

Experiencia de Atención Basada en Valor: Síndrome Coronario Agudo

Dagnóvar Aristizábal O.

Cardiólogo

Centro Clínico SICOR, Medellín

UNICA -Hospital Manuel Uribe Angel, Envigado

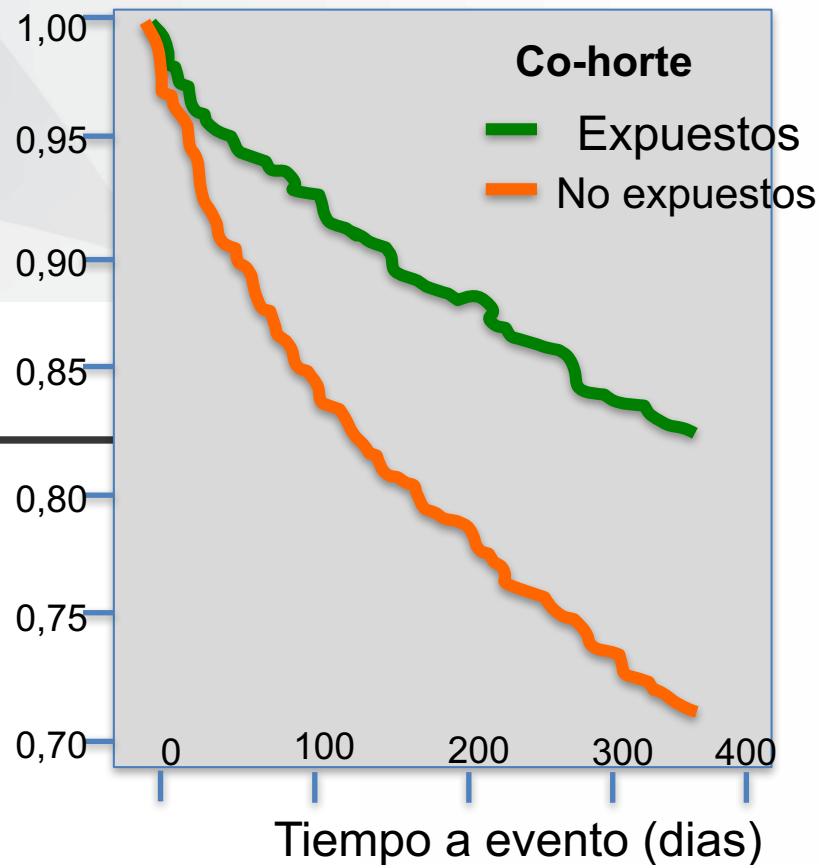


Investigación original / Original research

Effect of a comprehensive ambulatory care model on outcomes of patients with acute coronary syndrome in Colombia

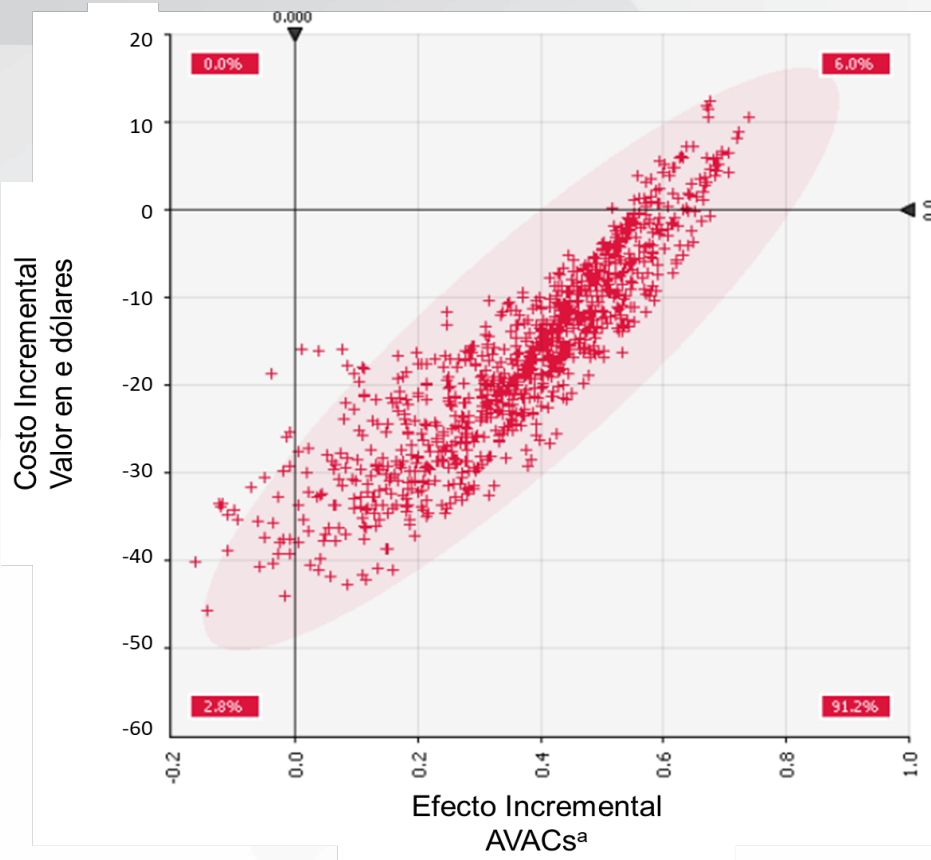
Dagnovar Aristizábal,¹ Jaime Gallo,² Ángela Valencia,¹ Juan Jaime,¹
Mónica Correa,¹ Alberto Aristizábal,¹ Marcela Montoya,³ and José Abad³

