



Registro Argentino de Angioplastia de Miembros Inferiores. Registro RAdAMI.

CONSEJO DE HEMODINAMIA SAC

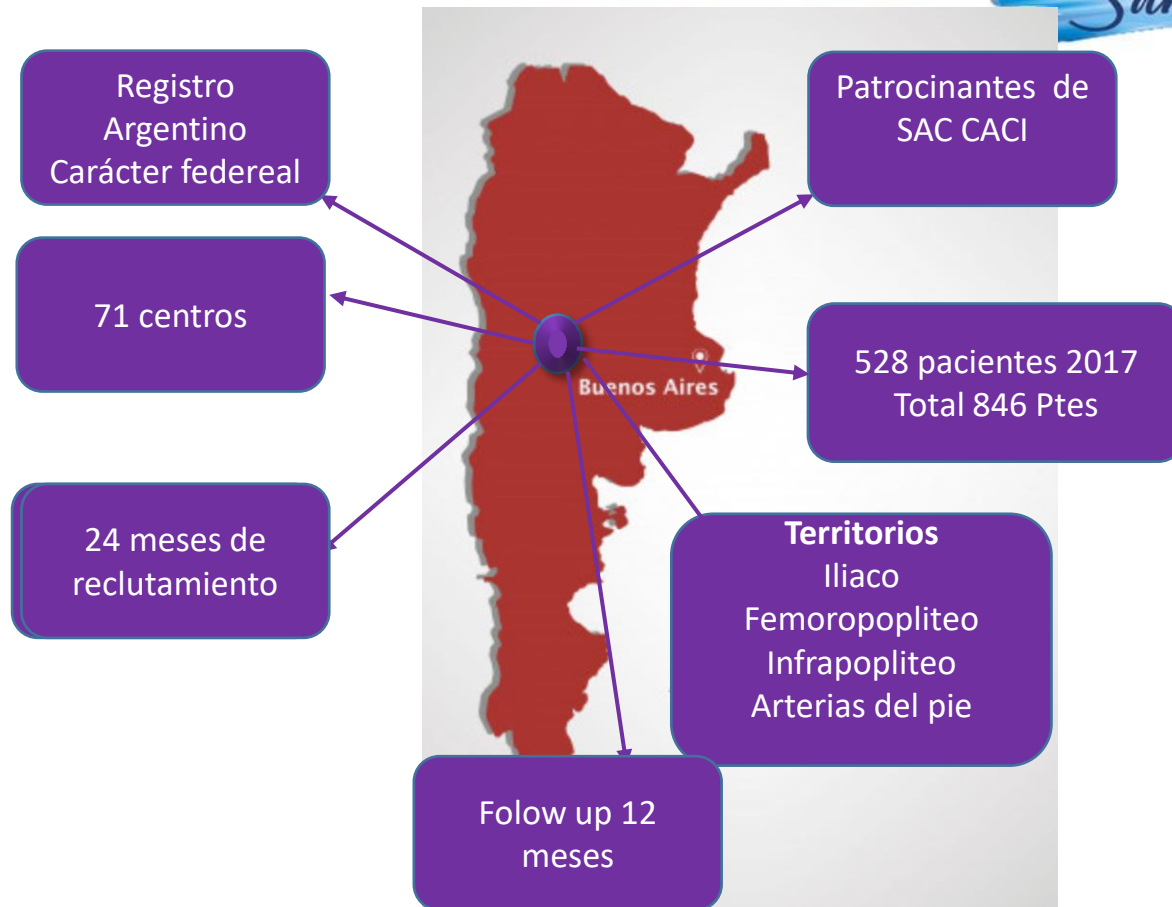
Dra ANA PAULA MOLLON





Registro RAdAMI

Santa Fe





La iniciativa



- Incremento de prevalencia.
- Incremento de los factores de riesgo.
- Alta variabilidad en las indicaciones y tratamiento de los diferentes territorios
- Escasa definición en los estándares de tratamiento
- Continua evolución de las tecnologías.
- Escasos estudios con alto nivel de evidencia.
- Fomentar estudios de investigación y buena calidad de información.
- Necesidad de valorización de la práctica





Objetivos



Primarios

- Características clínicas y cuadro clínico
- Topografía y técnica terapéutica
- Resultado angiográfico y clínico
- Salvataje vs amputación
- Complicaciones y reintervenciones

