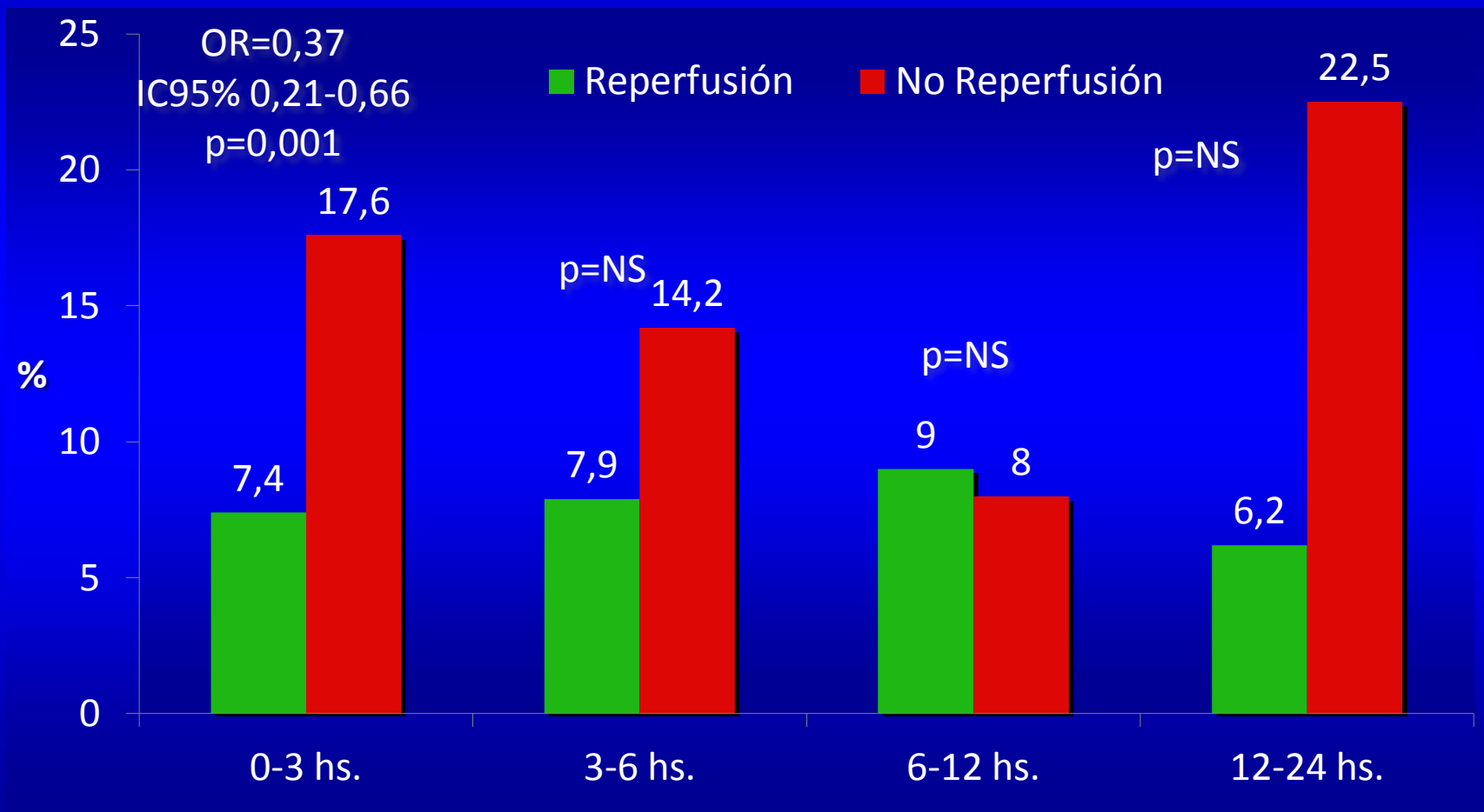
Mortalidad de acuerdo al Killip y Kimball (n:1546)