Sobrevida



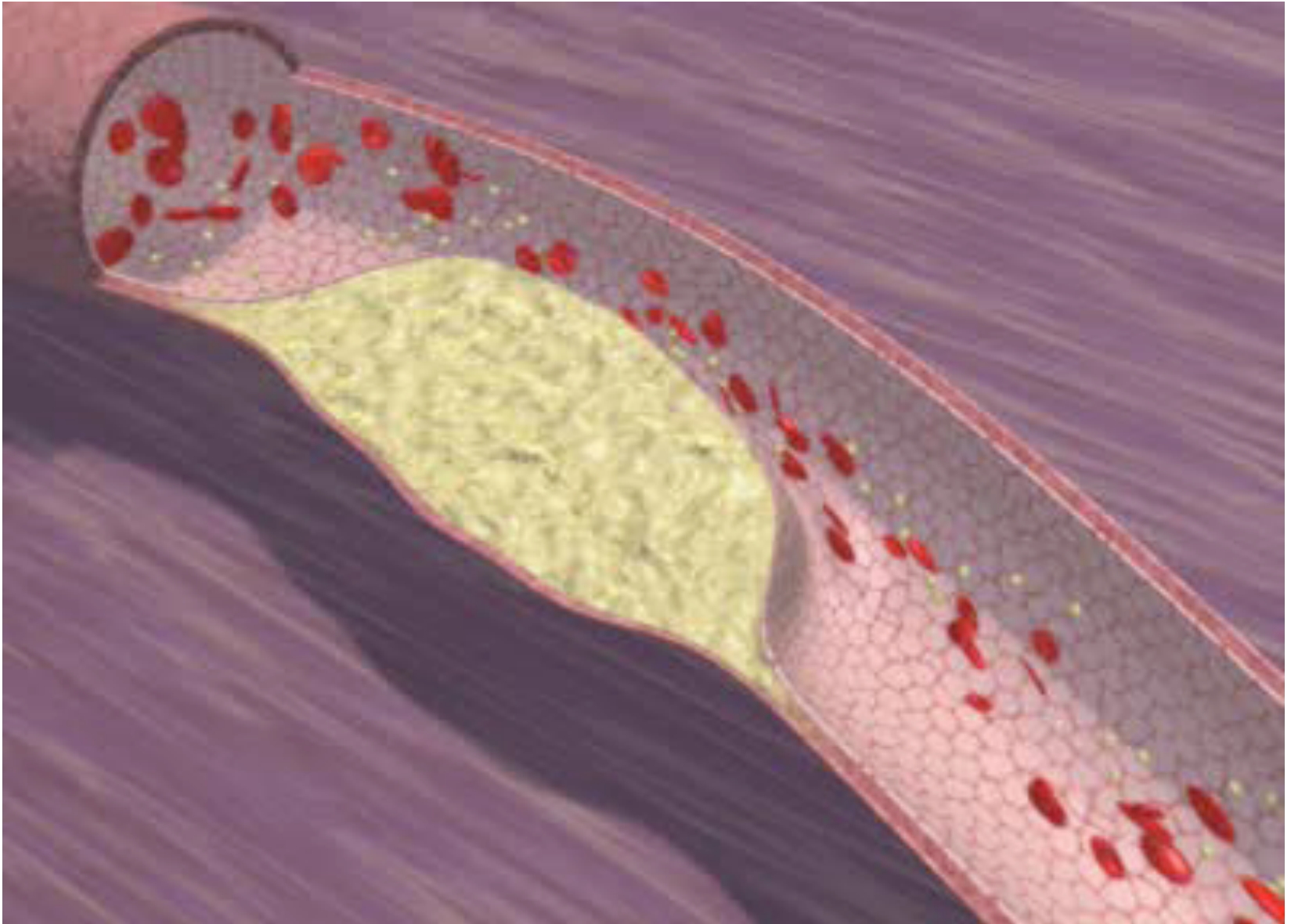
**Reducción del 40%
en eventos/año**

Costo-efectividad del Modelo Ambulatorio en Pacientes con Síndrome Coronario Agudo: Modelo de Markov probabilístico



**Ahorro
promedio
anual por
paciente de
US\$1.215 por
cada año de
vida ganado
ajustado por
calidad
(AVAC) - QALY**

Infarto agudo de miocardio (IAM)