Secundarios

- Seguimiento 6 y 12 meses evaluando mortalidad, amputación y reintervención



Flujograma

Paciente c/criterios inclusión RAdAMI

No

Si

Consentimiento Informado

Inclusión en RAdAMI

No

Realización de ATP

Cargado de e-CRF

Seguimiento intraH – 6m – 12m

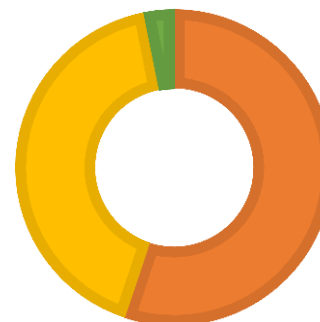


C. CLÍNICAS	%
Diabetes	63
Tabaquismo	30
Ex tabaquismo	35
Hipertensión	84
Dislipemia	62
Obesidad	27
Insuf. Renal	12
By pass previo	7
ATP previa	20
AAA	3
Fibrilación Auricular	4
Enfermedad Coronaria	5
ACV	25

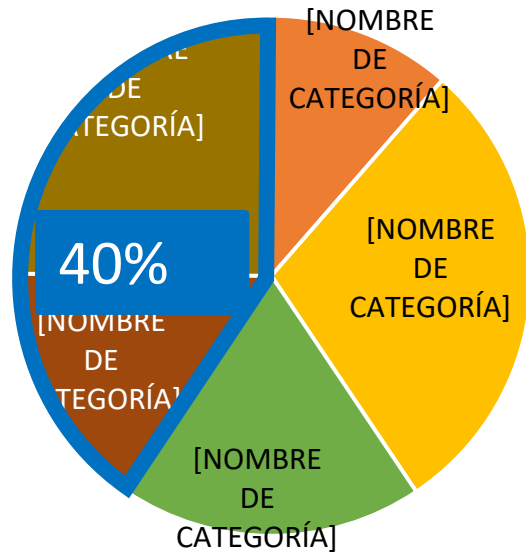
ATP angioplastia periferica previa AAA aneurisma de aorta abdominal

PRESENTACIÓN CLÍNICA

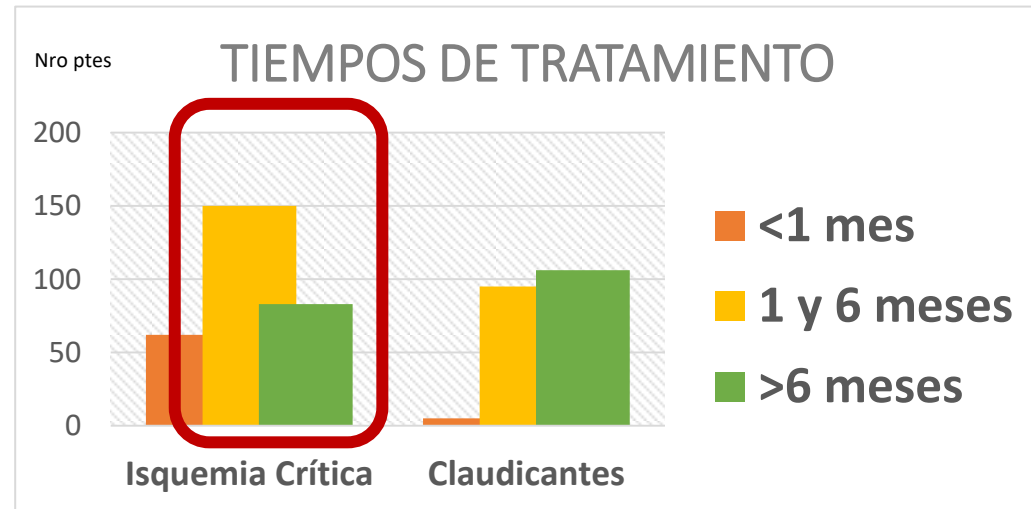
- Isquemia Crítica
- Claudicación Intermitente
- Isquemia Aguda



CLASIFICACION DE RUTHERFORD



- Rutherford 2 ■ Rutherford 3 ■ Rutherford 4
- Rutherford 5 ■ Rutherford 6





Quién deriva los pacientes?



