



# **Evaluación Anual de Intervenciones Coronarias Percutáneas**

**Año 2020**

**Fondo Nacional de Recursos**

**Unidad de Evaluación**

**Autores: Dra. Natalia Piñeiro y Mag. Gustavo Saona**

## Abreviaturas

FNR: Fondo Nacional de Recursos

IAM: infarto agudo de miocardio

IAM ST: infarto agudo de miocardio con supra desnivel del ST

IH: inestabilidad hemodinámica

ICP: intervenciones coronarias percutánea

IC95%: intervalo de confianza del 95%

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

ATC: angioplastia transluminal

ATCP: angioplastia primaria

RMA: razón de mortalidad ajustada

TMA: tasa mortalidad ajustada

## Reseña

Desde el año 2007, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) realiza evaluaciones de desempeño de los IMAE que realizan procedimientos cardiológicos intervencionistas, basándose en tres indicadores: angioplastia primaria dentro de las 6 horas de inicio del infarto (indicador de proceso), mortalidad operatoria (indicador de resultado) y requerimiento de nueva revascularización coronaria a 6 meses (indicador de resultado).

De esta forma, se realiza un seguimiento del desempeño por períodos anuales para cada IMAE y del conjunto de las evaluaciones realizadas de los últimos años, se cuenta con un registro histórico de dichos indicadores que permite realizar un juicio sobre la tendencia en los cambios de los procesos y de los resultados.

## Objetivo

Evaluar el desempeño de los centros que realizan procedimientos de Intervenciones Coronarias Percutáneas bajo la cobertura financiera del FNR, mediante indicadores de calidad del proceso asistencial y de resultados.

## 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 ST sin inestabilidad hemodinámica o shock y c) paciente cursando IAM ST 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 re-procedimientos sobre la misma lesión original y por ende son no programados. Además, se describen el total de las revascularizaciones, las previamente programadas y las no programadas.

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

## **Fuentes de Datos**

Los datos analizados fueron obtenidos de las bases del FNR: a) los formularios de solicitud y realización de ICP que son enviados al FNR por los médicos tratantes y por el hemodinamista que realiza el procedimiento, b) los formularios de solicitud y realización de cirugía cardiaca que son enviados al FNR por los médicos tratantes y por el cirujano que realiza la cirugía, c) datos de los formularios de evaluación de los grupos médicos de segunda opinión, d) datos de los formularios de cobertura complementaria, f) datos de fallecimiento proporcionados por MSP.

Toda la información de los formularios referidos y de la mortalidad se ingresa en el sistema informático del FNR.

## Análisis Estadístico

Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las proporciones utilizando una distribución binomial exacta, según las condiciones de aplicación.

El modelo logístico nacional para la mortalidad operatoria se desarrolló utilizando métodos ascendentes y descendentes de selección de variables y aplicándolo a un conjunto de variables previamente seleccionadas de los antecedentes de estudios similares (1). El modelo final fue el más exhaustivo que incluyó todas las variables significativas ( $p \leq 0,05$ ).

El modelo desarrollado fue evaluado en su capacidad de discriminación mediante el área de la curva ROC y el porcentaje de clasificación correcta (%CC). Además, se evaluó la calibración del mismo por medio del test de Hosmer-Lemeshow, el puntaje Brier y el puntaje Brier escalado. Se consideró una buena discriminación si el área ROC supera 0,7 y el %CC es mayor al 80%, la calibración estará dada por un test de H-L no significativo y un puntaje Brier menor a 0,25.

Para evaluar los resultados de la mortalidad ajustada se calculó la razón de mortalidad ajustada ( $RMA = MO/ME$ ) y la tasa de mortalidad ajustada ( $TMA = RMA * Tasa\ Global$ ). La significación estadística de la RMA y la TMA se determinó por medio de los IC95% correspondientes (2).

En todos los cálculos estadísticos se utilizó el software STATA 17.0 (College Station, Texas, 2017).

## Resultados

Se realizaron un total de 4205 PCI en el año 2020.