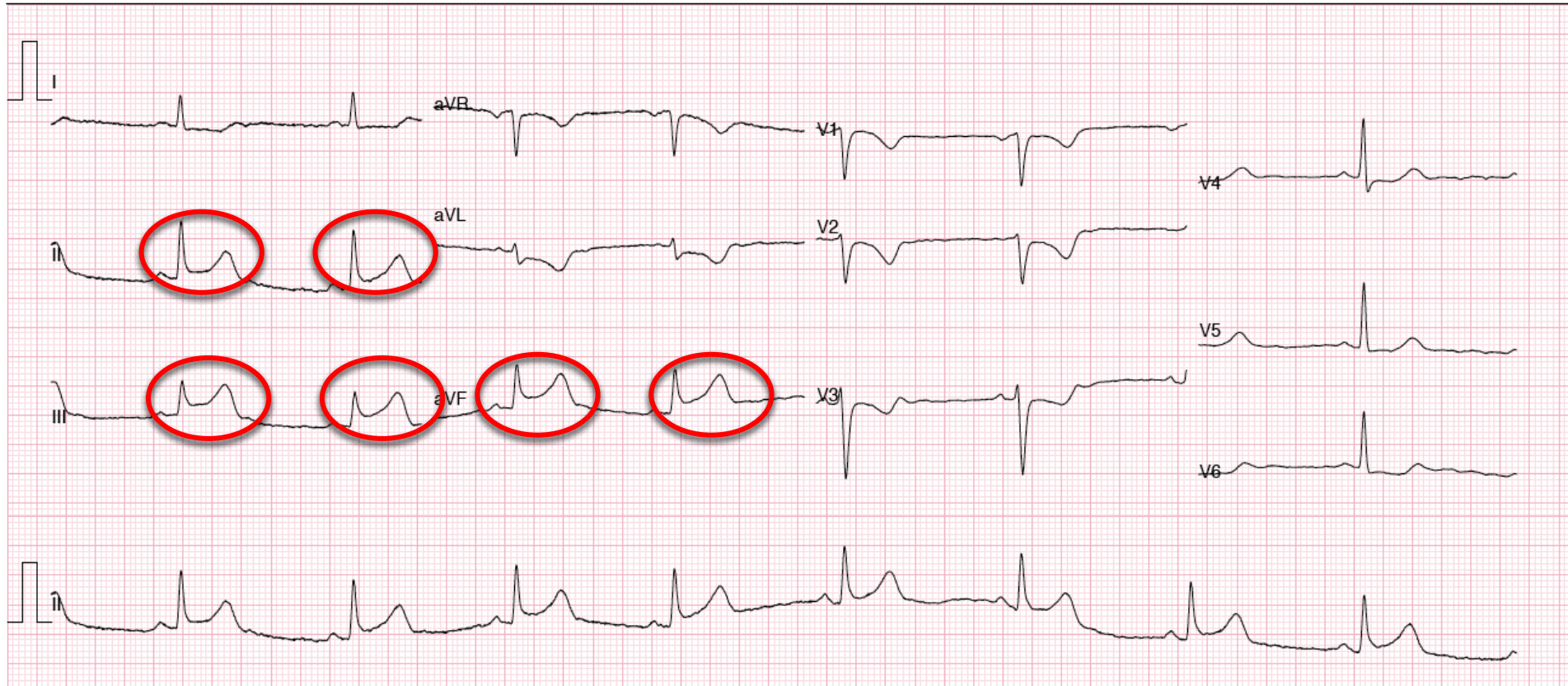
En Evento Coronario Agudo el Tiempo Perdido es Miocardio Perdido