Especialidades clínicas y quirúrgicas



■ Cardiólogos

■ Clínicos

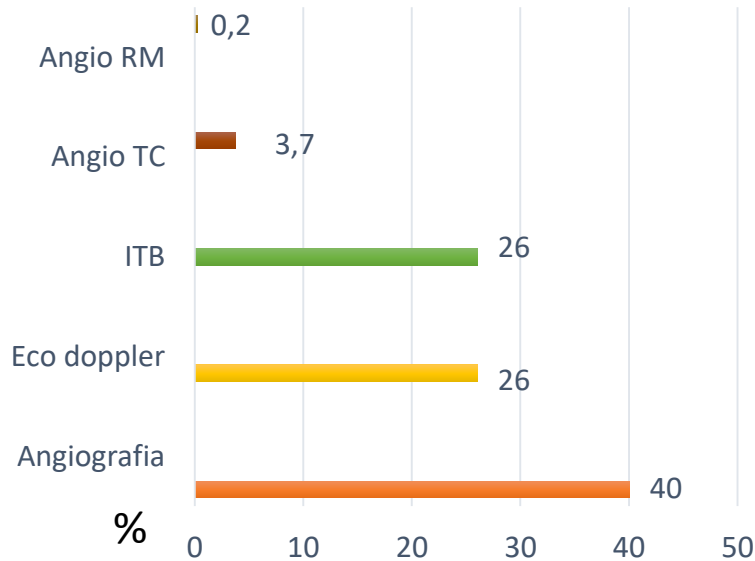
■ Diabetólogos

■ Vasculares

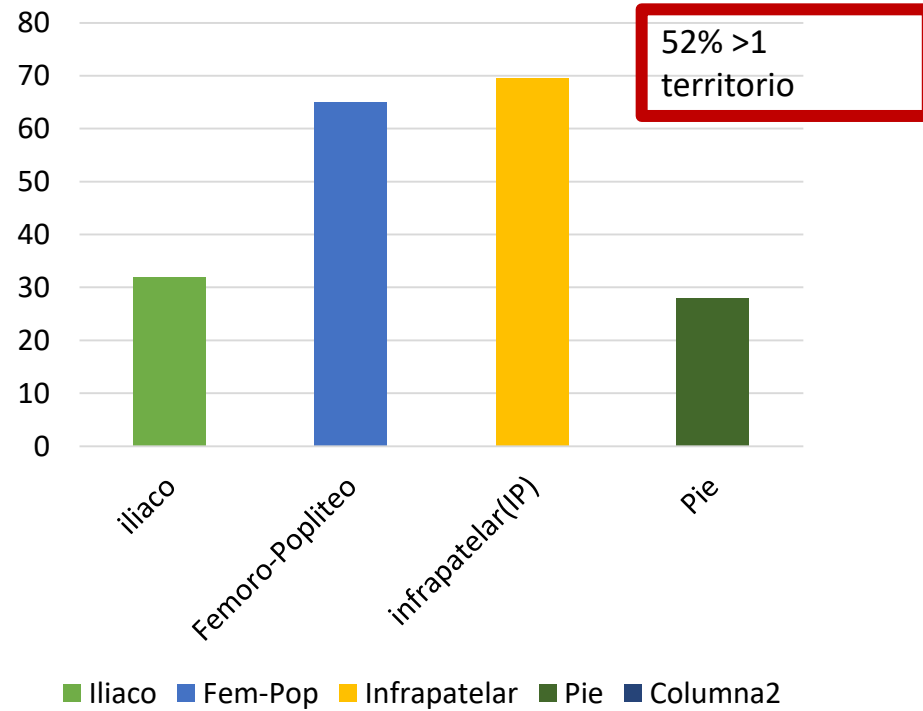


Diagnóstico