En la tabla 1 se observan los resultados del primer indicador "Angioplastia Primaria dentro de las 6 horas del inicio del infarto".

Considerando solo las ATCP se realizaron un total de 874 de las cuales 670 se realizaron dentro de las 6 horas (76,66%).

La AEPSM fue el IMAE que realizó una proporción significativamente mayor de ATCP dentro de las 6 horas (97,0 %) respecto del valor global para el año (76,7%).

Por su parte, el IMAE Hospital de Clínicas realizó significativamente menos ATCP dentro de las 6 horas (60,5 %) respecto del valor global.

**Tabla 1. Angioplastia primaria dentro de las 6 horas de inicio del infarto**

IMAE	ACTP primarias	Realizadas dentro 6 horas		
	N	N	%	IC 95% *
AEPSM	132	128	96,97	92,42 – 99,17 #
INCC	68	49	72,06	59,85 – 82,27
ICI	93	71	76,34	66,40 – 84,54
C. Galicia	209	151	72,25	65,65 – 78,20
H. Clínicas	129	78	60,47	51,48 – 68,96 &
S. Americano Montevideo	122	91	74,59	65,91 – 82,04
S. Americano Salto	62	54	87,10	76,15 – 94,26
S. Americano Maldonado	59	48	81,36	69,09 – 90,31
Total	874	670	76,66	73,71 – 79,43

\* IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%, estimación considerando una Distribución Binomial Exacta

# Significativamente mayor

& Significativamente menor

Para el año 2020, la mortalidad cruda global de los procedimientos de PCI fue de 3,69%. En la tabla 2 se presenta la mortalidad cruda por IMAE y estrato de situación del IAM, y el valor global por IMAE estandarizado.

Casa de Galicia presentó una mortalidad cruda significativamente mayor para pacientes con IAM e inestabilidad hemodinámica o shock (75 %).

Por otra parte, el Sanatorio Americano (sucursal Montevideo) presentó significativamente menos mortalidad para el IAM sin inestabilidad hemodinámica (1,24%), así como menor mortalidad global estandarizada (1,81%).

**Tabla 2. Mortalidad operatoria del procedimiento estratificada y estandarizada**

IMAE	Estrato	Total, ACTP	Mortalidad 30 días		
		N	N	%	IC 95% *
AEPSM	No IAM	363	4	1,10	0,30 – 2,80
	IAM sin IH	162	13	8,02	4,34 – 13,33
	IAM con IH o shock	9	4	44,44	13,70 – 78,80
	Total £	534	21	4,08	2,48 – 5,68
INCC	No IAM	321	4	1,25	0,34 – 3,16
	IAM sin IH	107	4	3,74	1,03 – 9,30
	IAM con IH o shock	6	3	50,00	11,81 – 88,19
	Total £	434	11	2,99	1,40 – 4,57
ICI	No IAM	280	2	0,71	0,09 – 2,56
	IAM sin IH	114	6	5,26	1,96 – 11,10
	IAM con IH o shock	11	4	36,36	10,93 – 69,21
	Total £	405	12	2,82	1,29 – 4,34