Mortalidad

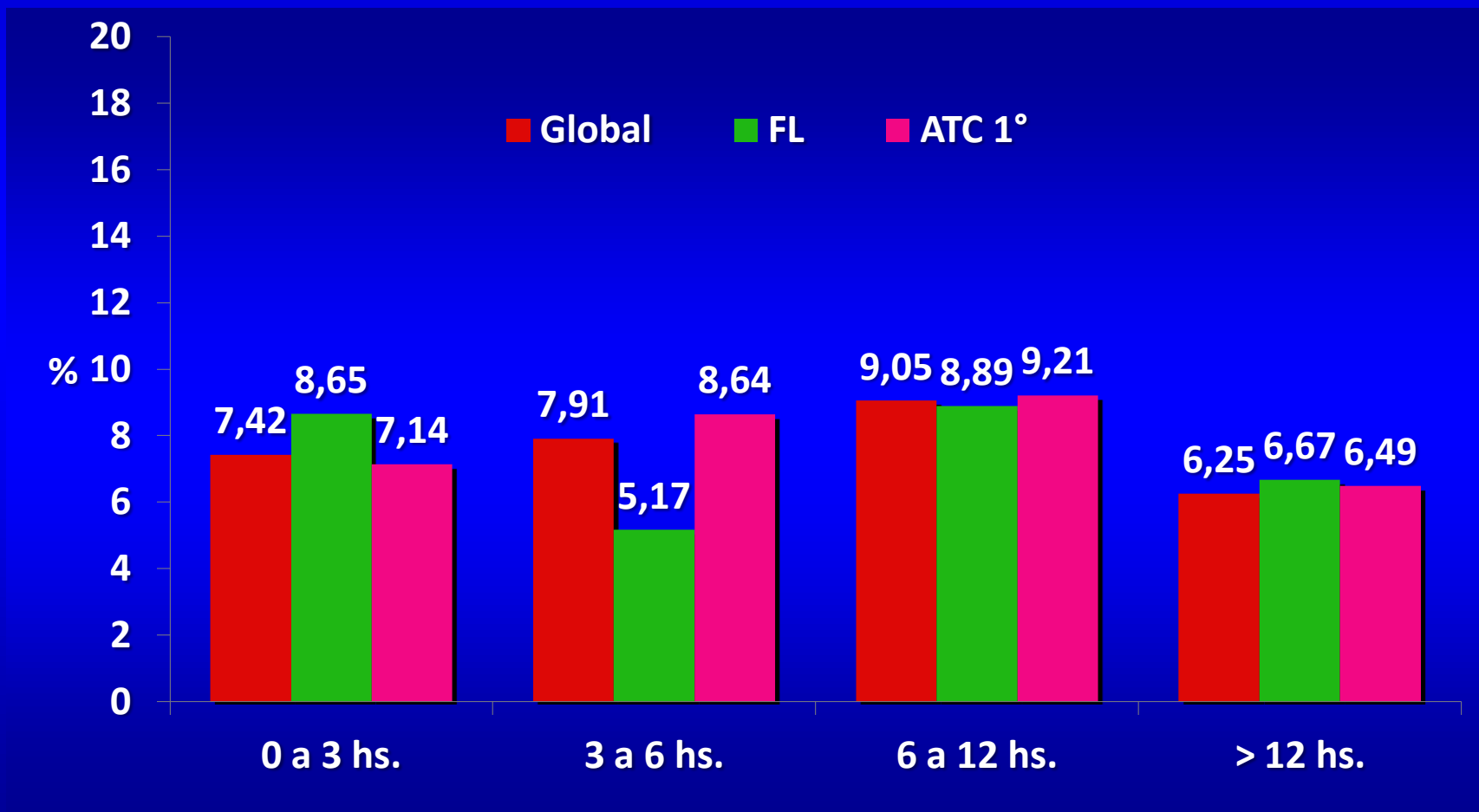


Mortalidad según Reperusión y Tiempo de Evolución





Mortalidad según Estrategia de Reperusión y Demora al Ingreso





