



MERLO 2024
JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREIALES
del 29 nov al 1 dic



Registro de Angioplastia Primaria de un Hospital de Alta Complejidad de la Ciudad de Buenos Aires durante el Año 2023

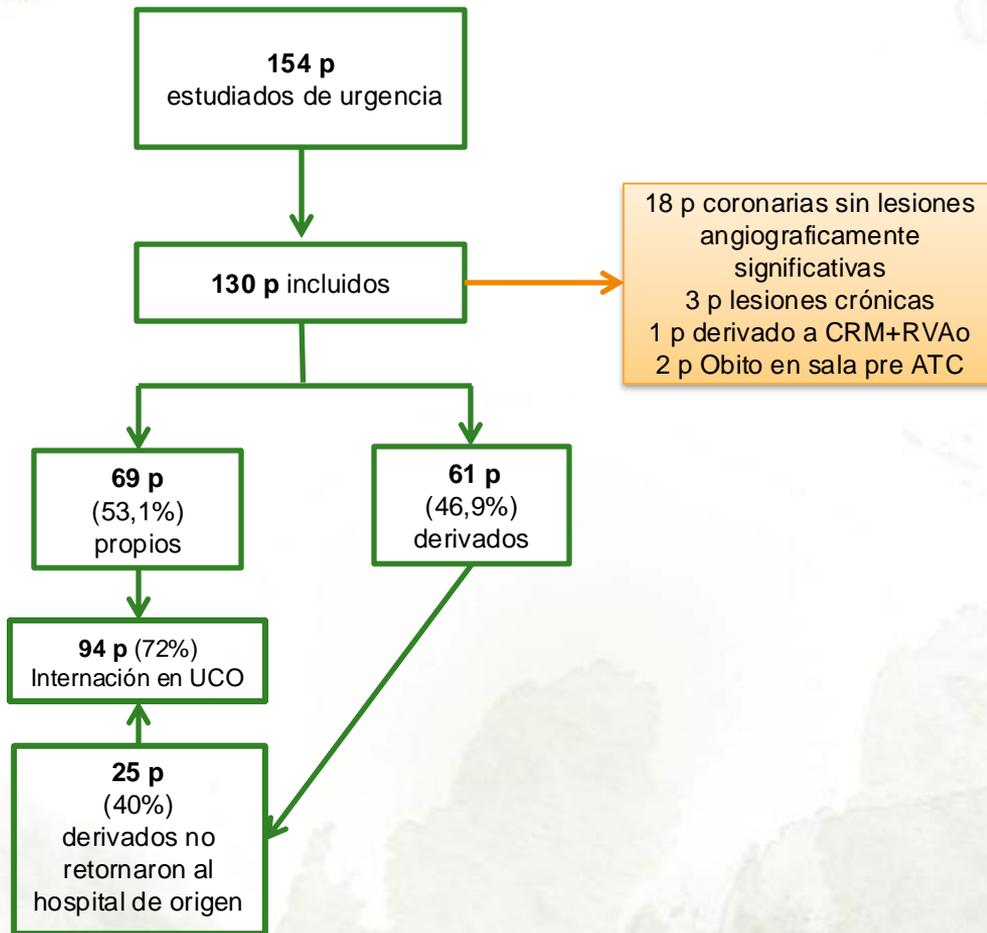
Autores: Herrera Mariela; Dionisio Gabriel; Puerta Leandro; Terragno Alicia; Valverde Tomás; Garrido Ignacio; Mozzino Luciano; Méndez Raúl; Huaraschi Silvia; Centeno Sergio.



Introducción. El mejor tratamiento para el Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACST) es la angioplastia primaria (ATC1). El desarrollo de programas que permitan ofrecérselo a la mayoría de nuestros pacientes (p) en tiempos adecuados, influye directamente en la supervivencia. El Hospital Donación Francisco Santojanni de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ofrece esta terapéutica 7x24 hs.

Objetivos. Analizar los resultados del programa de ATC1 de un Hospital de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2023.

Material y Métodos. Registro retrospectivo, unicentrico, observacional. Se incluyeron 130p con diagnóstico de SCACST, intervenidos en nuestro Servicio durante el año 2023. Se utilizó test de t para la comparación de variables continuas y el test de Chi² para las variables cualitativas.

