

Material y Métodos¹

Material y Métodos

Se analizaron todos los procedimientos cardiológicos intervencionistas realizados entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, bajo cobertura financiera del FNR.

Se consideró como ATCP a la angioplastia realizada en pacientes con IAM con supra-desnivel de ST, en las primeras 24 horas y que es efectuada como primer tratamiento de reperfusión. Para la evaluación del proceso asistencial vinculado a la ATCP se diseñó el indicador de “Angioplastia Primaria dentro de las 6 horas del inicio del infarto (ATCP6h)”. El indicador ATCP6h se calcula como la proporción de ATCP que se realizaron en las 6 horas del inicio del infarto de miocardio. Se excluyeron los pacientes con IAM con inestabilidad hemodinámica o shock.

Entre los indicadores de resultado a evaluar se encuentra la mortalidad operatoria definida como: la muerte por todas las causas ocurrida durante la internación de la ICP o hasta 30 días luego de la intervención en pacientes dados de alta hospitalaria. Se calculó considerando todos los procedimientos realizados durante el año 2020 y se consideró la mortalidad por todas las causas.

El indicador de mortalidad cruda se estratificó considerando tres situaciones clínicas al momento del procedimiento: a) paciente sin IAM, que engloba un conjunto de situaciones clínicas diferentes al infarto ST y que se señalan en el formulario de solicitud (ángor estable, inestable, post IAM, etc.) b) paciente cursando IAM sin inestabilidad hemodinámica o shock y c) paciente cursando IAM con inestabilidad hemodinámica o shock, definido por la presencia de requerimientos de inotrópicos, necesidad de BIAC o clase IV de Killip y Kimball o el registro de IH o shock en el formulario.

Además, el indicador global para cada IMAE se estandarizó a la distribución de los tres estratos mencionados en la población general del año en estudio.

Para la estimación de la mortalidad operatoria ajustada se desarrolló un modelo nacional en base a la población total de procedimientos realizados desde el 1ero de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2016 (Anexo I); dicho modelo posteriormente se aplicó a la población del año 2020. Para el análisis de la relación MO/ME (Mortalidad Observada MO y Mortalidad Esperada ME) se excluyeron del análisis los pacientes con ausencia de datos en alguna de las variables utilizadas para la estimación de la mortalidad esperada.

Con este análisis la comparación considera las características de los pacientes de la población del año 2020, y los resultados de cada IMAE se compararon con los niveles de riesgo predichos por el modelo desarrollado (período de referencia años 2010 a 2016).

Como otro indicador de resultado se evaluó el requerimiento de un nuevo procedimiento de revascularización coronaria a 6 meses, definido como la proporción de pacientes que requirieron un nuevo procedimiento de revascularización dentro de los 6 meses del procedimiento de referencia o índice. Este indicador se calculó incluyendo todos los procedimientos realizados en todos los pacientes.

Se calcularon dos indicadores: a) Nueva revascularización coronaria a 6 meses no programada que considera solo la proporción de procedimientos de nueva revascularización que fueron no coordinados desde el PCI índice, b) Nueva revascularización coronaria a 6 meses sobre la misma lesión, considera los procedimientos sobre la misma lesión original y por ende son no programados.

Se excluyeron los procedimientos en pacientes fallecidos antes de los 6 meses y que no presentaron el evento.

¹Informe en www.fnr.gub.uy "Indicadores de Intervenciones Coronarias Percutáneas 2020"