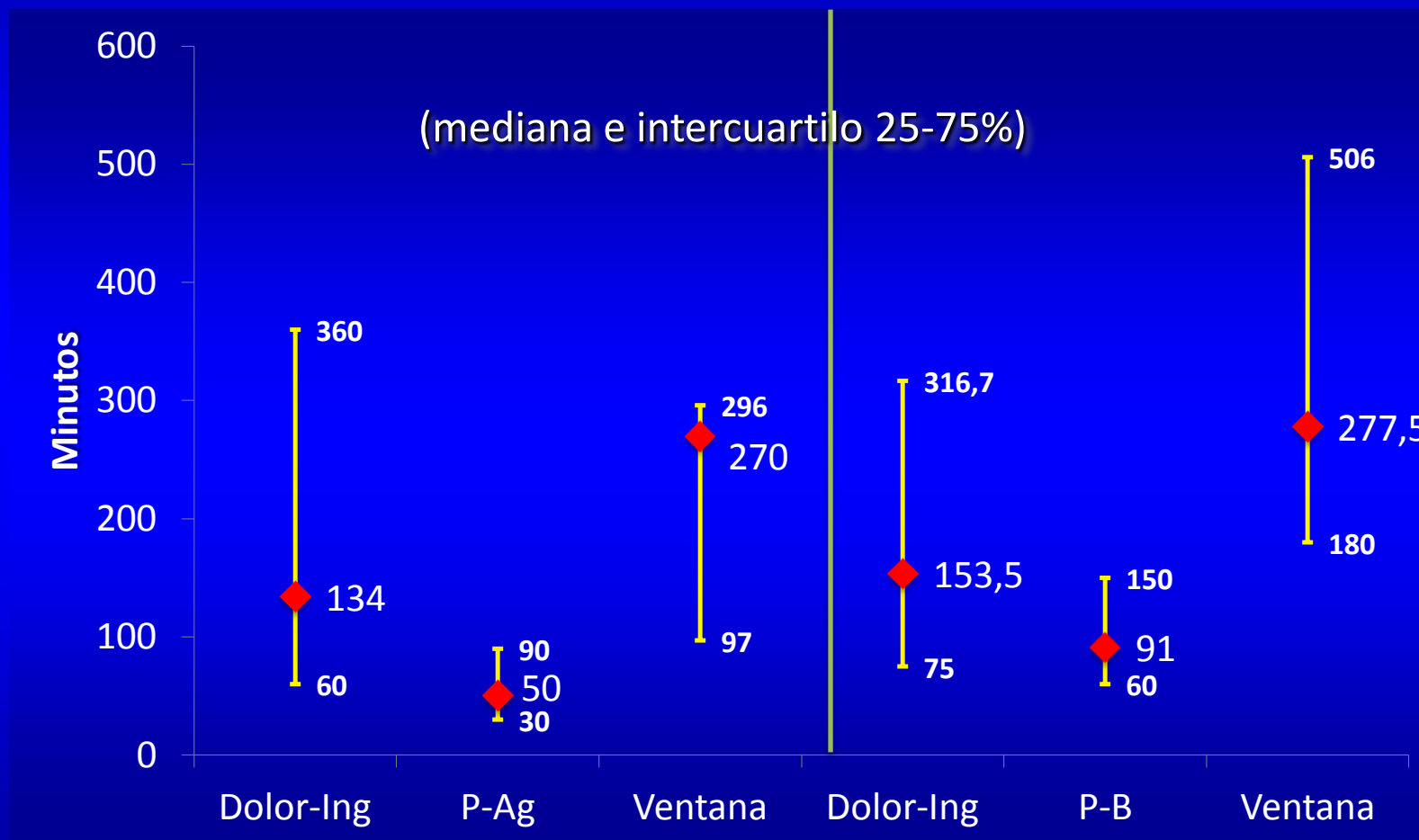
Evolución a 30 días

	N	%
Mortalidad	89 / 941	9,45
Reinternación	82 / 806	10,1
Reintervención	40 / 702	5,7



