



Evaluación Anual de Intervenciones Coronarias Percutáneas

Año 2021

Fondo Nacional de Recursos

Unidad de Evaluación

Autores:

Dra. Natalia Piñeiro y Mag. Gustavo Saona

Abreviaturas

ATC: angioplastia transluminal

ATCP: angioplastia primaria

FNR: Fondo Nacional de Recursos

IAM: infarto agudo de miocardio

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

IC95%: intervalo de confianza del 95%

IH: inestabilidad hemodinámica

IMAE: Instituto de Medicina Altamente Especializada

ME: mortalidad esperada

MO: mortalidad observada

ICP: intervenciones coronarias percutánea

RMA: razón de mortalidad ajustada

TMA: tasa mortalidad ajustada

Reseña

Desde el año 2007, el 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 permiten 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 2021, 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 2021 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 (ver informe ICP 2020) 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 de los años 2017 a 2020 y en el actual informe al año 2021. 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 2021, 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 ICP 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.

La mortalidad operatoria se presentó estratificada por categoría de IAM y estandarizada por el método directo respecto de la distribución de los

estratos de IAM en la población global. Además, se calculó la mortalidad operatoria ajustada utilizando los coeficientes del modelo desarrollado previamente.

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 4226 ICP en el año 2021.

El primer indicador corresponde a “Angioplastia Primaria dentro de las 6 horas del inicio del infarto”, sus resultados se observan en la tabla 1.

Sobre un total de 961 ATCP primarias, fueron 716 las que se realizaron dentro de las 6 horas de iniciado el IAM ST, lo que se corresponde globalmente con un 74,5% del total de las ATCP primarias.

La AEPSM fue el IMAE que realizó una proporción significativamente mayor de ATCP dentro de las 6 horas (98,54 %) respecto del valor global para el año 2021.

Por su parte, el IMAE Hospital de Clínicas realizó significativamente menos ATCP dentro de las 6 horas (59,86 %) respecto del valor global del año.

El resto de los IMAE presentaron valores que no se diferencian del comportamiento global del año.

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	137	135	98,54	94,82 – 99,82 #
INCC	72	57	79,17	67,97 – 87,84
ICI	123	83	67,48	58,44 – 75,64
C. Galicia	201	139	69,15	62,27 – 75,46
H. Clínicas	147	88	59,86	51,46 – 67,85 &
S. Americano Montevideo	142	105	73,94	65,91 – 82,04
S. Americano Salto	60	45	75,00	62,14 – 85,28
S. Americano Maldonado	79	64	81,01	70,62 – 88,96
Total	961	716	74,51	71,62 – 77,23

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

Significativamente mayor

& Significativamente menor

Para el año 2021, la mortalidad cruda global de los procedimientos de PCI fue de 4,26%. En la tabla 2 se presenta la mortalidad cruda por IMAE estratificada por la situación del IAM y el valor global de mortalidad por IMAE estandarizado.

Como se observa en la tabla, tanto para los diferentes estratos, así como para la mortalidad estandarizada total, no hubo diferencias en los diferentes IMAE con respecto al comportamiento global dentro del año.