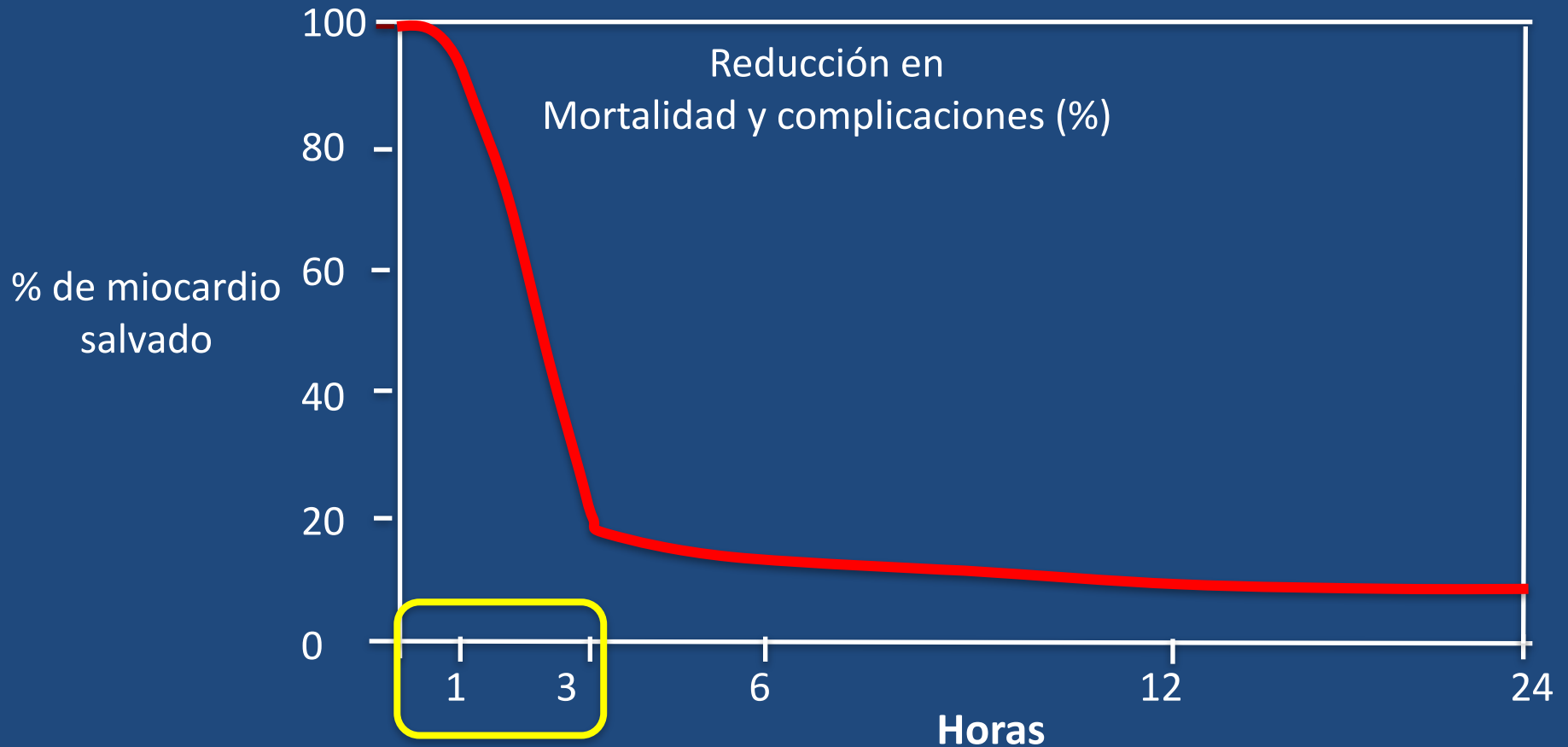
Infarto con Elevación del ST Cara Inferior

ECG analizado FC: 52

(25 mm/s 10 mm/mV 2 filtros)