Evaluación Anual de Intervenciones Coronarias Percutáneas

C. Galicia	No IAM	444	10	2,25	1,09 – 4,10
	IAM sin IH	269	15	5,58	3,15 – 9,03
	IAM con IH o shock	12	9	75,00	42,81 – 94,51#
	Total £	725	34	4,73	3,39 – 6,08
H. Clínicas	No IAM	176	8	4,55	1,98 – 8,76
	IAM sin IH	168	9	5,36	2,48 – 9,93
	IAM con IH o shock	6	4	66,67	22,28 – 95,67
	Total £	350	21	6,05	3,60 – 8,49
S. Americano Montevideo	No IAM	670	8	1,19	0,52 – 2,34
	IAM sin IH	242	3	1,24	0,26 – 3,58&
	IAM con IH o shock	13	4	30,77	9,09 – 61,43
	Total £	925	15	1,81	0,94 – 2,67&
S. Americano Salto	No IAM	296	11	3,72	1,87 – 6,55
	IAM sin IH	114	5	4,39	1,44 – 9,94
	IAM con IH o shock	17	5	29,41	10,31 – 55,96
	Total £	427	21	4,43	2,54 – 6,34
S. Americano Maldonado	No IAM	294	11	3,74	1,88 – 6,60
	IAM sin IH	100	6	6,00	2,23 – 12,60
	IAM con IH o shock	11	3	27,27	6,02 – 60,97
	Total £	405	20	4,90	2,80 – 7,01
Total	No IAM	2844	58	2,04	1,55 – 2,63
	IAM sin IH	1276	61	4,78	3,68 – 6,10
	IAM con IH o shock	85	36	42,35	31,70 – 53,55
	Total	4205	155	3,69	3,14 – 4,30

\* IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%, estimación considerando una Distribución Binomial Exacta.

£ Estandarización Directa, IC95% estimado considerando aproximación a Distribución Binomial.

No IAM: Incluye conjunto de situaciones clínicas (ángor estable, inestable, post IAM, etc.)

IAM: Infarto Agudo de Miocardio con supra-desnivel de ST o transmural.

IH: Inestabilidad Hemodinámica, definida por la presencia de requerimientos de inotrópicos, necesidad de BIAC pre-procedimiento o el registro de IH en el formulario.

Shock: definido por la presencia de IAM clase IV de Killip y Kimball o el registro de shock en el formulario.

# Significativamente mayor

& Significativamente menor

La mortalidad operatoria ajustada por modelo logístico nacional mostró una razón de mortalidad similar al periodo de referencia, hecho que se constata por que la RMA (0,93) no es significativamente distinta de uno (tabla 3).

Las características de discriminación y calibración para el modelo de predicción de la mortalidad operatoria en PCI se describen al pie de la tabla y en el Anexo I.

De la mortalidad ajustada por IMAE, el SASA Montevideo resulto protector con un riesgo significativamente menor a uno y la sucursal de Salto con una RMA mayor a uno correspondiente a un riesgo significativamente elevado.

**Tabla 3. Mortalidad operatoria ajustada del PCI.**

IMAE	N	MO	ME	RMA	RMA IC 95%	TMA	TMA IC 95%
AEPSM	481	21,00	27,81	0,76	0,43–1,08	3,07	1,76–4,38
INCC	401	11,00	16,78	0,66	0,21–1,10	2,67	0,86– 4,47
ICI	362	12,00	15,27	0,79	0,34–1,23	3,20	1,37–5,02
C. Galicia	663	34,00	28,24	1,20	0,87–1,53	4,90	3,56–6,24
H. Clínicas	314	21,00	18,73	1,12	0,72–1,52	4,56	2,93–6,18
SASA - Montevideo	837	15,00	26,42	0,57	0,22–0,92&	2,31	0,90– 3,72
SASA - Salto	389	21,00	12,86	1,63	1,13– 2,14#	6,64	4,58– 8,70
SASA Maldonado	365	20,00	20,12	0,99	0,61– 1,38	4,04	2,49– 5,60
Total	3812	155	166,23	0,93	0,80– 1,07	3,79	3,24–4,34

# MO significativamente mayor a la ME según el riesgo de muerte pre-procedimiento considerando el modelo de riesgo referido.

& MO significativamente menor a la ME según el riesgo de muerte pre-procedimiento considerando el modelo de riesgo referido.

Propiedades del modelo para el año 2020: discriminación área de la curva ROC 0,793 (0,780 – 0,806) y calibración test de H-L p= 0,1942

En la tabla 4 se describen las proporciones de nueva revascularización coronaria a 6 meses: totales, programadas y no programadas.

Los indicadores para requerimiento de nueva revascularización coronaria a 6 meses no programada y en la misma lesión se presentan en la tabla 5.