Tabla 2. Mortalidad operatoria del procedimiento estratificada y estandarizada

IMAE	Estrato	Total, ACTP	Mortalidad 30 días		
		N	N	%	IC 95% *
AEPSM	No IAM	322	9	2,80	1,28 – 5,23
	IAM sin IH	151	11	7,28	3,69 – 12,66
	IAM con IH o shock	7	3	42,86	9,89 – 81,59
	Total £	480	23	5,09	3,15 – 7,04
INCC	No IAM	257	10	3,89	1,88 – 7,03
	IAM sin IH	109	2	1,83	0,22 – 6,47
	IAM con IH o shock	7	0	0,00	0,00 – 40,96
	Total £	373	12	3,16	1,40 – 4,91
ICI	No IAM	331	10	3,02	1,45 – 5,48
	IAM sin IH	145	3	2,07	0,42 – 5,48
	IAM con IH o shock	5	2	40,00	5,27 – 85,33
	Total £	481	15	3,55	1,83 – 5,27
C. Galicia	No IAM	422	17	4,03	2,36 – 6,37
	IAM sin IH	250	17	6,80	4,01 – 10,66
	IAM con IH o shock	9	3	33,33	7,48 – 70,07
	Total £	681	37	5,55	3,82 – 7,28
H. Clínicas	No IAM	167	3	1,80	0,37 – 5,15
	IAM sin IH	177	11	6,21	3,14 – 10,84
	IAM con IH o shock	16	9	56,25	29,87 – 80,24
	Total £	360	23	4,40	2,57 – 6,22
S. Americano Montevideo	No IAM	699	14	2,00	1,09 – 3,37
	IAM sin IH	222	9	4,05	1,87 – 7,55
	IAM con IH o shock	25	10	40,00	21,12 – 61,33
	Total £	946	33	3,49	2,34 – 4,64
S. Americano Salto	No IAM	270	8	2,96	1,28 – 5,75
	IAM sin IH	125	3	2,40	0,49 – 6,85
	IAM con IH o shock	11	3	27,27	6,02 – 60,97
	Total £	406	14	3,33	1,64 – 5,02
S. Americano Maldonado	No IAM	342	10	2,92	1,41 – 5,31
	IAM sin IH	142	6	4,23	1,56 – 8,96
	IAM con IH o shock	15	7	46,67	21,26 – 73,41
	Total £	499	23	4,31	2,64 – 5,98
Total	No IAM	2810	81	2,88	2,29 – 3,57
	IAM sin IH	1321	62	4,69	3,61 – 5,97
	IAM con IH o shock	95	37	38,95	29,10 – 49,49
	Total	4226	180	4,26	3,67 – 4,91

* 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 no es significativamente distinta de uno (1,02). Tabla 3.

Las características de discriminación y calibración para el modelo de predicción de la mortalidad operatoria en ICP se describen en el Anexo I y resultó óptimo para ambas propiedades.

Como se observa en la tabla, los IMAE presentaron mortalidades esperadas heterogéneas, con poblaciones de diferentes riesgos pre-procedimiento de ICP y un rango de más de 3% entre la ME menor y mayor.

El Hospital de Clínicas fue el IMAE que presentó la mortalidad esperada en su población más elevada, seguido por la Asociación Española.

Para estos dos IMAE las mortalidades observadas fueron acordes a esta población de mayor riesgo y sus mortalidades ajustadas no se diferencian del comportamiento global del año, con RMA próximas a uno.

Por su parte el IMAE de Casa de Galicia fue el que presentó un riesgo significativamente elevado con una RMA de 1,41 (IC95% 1,06-1,76), teniendo su población un riesgo muy próximo al promedio del año (mortalidades esperadas de 4,31% y 4,60% respectivamente).

Tabla 3. Mortalidad operatoria ajustada del PCI.

IMAE	N	MO (%)	ME (%)	RMA	RMA IC 95%	TMA	TMA IC 95%
AEPSM	443	23 (5,19)	23,2 (5,24)	0,99	0,62 – 1,36	4,65	2,91 – 6,40
INCC	342	12 (3,51)	16,9 (4,94)	0,71	0,29 – 1,13	3,34	1,35 – 5,33
ICI	431	15 (3,48)	18,2 (4,22)	0,83	0,40 – 1,25	3,88	1,90 – 5,86
C. Galicia	609	37 (6,08)	26,3 (4,31)	1,41	1,06 – 1,76 #	6,62	4,96 – 8,29
H. Clínicas	318	23 (7,23)	22,1 (6,96)	1,04	0,69 – 1,39	4,88	3,24 – 6,53
SASA - Montevideo	859	33 (3,84)	35,5 (4,13)	0,93	0,63 – 1,23	4,37	2,98 – 5,77
SASA - Salto	376	14 (3,72)	12,5 (3,33)	1,12	0,61 – 1,63	5,26	2,85 – 7,68
SASA Maldonado	453	23 (5,08)	21,7 (4,78)	1,06	0,69 – 1,44	4,99	3,23 – 6,74
Total	3831	180 (4,70)	176,3 (4,60)	1,02	0,89 – 1,15	4,80	4,17 – 5,42

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.