Métodos Diagnósticos

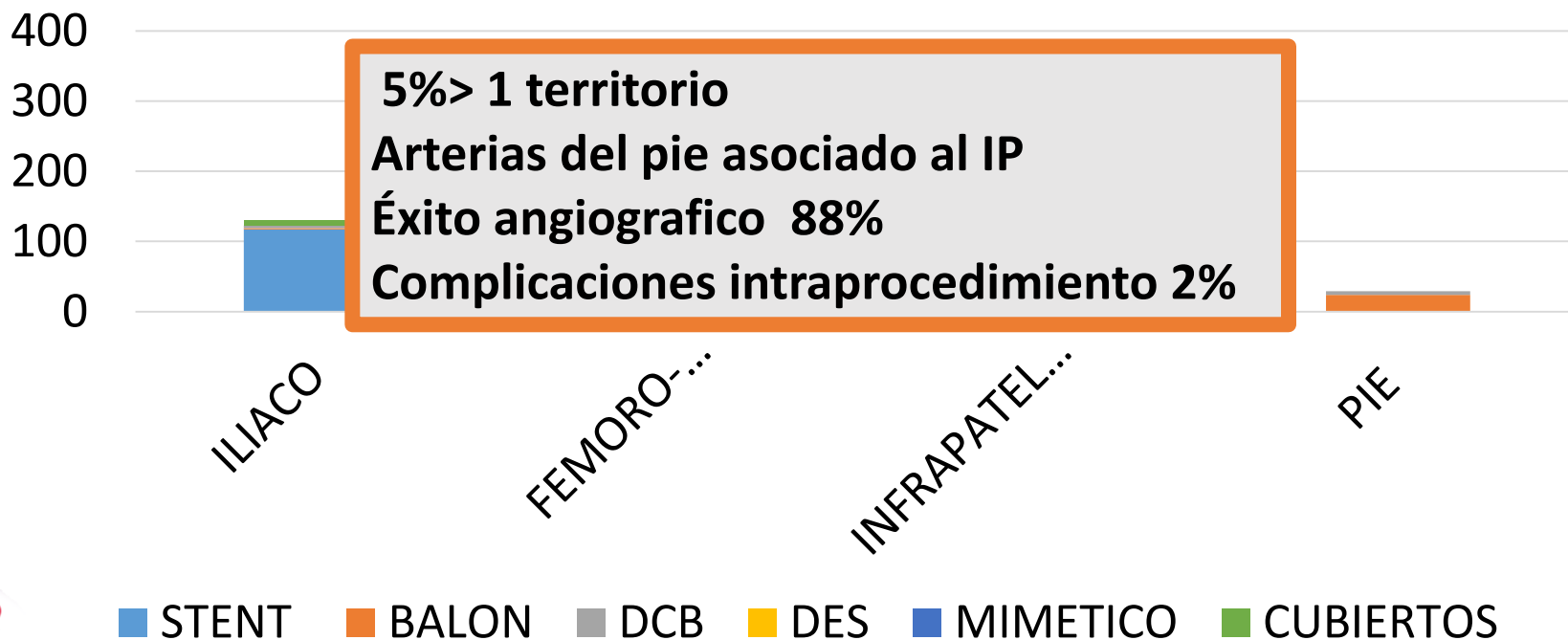


Territorios afectados

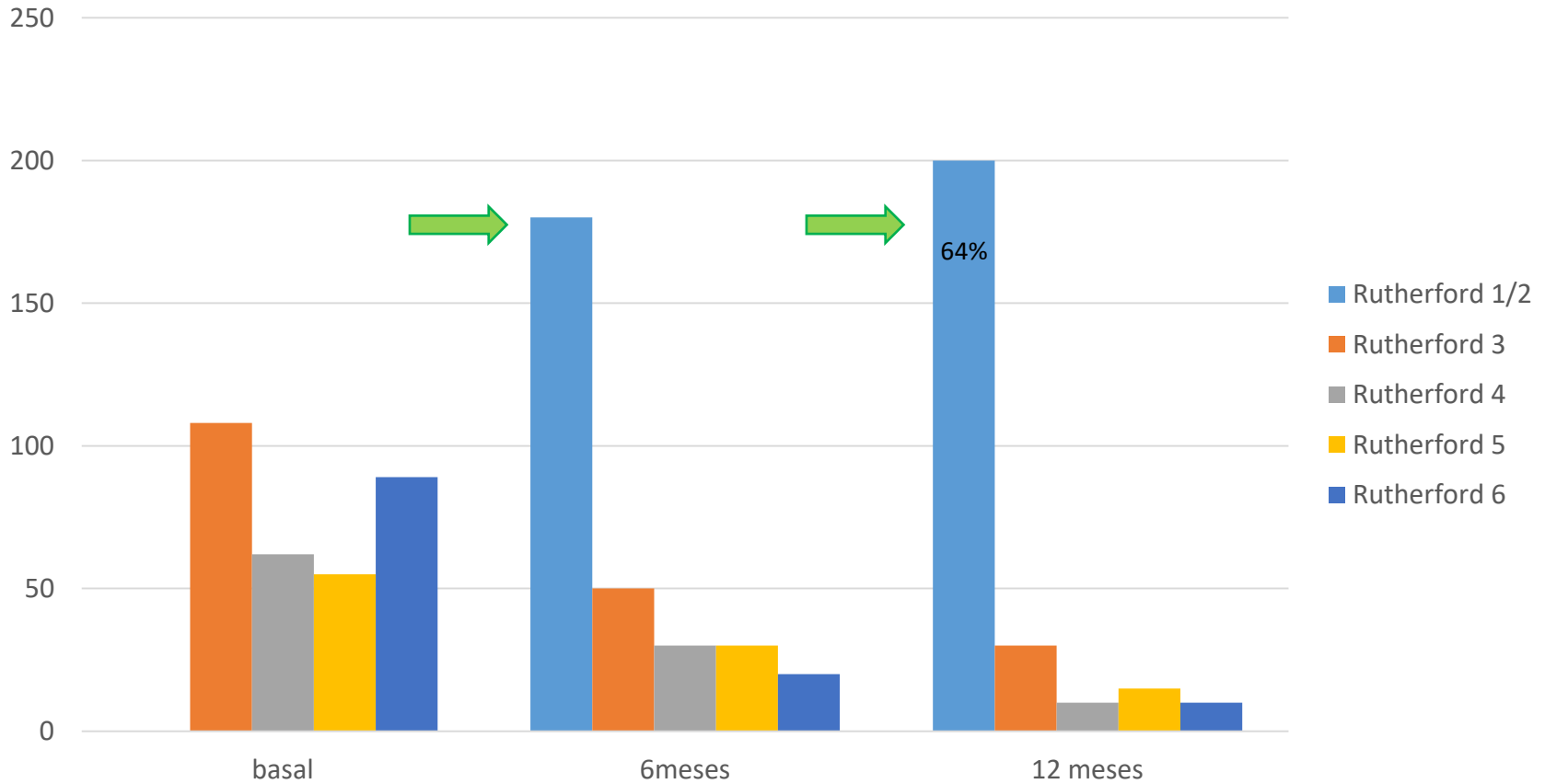




TERRITORIOS Y ESTRATEGIA

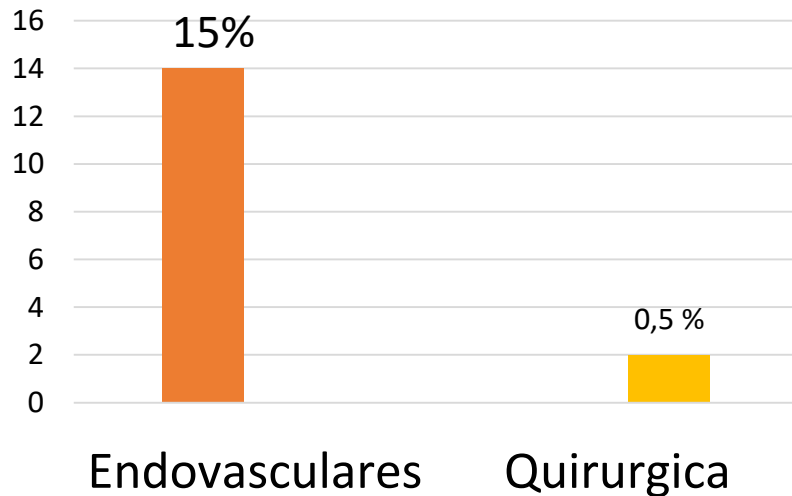