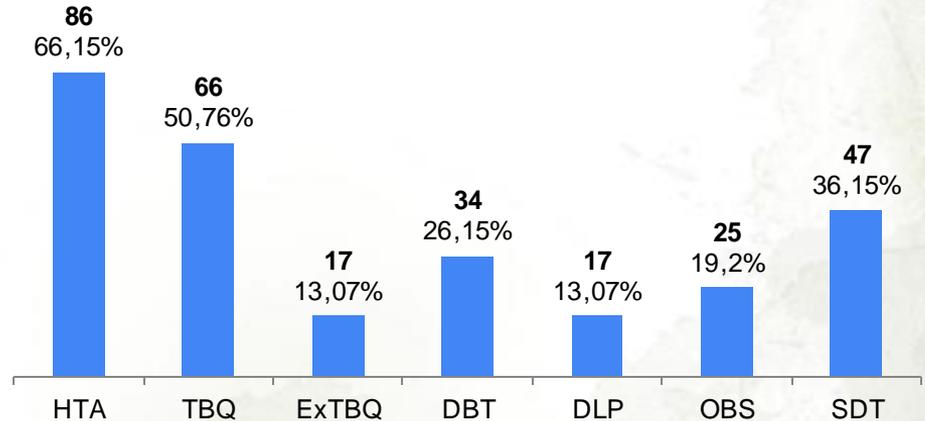




Características de los pacientes

- Género masculino: 80% (n:104)
- Media de edad: 61 años (DS 11).
- Infarto de miocardio previo: 15,38% (n: 20)
- Angioplastia coronaria previa: 13,84% (n: 18)

Factores de riesgo cardiovascular





MERLO 2024

JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREIALES

del 29 nov al 1 dic

CACI



108
(83,07%)

14
(10,7%)

1
(0,7%)

7
(5,4%)

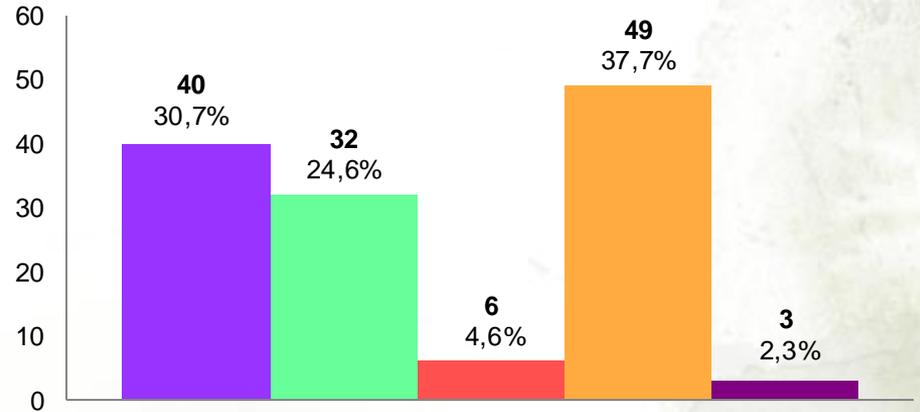
Killip y Kimbal



ARM a su ingreso: 6
MCPT a su ingreso: 3
RCP a su ingreso: 3

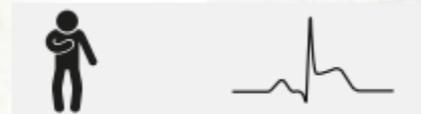
Propios n5
Derivados n2

- A
- B
- C
- D



Localización de infarto

- Anterior
- Inferior
- Lateral
- Combinado
- Indeterminado





Definición de los términos relativos a la estrategia invasiva y el tratamiento de reperfusión que se emplean en este documento