El porcentaje de nueva revascularización a 6 meses fue de 10,18%, los reprocedimientos no programados fueron un 4,23% y sobre la misma lesión 3,04%. El Sanatorio americano (sucursal Montevideo) y el INCC fueron los dos IMAEs que presentaron de forma significativa menos revascularizaciones a 6 meses (7,78% y 5,30% respectivamente). Por su parte, los IMAE ASEP y H. Clínicas fueron los que en 2020 presentaron un porcentaje de revascularización a 6 meses significativamente mayor (13,86% y 14,86% respectivamente).



El porcentaje de nueva revascularización no programada para el IMAE SASA Montevideo mostró un porcentaje significativamente menor (2,49%), y en contraparte el H. Clínicas significativamente mayor (7,71%). En cuanto a la revascularización sobre la misma lesión, el Sanatorio Americano de Montevideo y de Salto fueron los IMAEs que presentaron un porcentaje significativamente menor de revascularización a 6 meses sobre misma lesión (1,30% y 0,47% respectivamente). Por su parte los IMAEs Casa de Galicia y H. Clínicas presentaron para este indicador un porcentaje significativamente mayor (4,69% y 6,57% respectivamente).

**Tabla 4. Descripción de nuevo procedimiento de revascularización a seis meses**

IMAE	Total	Nueva Revascularización a seis meses		Nueva Revascularización programada a seis meses		Nueva Revascularización no programada a seis meses	
		N	%	N	%	N	%
AEPSM	534	74	13,86	48	8,98	26	4,87
INCC	434	23	5,30	5	1,15	18	4,15
ICI	405	46	11,36	25	6,17	21	5,19
C. Galicia	725	84	11,59	47	6,49	37	5,10
H. Clínicas	350	52	14,86	25	7,15	27	7,71
S. Americano Montevideo	925	72	7,78	49	5,29	23	2,49
S. Americano Salto	427	43	10,10	30	7,06	13	3,04
S. Americano Maldonado	405	34	8,40	21	5,19	13	3,21
Total	4205	428	10,18	250	5,95	178	4,23

**Tabla 5. Indicadores de Nuevo Procedimiento de Revascularización a Seis Meses**

IMAE	Total	Nueva Revascularización no programada a seis meses		Nueva Revascularización a seis meses sobre misma lesión	
		N	% (IC 95%) *	N	% (IC 95%) *
AEPSM	534	26	4,87 (3,34–7,04)	19	3,56 (2,29–5,49)
INCC	434	18	4,15 (2,64–6,46)	14	3,23 (1,93–5,34)
ICI	405	21	5,19 (3,42–7,80)	13	3,21 (1,89–5,41)

C. Galicia	725	37	5,10 (3,72–7,00)	34	4,69 (3,38–6,48) #
H. Clínicas	350	27	7,71 (5,36– 11,00) #	23	6,57 (4,42–9,67) #
S. Americano Montevideo	925	23	2,49 (1,66–3,70) &	12	1,30 (0,74–2,25) &
S. Americano Salto	427	13	3,04 (1,79–5,14)	2	0,47 (0,13–1,69) &
S. Americano Maldonado	405	13	3,21 (1,89–5,41)	11	2,72 (1,52–4,80)
Total	4205	178	4,23 (3,67–4,88)	128	3,04 (2,57–3,61)

\* IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%, estimación considerando una Distribución Binomial Exacta

# Significativamente mayor  
& Significativamente menor

## Conclusiones:

El número total de ATCP fue de 4205, algo menor a los dos años previos (en 2019 se realizaron 4408 ATCP, en 2018 se realizaron 4396 ATCP). Se observa un cese de la tendencia en aumento evidenciada años previos para este indicador (3). Esto es coincidente con el decremento general de actos médicos evidenciados en contexto de situación de pandemia por SARS Cov 2.

El indicador "ATCP primaria dentro de las 6 horas de inicio del infarto" presentó una proporción similar en comparación a evaluaciones realizadas los años previos (76,6 % en 2020, 77,6% en 2019%, 74,7% en 2018, 69% en 2017, 70% en 2016).