Tiempo de evolución del IM y resultado

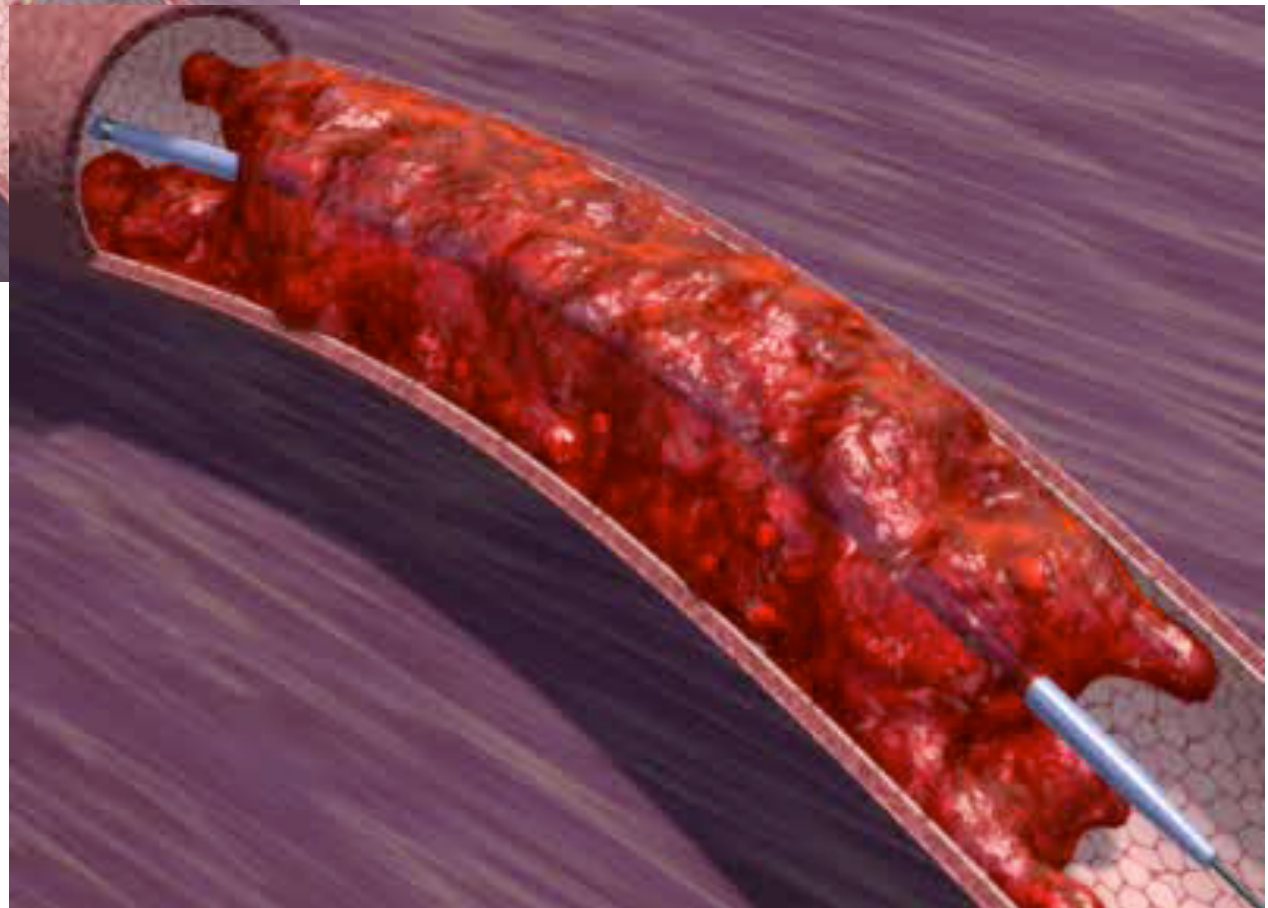
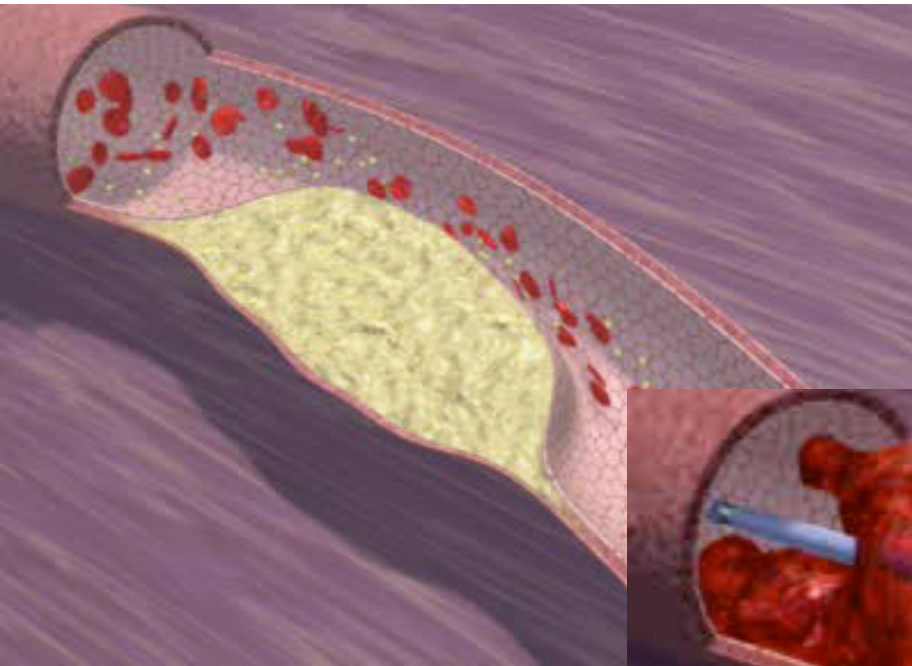


Revascularización coronaria inmediata

TABLE 1.1 STEMI—Immediate Revascularization by PCI

Indication		Appropriate Use Score (1-9)
Revascularization of the Presumed Culprit Artery by PCI (Primary PCI)		
1.	■ Less than or equal to 12 hours from onset of symptoms	A (9)
2.	■ Onset of symptoms within the prior 12-24 hours AND ■ Severe HF, persistent ischemic symptoms, or hemodynamic or electrical instability present	A (8)
3.	■ Onset of symptoms within the prior 12-24 hours AND ■ Stable without severe HF, persistent ischemic symptoms, or hemodynamic or electrical instability	M (6)
Successful Treatment of the Culprit Artery by Primary PCI Followed by Immediate Revascularization of 1 or More Nonculprit Arteries During the Same Procedure		
4.	■ Cardiogenic shock persisting after PCI of the presumed culprit artery ■ PCI or CABG of 1 or more additional vessels	A (8)
5.	■ Stable patient immediately following PCI of the presumed culprit artery ■ One or more additional severe stenoses	M (6)
6.	■ Stable patient immediately following PCI of the presumed culprit artery ■ One or more additional intermediate (50%-70%) stenoses	M (4)