Basado en Clasificación de Rutherford



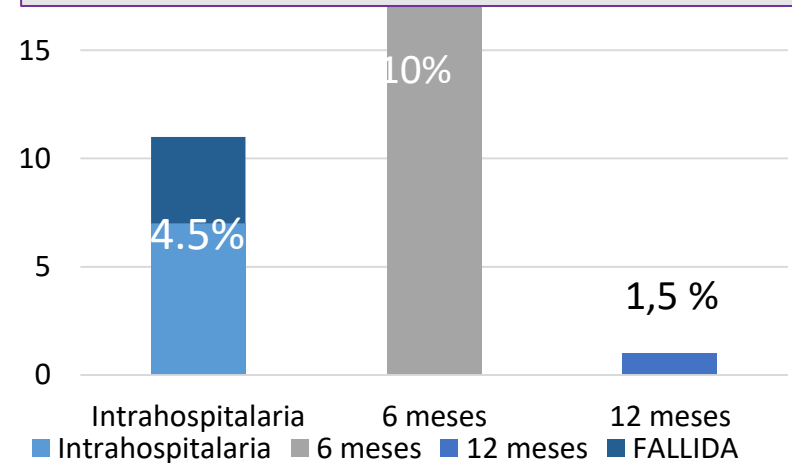


Reintervenciones 12 meses



Amputaciones mayores

Sobrevida libre de amputación
84% al año.