La mortalidad cruda a 30 días del procedimiento fue similar a las evaluaciones de los últimos años y algo menor a la del 2019, año en que presentó un ligero incremento (2020 de 3,69%, 2019: 4,15%, 2018: 3,68%, 2017: 3,52%, 2016: 3,40%).

En cuanto a la mortalidad operatoria ajustada por modelo logístico nacional, se destaca que el modelo presentó una muy buena discriminación tanto en la validación interna como externa, con valores de las curvas ROC mayores a 0,80. El coeficiente de clasificación correcta también presentó valores muy buenos, en el orden de 96%.

Entre tanto, la calibración el test de Hosmer-Lemeshow fue no significativo tanto en la validación interna como externa. El score de Brier con valores menores a 0,25 también nos muestra una buena calibración (Anexo I).

En lo que respecta a los resultados del año 2020 de la mortalidad operatoria ajustada por modelo nacional, mostró una razón de mortalidad similar al periodo de referencia (2010–2016).

Respecto de la mortalidad ajustada el SASA Montevideo resultó protector con un riesgo significativamente menor a 1 y la sucursal de Salto con un riesgo mayor a 1 correspondiente a un riesgo significativamente mayor.

Como debilidad de este indicador de mortalidad ajustada destacamos que se excluyeron en el año 2020 un total de 393 procedimientos (9,3%) con faltantes de información en las variables requeridas por el modelo.

En cuanto a la revascularización a 6 meses lo comparamos solo con el año 2019, dado es a partir de ese año que se incluye para su análisis los datos de coberturas complementarias. El porcentaje de nueva revascularización a 6 meses es similar a evaluación previa (2020:10,18%, 2019: 10,16%)

El Sanatorio americano (sucursal Montevideo) y el INCC fueron los dos IMAEs que presentaron de forma significativa menos revascularizaciones a 6 meses. Por su parte, los IMAE ASESP y H. Clínicas fueron los que en 2020 presentaron un porcentaje de revascularización a 6 meses significativamente mayor.

El porcentaje de revascularización no programada muestra un ligero ascenso con respecto al 2019 (2020: 4,23%, 2019: 3,56%).

En lo que respecta al indicador revascularización sobre misma lesión existe un ligero aumento de este indicador con respecto al año previo (2020: 3,04%, 2019: 2,34%)

En 2020 el Sanatorio Americano Montevideo y Salto fueron los IMAEs que presentaron un porcentaje significativamente menor de revascularización a 6 meses sobre misma lesión.

Por su parte, los IMAEs Casa de Galicia y H. Clínicas presentaron para este indicador un porcentaje significativamente mayor

**ANEXO I****Características de discriminación y calibración para el modelo de predicción de la mortalidad operatoria en PCI**

<b>Estadístico</b>	<b>Validación Interna 2010 – 2016</b>	<b>Validación externa 2017 – 2020</b>
N	22668	15484
Nº de eventos (%)	900 (3,97)	616 (3,98)
Área ROC	0,831 (0,826 – 0,835)	0,806 (0,800 – 0,812)
% de Clasificación Correcta	96,10%	96,20%
Test H-L	p= 0,2012	p= 0,1300
Puntaje Brier	0,0331 (p= 0,3175)	0,0330 (p= 0,4430)
Brier escalado	19,20%	21,01%

**Definiciones operacionales de las variables incluidas en el modelo mortalidad ajustada:**

Oportunidad del PCI: cuando se señala en formulario solicitud urgencia, emergencia, coordinación.

IAM actual: IAMST, IAMNST, IAM independientemente de la estrategia reperfusión y de las horas de evolución.

Inestabilidad Hemodinámica/ shock: cuando se marca en formulario alguno de los siguientes ítems, inestabilidad hemodinámica, ionotrópicos iv, shock, BIAC pre-ATCP.

EPOC: cuando se marca antecedentes generales de EPOC.

Tabaquismo: se señala en antecedentes vasculares el tabaquismo.

