

## FONDO NACIONAL DE RECURSOS

### Programa de evaluación de resultados: datos de angioplastia coronaria IMAE Hospital de Clínicas. Año 2017

Los resultados del IMAE se comparan con los obtenidos en el total de la población tratada a nivel nacional con cobertura del FNR en el mismo año. En los casos señalados con (\*) la diferencia es estadísticamente significativa.

	Hospital de Clínicas	Valor nacional <sup>1</sup>
Total de pacientes tratados <sup>2</sup>	379	4116
Angioplastia primaria dentro de las 6 horas del inicio del infarto <sup>3</sup>	73,48%	69,13%
Mortalidad cruda a 30 días del procedimiento		
Pacientes sin infarto de miocardio (IAM)	5,02% (*)	2,08%
Pacientes con IAM sin inestabilidad hemodinámica	10,14% (*)	4,99%
Pacientes con IAM con inestabilidad hemodinámica o shock	33,33%	39,13%
Total de pacientes estandarizada <sup>4</sup>	6,94 (*)	3,52%
Mortalidad a 30 días ajustada por modelo logístico nacional <sup>5</sup>		
Mortalidad observada / mortalidad esperada ajustada para la población 2003-2006	1,88 (*)	1,22
Mortalidad observada / mortalidad esperada ajustada para la población 2017	1,60 (*)	1,0
Nuevo procedimiento de revascularización a 6 meses <sup>6</sup>		
Nueva revascularización a 6 meses	10,82 %	10,11%
Nueva revascularización no programada a 6 meses	4,49 %	4,98%
Nueva revascularización a 6 meses sobre misma lesión	3,69%	2,58%

<sup>1</sup>El valor nacional corresponde al valor observado en el total de los procedimientos realizados en los IMAE con cobertura del FNR.

<sup>2</sup>El análisis incluye el total de pacientes tratados en el año 2017 con cobertura del FNR.

<sup>3</sup>Se consideran los pacientes con IAM tratados con angioplastia primaria en quienes el procedimiento se realizó dentro de 6 horas de inicio del IAM.

<sup>4</sup> Se considera el total de pacientes independientemente de la situación clínica.

<sup>5</sup>En este caso, la mortalidad está ajustada por un modelo local en base a la población total de procedimientos que se realizaron en el Uruguay con cobertura del FNR entre enero de 2003 y diciembre de 2006. Ese modelo se aplicó a la población tratada en 2017. Este ajuste permite la comparación entre centros nacionales en la perspectiva histórica, corrigiendo la interferencia que podrían generar los distintos perfiles de riesgo de los pacientes tratados. El modelo también se calibró a la población del año 2017. Este ajuste permite la comparación entre centros nacionales, corrigiendo la interferencia que podrían generar los distintos perfiles de riesgo de los pacientes tratados en el año 2017.

<sup>6</sup>Se considera la realización de nueva angioplastia o cirugía de revascularización coronaria.