Término	Definición
Primer contacto médico (PCM)	Momento en el que el paciente es evaluado inicialmente por un médico, personal paramédico, enfermería o personal entrenado en servicios de urgencias, con capacidad para obtener e interpretar el ECG y proporcionar alguna intervención inicial (p. Ej., desfibrilación). El PCM puede realizarse en el contexto prehospitalario o a la llegada del paciente al hospital (p. Ej., en el servicio de urgencias)
Diagnóstico de IAMCEST	Momento en el que se interpreta que un paciente con síntomas de isquemia presenta SCA y elevación del segmento ST (o un equivalente)
ICP primaria*	ICP emergente con balón, <i>stent</i> u otro dispositivo aprobado, realizada en la arteria relacionada con el infarto, sin tratamiento fibrinolítico previo
Estrategia de ICP primaria*	Coronariografía urgente e ICP de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
ICP de rescate*	ICP urgente realizada lo antes posible en caso de fracaso del tratamiento fibrinolítico
Estrategia de ICP sistemática temprana tras fibrinólisis*	Coronariografía, con ICP de la arteria relacionada con el infarto si está indicada, realizada entre las 2 y las 24 h tras fibrinólisis efectiva
Estrategia farmaco-invasiva*	Fibrinólisis combinada con ICP de rescate (en caso de fracaso de la fibrinólisis) o estrategia de ICP sistemática temprana (en caso de fibrinólisis efectiva)
Estrategia invasiva inmediata	Coronariografía urgente (lo antes posible) e ICP/CABG de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
Estrategia invasiva temprana	Coronariografía temprana (< 24 h desde el diagnóstico de SCA) e ICP/CABG de la arteria relacionada con el infarto si está indicada
Estrategia invasiva selectiva	Coronariografía ± ICP/CABG basada en la evaluación clínica y/o pruebas no invasivas

Total de casos: 130
Ingreso al centro por sus propios medios: 114 (74%)

Se realizó ATC1 a 130 pacientes

Ningún paciente incluido en el registro recibió fibrinólisis

1 p derivado a CRM + RVAo

CABG: cirugía de revascularización coronaria; ECG: electrocardiograma; ICP: intervención coronaria percutánea; SCA: síndrome coronario agudo; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

*En algunas circunstancias puede estar indicada la CABG en lugar de la ICP.



- ✓ La mayoría de los p continuaron internación en UCO del Hospital Santojanni (72%, n: 94). El resto retornó al hospital de origen luego de la ATC1.
- ✓ La mortalidad intrahospitalaria fue de 6,15% (n: 8).
La mortalidad según KK fue →KKA 0
 - KK > A 36% (n: 8)
 - KKD 57% (n: 4)
- ✓ Casi la mitad de los pacientes estudiados tenían lesión en dos o más vasos (51,5%; n: 67), presentando un TIMI inicial 0 en un 70,7% (n: 92).
- ✓ Se realizo ATC1 con una tasa de éxito de 91,53% (n:119) y una mediana de stents implantados de 1.7 (DS 1.13) – 11 (8,5%) pacientes presentaron fenómeno de No Reflow.
- ✓ El acceso mas utilizado fue el radial (87%; n: 113).



Se evaluaron de forma comparativa los tiempos correspondientes a pacientes propios vs derivados.

- ✓ La demora en la consulta (inicio del dolor hasta primer contacto médico) fue de 254 min (DS 301) vs 185 min (DS 265); p 0.176
- ✓ La demora en activación del código de infarto fue de 18 min (DS 30) vs 34 min (DS 48); p 0,025.
- ✓ La ventana terapéutica fue de 369 min (DS 317) vs 351 min (DS 286) ; p 0,74.
- ✓ El tiempo puerta-balón fue de 101 min (DS 49) vs 134 min (DS 59); p 0,0007.

A pesar de que los tiempos de respuesta desde el diagnóstico fueron más cortos en los pacientes propios, la demora en la consulta en este grupo fue mayor llevando a que los tiempos de ventana terapéutica se prolonguen.



MERLO 2024

JORNADAS CIENTÍFICAS Y GREMIALES

del 29 nov al 1 dic



Conclusión.

- El Hospital Donación Francisco Santojanni actúa como un centro alta complejidad, receptor de SCACST.
- Pese a la baja disponibilidad de camas, pudo absorberse una alta demanda, ya que el uso del acceso radial permitió el retorno de 2 de cada 10 p a sus centros de origen.
- Pese a una significativa diferencia a favor del grupo de pacientes propios en términos de puerta balón, la venta terapéutica fue la misma que en los derivados.
- Lo anterior deriva de un retraso previo a la llega del p al servicio de Hemodinamia, vinculado a defectos en la detección y activación del infarto.
- La mortalidad, que se concentró en los p en Shock Cardiogénico o Insuficiencia Cardiaca, fue baja.
- Puede deberse a los adecuados tiempos, los buenos resultados y la relativamente baja incidencia de shock cardiogénico.