Demoras

Demoras al Tratamiento



Fibrinolíticos

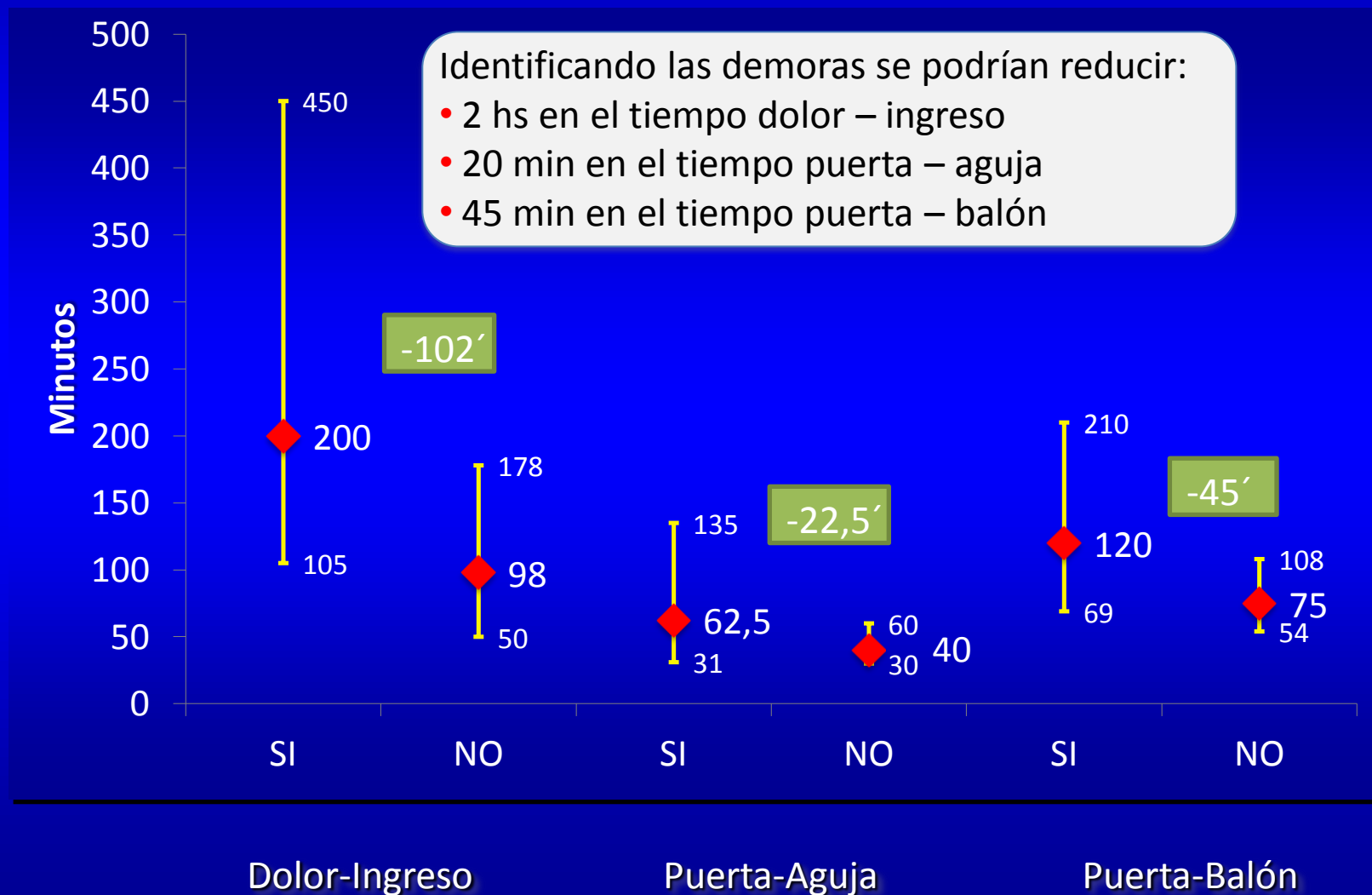
ATC



Demoras en el Tratamiento de Reperusión: 75,8% (n=1112/1476)

Motivos de Demora vinculados a:	n	%
Consulta paciente	529	35,8
Retraso ambulancia	225	15,2
Guardia	195	13,2
Falla médica en diagnóstico	156	10,6
Derivado a otro centro para ATC	255	17,3
Paro cardíaco	48	3,3
Problemas administrativos	70	4,7
ECG dudoso inicial	54	3,7
Otros motivos	76	5,1

Demoras en el Tratamiento de Reperfusion





Tiempos puerta balón cuando los médicos detectan demoras en pacientes que se realiza ATC Primaria

Respuesta	% (variable/n)	SI (Mediana e IC95%)	NO (Mediana e IC95%)	Tiempo perdido	p
Demora consulta	38,4 (421/1094)	108 (67-170)	86 857-135)	22'	<0,001
Guardia	12,8 (140/1094)	174,5 (115-276)	88 (59-130)	86,5'	<0,001
Falla diagnóstica	11 (120/1094)	200 (101-332)	90 (59-135)	110'	<0,001
Problemas administrativos	4,9 (51/1094)	143 (106-231)	90 (60-106)	53'	0,001



Causas de No Tratamiento de Reperusión (n=283)

Cuestionario a los Médicos (podían marcar varias opciones)

% Causas reportadas 81% (229/283)	N	%
Contraindicación para trombolíticos	10	3,5
Negativa del paciente	2	0,7
Presentación tardía	71	25
Edad avanzada	4	1,4
Decisión de NO hacer ATC	25	8,8
ECG dudoso	19	6,7
Falta disponibilidad de trombolíticos	2	0,7
Falta disponibilidad de ATC	12	4,2
Infarto pequeño	13	4,6
Otros motivos (óbitos, coronarias normales, falla técnica y otras)	71	25



Conclusiones

- Estos datos permiten esbozar un mapa de la realidad del IAM en la Argentina.
- La tasa de reperfusión en las primeras 24 horas es 86% y la mortalidad intrahospitalaria del 8,8 %.
- Las demoras al tratamiento son importantes y existen puntos a corregir. Se detectan demoras en el 75% de los casos.
- La detección de barreras y su corrección podría significar hasta casi 2 horas de reducción en las demoras.



Conclusiones

- Acortar los tiempos a la reperfusión, tanto para los FL como para la ATC (*programas de educación médica, políticas sanitarias coadyuvantes, características regionales y costo/beneficio en terreno*).
- Lograr que todos los candidatos a recibir una estrategia de reperfusión (cualquiera ésta fuere), la puedan recibir en tiempo y forma.



¿Cómo lograrlo?

- REGIONALIZACIÓN

- Estímulo y creación de redes de atención del infarto de acuerdo con las características de la zona

- NORMATIZACIÓN Y AUDITORIA

- ¿Legislación sobre Tratamiento Obligatorio del Infarto?
- ECG, trasmisión, TL si no ATC 1° , doble antiagregación, derivación de casos graves.

- REGISTRO CONTINUO

- Control de resultados de las políticas implementadas y eventuales correcciones en función de los datos evolutivos.