Diabetes: cuando se señala antecedente de diabetes.

- Con insulina: si se marcó Tipo 1, o uso de insulina en medicación.
- Sin insulina: si se marcó diabetes, uso de HGO (pero no insulina).

Enfermedad vascular periférica cuando se marca en formulario alguno de los siguientes ítems: cirugía vascular MMII, cirugía vascular carótida, cirugía vascular aneurisma, otra cirugía vascular.

Insuficiencia renal; si se marcó en formulario insuficiencia renal o diálisis, o valor de creatinina elevado (mayor o igual a 2.5).

Enfermedad coronaria de múltiples vasos, mayor a una de las siguientes lesiones: Lesión Arteria Descendente Anterior, Lesión Arteria Circunfleja,

Lesión Arteria Coronaria Derecha, Lesión Tronco Coronaria Izquierda, Lesión de uno o más Puentes, lesión de otras arterias nativas.

TCI lesión en tronco de arteria coronaria izquierda (se señala en formulario realización).

ADAp lesión en arteria descendente anterior proximal (se señala en formulario realización).

Obstrucción significativa: estenosis  $\geq 70\%$  de vasos relevantes

TCI estenosis  $\geq 50\%$

Número de lesiones con obstrucción significativa: sumatoria de lesiones con obstrucción significativa.

TIMI pre ATCP; grado de flujo de arterias coronarias pre ATCP (si más de una lesión se dejó el menor TIMI de vasos relevantes).

-TIMI cero sin perfusión, no existe flujo anterógrado pasando el punto de oclusión.

Se desestimaron las lesiones circunflejas distal, primera diagonal, primera marginal, segunda diagonal, segunda marginal, tercera marginal, posterolateral, medialis, marginal aguda.

**Modelo logístico uruguayo para ajuste del riesgo de la Mortalidad Operatoria. Desarrollado en la población de procedimientos realizados desde el año 2010 al año 2016.**

Variable	Coficiente	Prevalencia Uruguay 2010 – 2016* N 22668	Prevalencia 2020** N 3812
Edad	-0,03565	Media 64,1 (DE 11,6)	64,9 (De11,7)
Sexo femenino # edad	-0,01950		
Sexo femenino	1,54645	30,92%	30,46%
Edad <sup>2</sup>	0,00074		
EPOC	0,34669	3,59%	3,44%
Oportunidad (referencia coordinación)	0,57600	83,70%	88,64%
Urgencia	0,85476	7,99%	6,85%
Emergencia			

Inest. Hemodinámica	2,07859	2,08%	1,81%
Shock	2,68064	0,55%	0,60%
IAM actual	0,74403	49,60%	52,65%
Referencia sin insuficiencia renal	0,37540	3,37%	3,62%
Insuf. Renal	1,76175	0,38%	0,55%
Diálisis			
Diabetes (referencia no diabetes)	0,41921	16,64%	19,73%
Sin insulina	0,66040	4,77%	4,64%
Con insulina			
Lesión ADAP	0,28925	33,99%	35,39%
Lesión TCI	0,51984	3,73%	4,72%
Nº lesiones Sig.	0,18636	Media 0,75 (DE 0,83)	0,79 (DE 0,83)
TIMI Pre Cero	0,85904	28,19%	29,41%
Constante	-6,41181		

\* Prevalencia de los factores considerados en el score en la población a partir de la cual se desarrolló el score (período 2010-2016).

\*\* Prevalencia de los factores considerados en el score en la población con PCI en el año 2020.

### Bibliografía:

1. Hosmer DW., Lemeshow S. & Sturdivant, RX. Applied Logistic Regression. Third Edition. New York; John Wiley and Sons Inc.; 2013
2. Hosmer DW and Lemeshow S. Confidence interval estimates of an index of quality performance based on logistic regression models. Stat Med. 1995; 14:2161-72
3. [http://www.fnr.gub.uy/resultados\\_angioplastia](http://www.fnr.gub.uy/resultados_angioplastia)