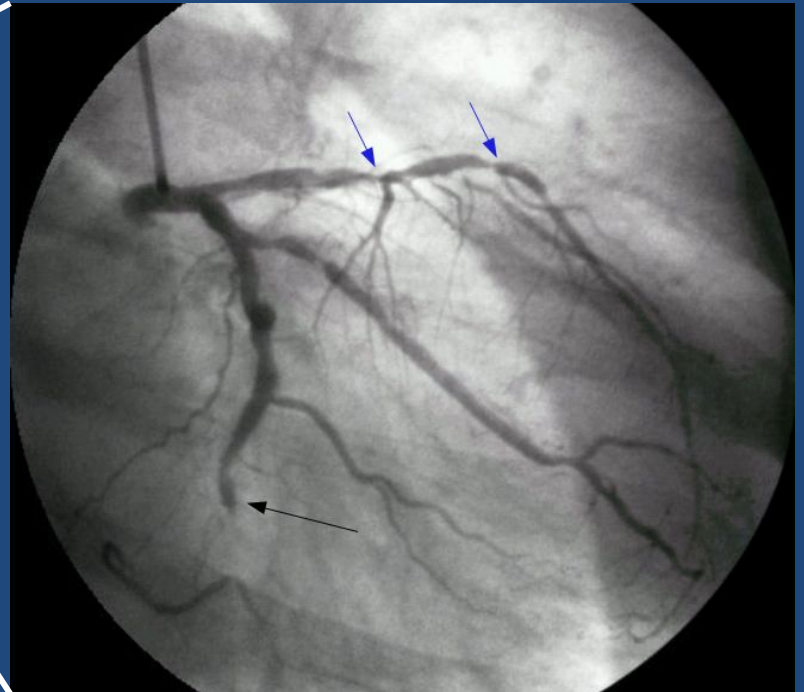
Infarto cardíaco e intervención coronaria percutánea



Hospital Manuel Uribe Angel Envigado - Antioquia



Laboratorio de Intervencionismo Coronario



Un primer Análisis

- Area de análisis:

- Estadística a Dic. 2014
- Pts: 386; urgentes 12%.
- Criterio de indicación
 - **Apropiado: 80%**
 - Quizás apropiado: 14%
 - Rara vez apropiado: 4.5%

- Tipo de Diagnóstico

- Est. Diagnósticos +: 4%
- Falla cca: 3%
- Angina (E+I): 27%
- IAMSEST: 36%.
- IAMST: 21%
 - < 12 hs: 42%
 - **> 12 hs: 58%**

Estado de las Remisiones

- Brecha enorme entre la evidencia (guía) y lo que se hace.
 - 4-2-4 es decir, de cada 10 pacientes remitidos: 4 sin IAM, 2 IAM tardíos y 4 bien remitidos.
- Explicación?
 - Conocimiento, falta de estandarización, demoras del sistema, falta de manejo en red.
- El tratamiento del IAMST debe ser considerada como una emergencia que debe ser manejada por TODA LA RED (niveles 1,2 y 3), INMEDIATAMENTE.

Correctivos

- Crear un SISTEMA para **atender en RED** el Síndrome Coronario Agudo, con servicios de urgencias **CONECTADOS** a una central coordinadora y traslados con apoyo clínico entre hospitales (factores críticos de éxito).
- Entender en forma clara las barreras de nuestro sistema de salud para lograr **acceso a tiempo** (del pte) a una **reperfusión a tiempo**. Con una estrategia acorde con nuestros retos locales. Ej: Trombolisis

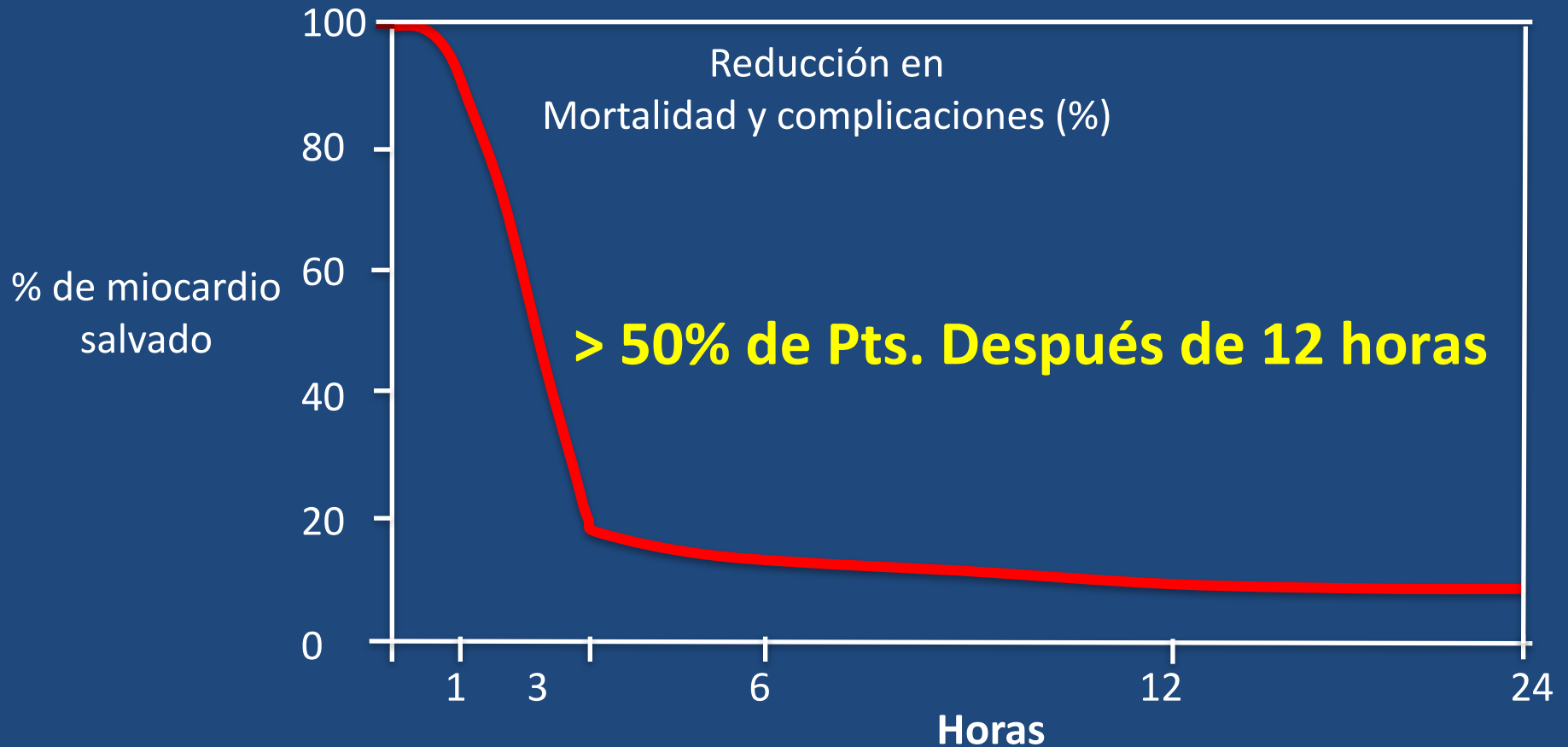
Pilares de la Unidad de Cardiología HMUA