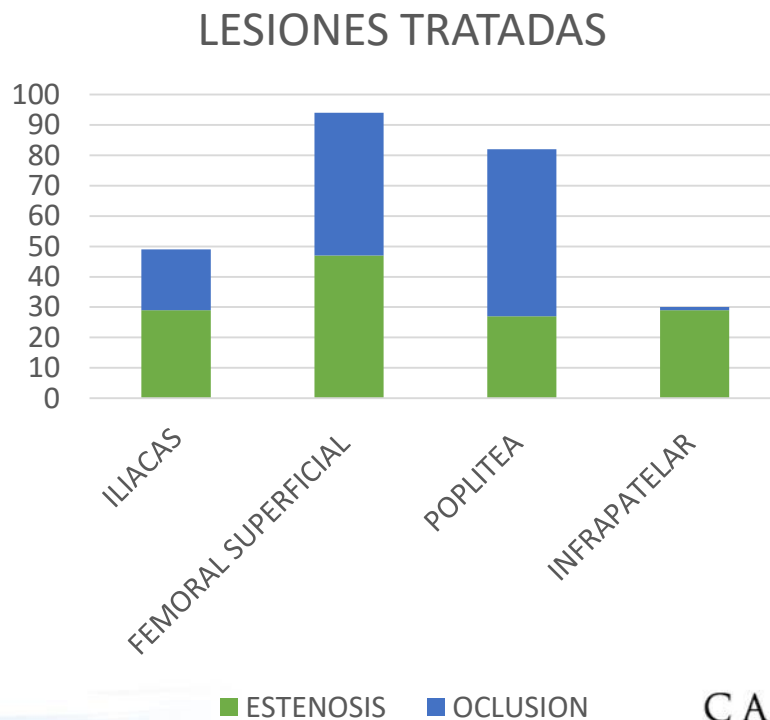




Claudicantes tratamiento medico

- Estatinas 79.8%
- AAS 82,5%
- Clopidogrel 42,3%
- Cilostazol 65%

Claudicantes tratamiento endovascular

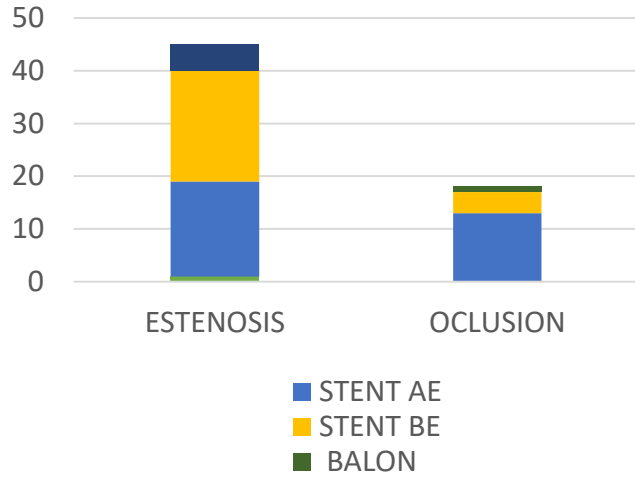




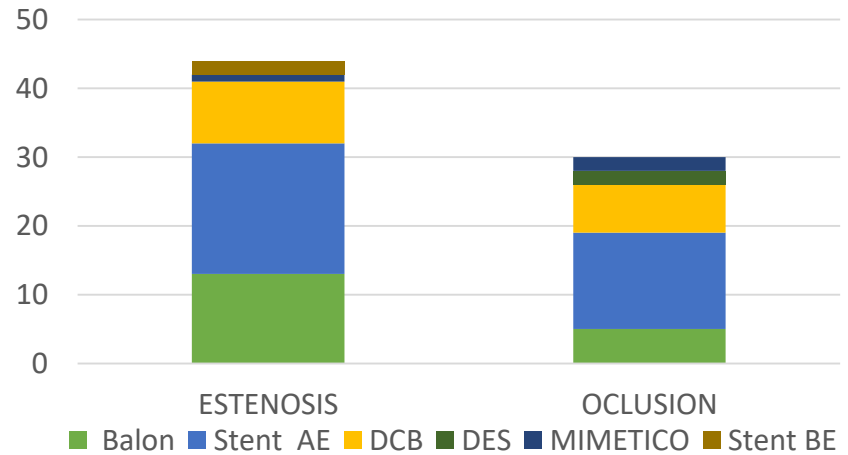
Tratamiento endovascular claudicantes



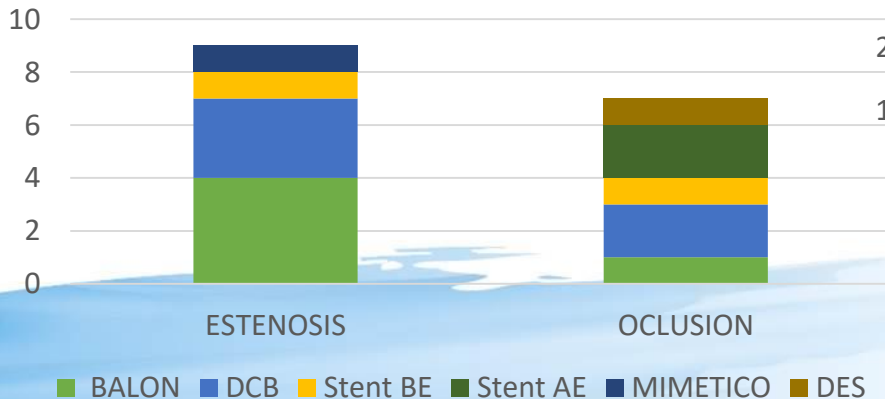
ILIACAS



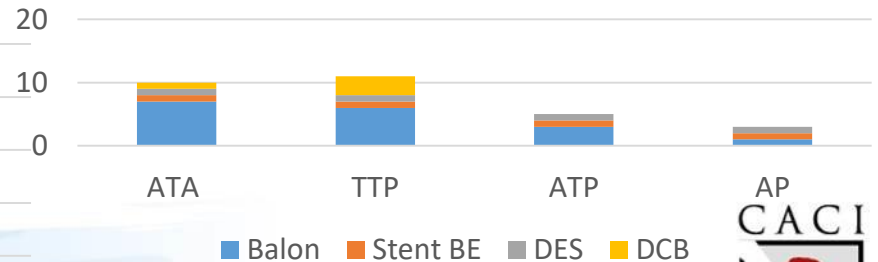
FEMORAL SUPERFICIAL



POPLITEA



BTK

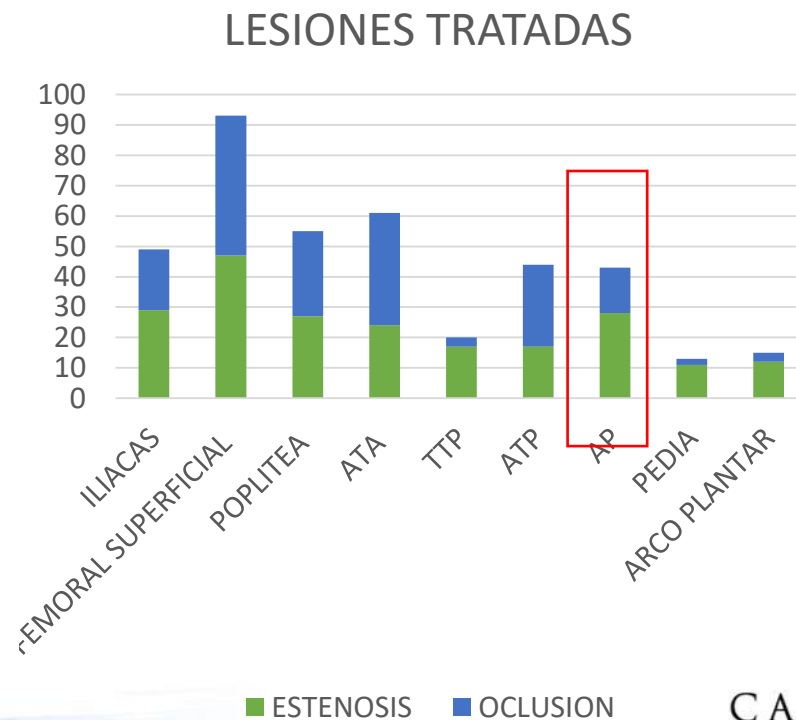




Isquemia Critica tratamiento medico

- Estatinas 68.8%
- AAS 89%
- Clopidogrel 46%
- ATB 32%

Isquemia Critica tratamiento endovascular

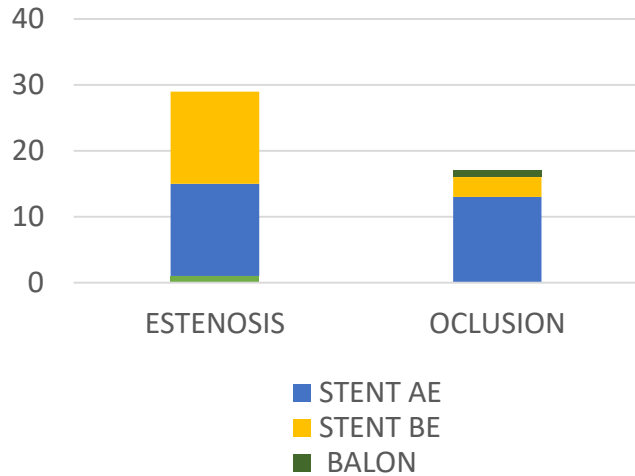