En la tabla 4 se describen los nuevos procedimientos de revascularización. El porcentaje de nueva revascularización a 6 meses fue de 8,68 %.

Considerando el indicador nueva revascularización no programada a 6 meses la proporción para el año 2021 fue de 2,67% y la nueva revascularización sobre la misma lesión fue de 1,96%. Tabla 5.

Fueron tres los IMAE que presentaron un porcentaje significativamente menor de revascularización no programada (Sanatorio Americano filial Montevideo, de Salto y Maldonado), y en cuanto al indicador revascularización sobre la misma lesión, tanto la filial de Montevideo como Salto mantuvieron una proporción significativamente menor.

Por su parte los IMAE de la Asociación Española y H. Clínicas presentaron para este indicador un porcentaje significativamente mayor, tanto para los procedimientos no programados como sobre la misma lesión.

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	480	68	14,17	39	8,12	29	6,04
INCC	373	14	3,75	3	0,80	11	2,95
ICI	481	46	9,56	33	6,86	13	2,70
C. Galicia	681	73	10,72	52	7,63	21	3,08
H. Clínicas	360	35	9,72	16	4,44	19	5,28
S. Americano Montevideo	946	57	6,03	46	4,86	11	1,16
S. Americano Salto	406	31	7,64	28	6,89	3	0,74
S. Americano Maldonado	499	43	8,72	37	7,41	6	1,20
Total	4226	367	8,68	254	6,01	113	2,67

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	480	29	6,04 (4,08-8,56) #	24	5,00 (3,23-7,35) #
INCC	373	11	2,95 (1,48-5,22)	6	1,61 (0,59-3,47)
ICI	481	13	2,70 (1,45-4,58)	10	2,08 (1,00-3,79)
C. Galicia	681	21	3,08 (1,92-4,68)	16	2,35 (1,35-3,79)
H. Clínicas	360	19	5,28 (3,21-8,12) #	15	4,17 (2,35-6,78) #
S. Americano Montevideo	946	11	1,16 (0,58-2,07) &	8	0,85 (0,37-1,66) &
S. Americano Salto	406	3	0,74 (0,15-2,14) &	0	0,00 (0,00-0,90) &
S. Americano Maldonado	499	6	1,20 (0,44-2,60) &	4	0,80 (0,22-2,04)
Total	4226	113	2,67 (2,21-3,21)	83	1,96 (1,57-2,43)

* 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 4226, algo menor que los años previos a la pandemia y similar al 2020 (se realizaron 4205). Se observa un cese de la tendencia en aumento evidenciada años previos para este indicador (en 2017 fueron 4116, en 2018 se realizaron 4396, en 2019 se realizaron 4408) (3). Esto es coincidente con el menor número en 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 (74,51% en 2021, 76,6 % en 2020, 77,6% en 2019%, 74,7% en 2018, 69% en 2017, 70% en 2016). El IMAE de la Asociación Española realizó significativamente mayor proporción de ATCP primarias en comparación con el promedio global del año. Por su parte el IMAE Hospital de Clínicas realizó una proporción significativamente menor.

La mortalidad cruda a 30 días del procedimiento de 4,26 %, fue mayor a las evaluaciones de los últimos años (2020: 3,69%, 2019: 4,15%, 2018: 3,68%, 2017: 3,52%, 2016: 3,40%). Cabe señalar que este aumento de la mortalidad si bien ligero, se da en el año donde la pandemia por SARS cov 2 presentó su mayor mortalidad en Uruguay.