1. Diagnóstico Apropriados del SCA
2. Estratificación de Riesgos y Realización de procedimientos con indicación estandarizada
3. Asegurar el resultado post-intervención: continuidad con cardioambulatorio y primeros niveles.
4. Seguimiento a poblaciones especiales: falla cardíaca, anticoagulados, DM

Pilares de la Unidad de Cardiología HMUA

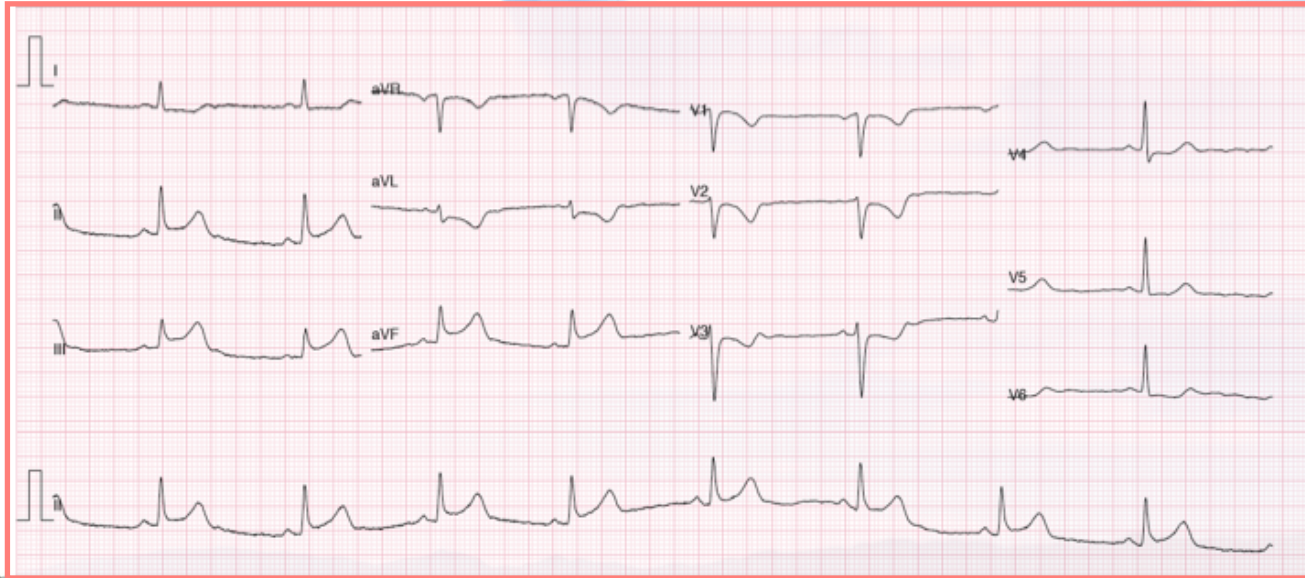
- **Reglas Simples:**
 - Puerta-Balón < 90 min
 - Puerta-aguja < 60 min (sala de intervencionismo)
 - Puerta-aguja < 30 min en trombolisis
 - ICP preferida si alto riesgo de complicaciones o presentación tardía
- **El equipo médico debe conocer:**
 - Demora prehospitalaria.
 - Anticipar los riesgos por IAMST (edad, IAM anterior, inferior, choque cardiogénico).
 - Anticipar riesgo de sangrado cerebral (edad, mujer, DM)
 - Anticipar tiempos de traslado/demoras para ICP