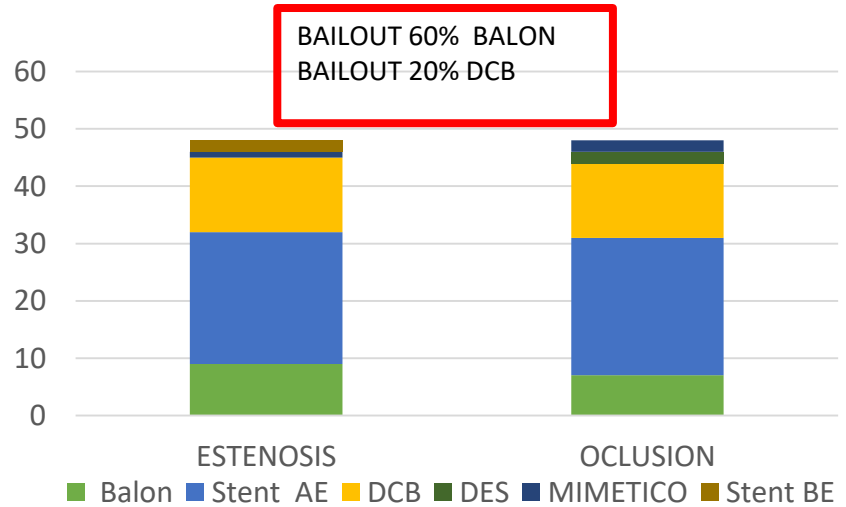
Tratamiento endovascular En isquemia crítica



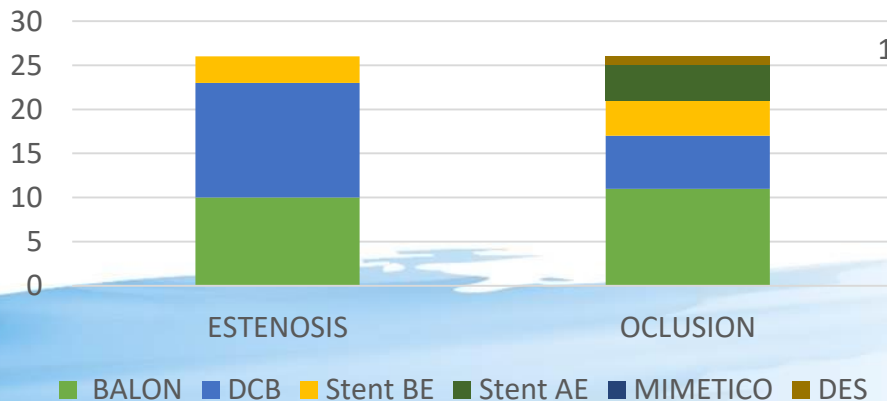
ILIACAS



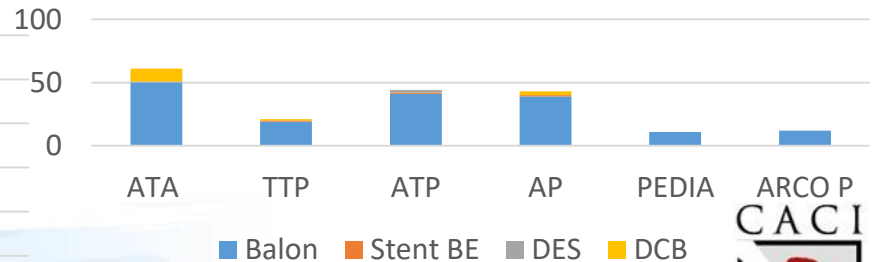
FEMORAL SUPERFICIAL



POPLITEA



BTK



Se trata 63% territorio
infrapatelar





Seguimiento:



- Mortalidad 6%
 - ✓ 8% tuvo amputacion mayor
 - ✓ 25% ATP fallida
 - ✓ 15% estadio rutherford 6
 - ✓ 100% multiples factores de riesgo



Conclusiones



- La intervención es más frecuentes en los estadios graves de la enfermedad
- Los tiempos del diagnóstico a la intervención son tardío
- Baja utilización de métodos no invasivos como primer estudio diagnóstico.
- El mayor porcentaje de reintervenciones en dentro de los 6 meses
- El mayor porcentaje de amputación mayor en dentro de los 6 meses.
- La intervención de los territorios infrapatelares no se realiza en todos los pacientes con isquemia critica
- Bajo porcentaje de revascularización de arterias del pie



Expectativas Proyectos



- Armar grupos de trabajo para generar publicaciones con todos los participantes del registro.
- Estamos armando una rama con un centro de referencia (Abano Terme) con el Dr. Palena para pacientes con isquemia crítica
- Registro angioplastia periferico latinoamericano.





Muchas gracias !!

RadAMI