En cuanto a la mortalidad operatoria ajustada el modelo presentó una validez externa para los datos del 2021 muy buena en discriminación y calibración.

En cuanto a los resultados del año 2021 de la mortalidad operatoria ajustada por modelo nacional, mostró una razón de mortalidad similar al periodo de referencia (2010–2016), con una RMA de 1,02.

Los IMAE del Hospital de Clínicas y la Asociación Española presentaron la población con mayor mortalidad esperada, y por ende de mayor riesgo pre-procedimiento. Esta situación no ocurrió en la evaluación del 2020.

Casa de Galicia presentó una mortalidad ajustada con un riesgo significativamente mayor, siendo su población similar al promedio del año.

Como debilidad de este indicador de mortalidad ajustada destacamos que se excluyeron en el año 2021 un total de 393 procedimientos (9,3%) por faltantes de información en las variables requeridas por el modelo.

El porcentaje de nueva revascularización a 6 meses de 8,68 % es menor a las a evaluación de los dos años previos (2020:10,18%, 2019: 10,16%).

Coincidente con esto, el indicador de nueva revascularización no programada a 6 meses de 2,67% muestra un descenso (2020: 4,23%, 2019: 3,56%) y el indicador nueva revascularización sobre misma lesión de 1,96 % también un descenso con respecto a los dos años previos (2020: 3.04%, 2019: 2,34%).

En 2021 el Sanatorio Americano Montevideo, así como de Salto y Maldonado fueron los IMAE que presentaron un porcentaje significativamente menor de revascularización no programada, y en cuanto al indicador revascularización sobre la misma lesión, tanto Sanatorio Americano Montevideo como Salto mantuvieron una proporción significativamente menor.

Por su parte los IMAE de la Asociación Española y H. Clínicas presentaron para este indicador un porcentaje significativamente mayor, tanto para los procedimientos no programados como sobre la misma lesión. Esta situación en el caso del H. Clínicas ya se había presentado en la evaluación correspondiente al 2020, pero no para el IMAE de la ASESP.

Anexo I

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

Estadístico	Validación Interna 2010 – 2016	Validación externa 2021
N	22668	3831
Nº de eventos (%)	900 (3,97)	180 (4,70)
Área ROC	0,831 (0,826 – 0,835)	0,804 (0,791 – 0,816)
% de Clasificación Correcta	96,10%	95,69%
Test H-L	p= 0,2012	p= 0,1353
Puntaje Brier	0,0331 (p= 0,3175)	0,0374 (p= 0,4823)
Brier escalado	19,20%	22,08%

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

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

IAM actual: IAMST, IAMNST, IAM independientemente de la estrategia reperusión 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 ≥ 70 % de vasos relevantes

TCI estenosis ≥ 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 2021** N 3831
Edad	-0,03565	Media 64,1 (DE 11,6)	Media 65,0 (DE 11,6)
Sexo femenino # edad	-0,01950		
Sexo femenino	1,54645	30,92%	29,50%
Edad ²	0,00074		
EPOC	0,34669	3,59%	3,97%
Oportunidad (referencia coordinación)	0,57600	83,70%	87,13%
Urgencia	0,85476	7,99%	7,70%
Emergencia			
Inest. Hemodinámica	2,07859	2,08%	2,40%
Shock	2,68064	0,55%	0,73%
IAM actual	0,74403	49,60%	55,21%
Referencia sin insuficiencia renal	0,37540	3,37%	4,54%
Insuf. Renal	1,76175	0,38%	0,55%
Diálisis			
Diabetes (referencia no diabetes)	0,41921	16,64%	20,10%
Sin insulina	0,66040	4,77%	4,83%
Con insulina			
Lesión ADAP	0,28925	33,99%	36,10%
Lesión TCI	0,51984	3,73%	4,88%
Nº lesiones Sig.	0,18636	Media 0,75 (DE 0,83)	Media 0,78 (DE 0,85)
TIMI Pre Cero	0,85904	28,19%	30,36%
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 2021.

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