Tiempo de evolución del IM y resultado



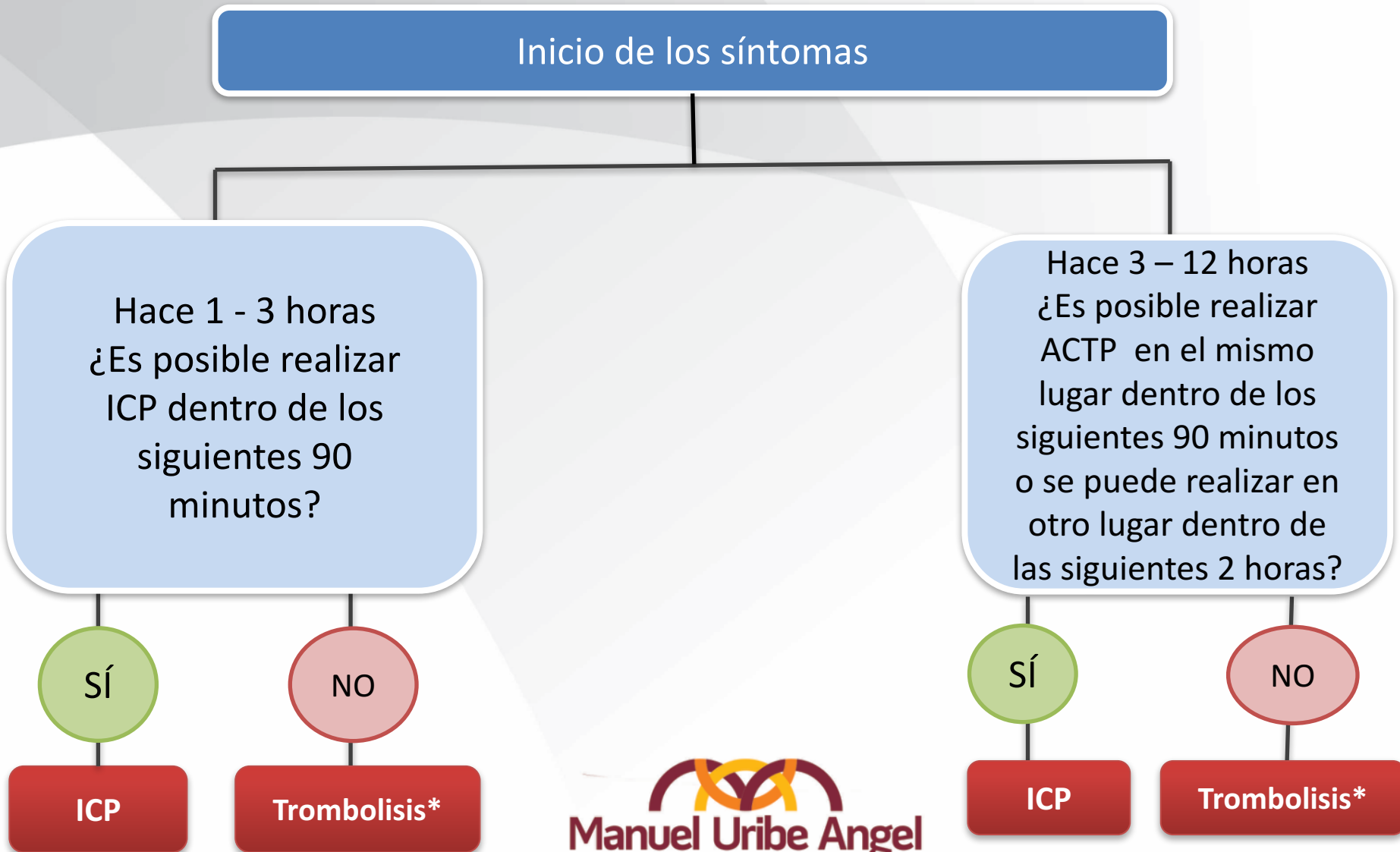
- Como lograr que el vaso esté abierto en máximo 90 minutos?

El Problema



Largas distancias
Lentitud en procesos administrativos
"El tiempo es músculo"

Manejo del SCA en Hospitales de la Red



Cómo se estructuró el proceso

PROTOCOLO DE UDT

El paciente tiene dolor torácico probablemente anginoso

- ☐ Tomar ECG < 10 minutos
- ☐ Analgésicos, oxígeno (según SO₂), nitroglicerina, ASA (300 mg), línea I.V.
- ☐ Troponina
- ☐ Rayos X de tórax

☐ Elevación del segmento ST $\geq 1\text{mm}$ ≥ 2 derivaciones contiguas o sospecha de nuevo BRIHH

- ☐ Inestabilidad hemodinámica
- ☐ ó Shock cardiogénico
- ☐ ó Taquicardia ventricular sostenida
- ☐ ó Dolor torácico persistente
- ☐ ó Desviación del ST $> 0.5\text{ mm}$ en ≥ 2 derivaciones contiguas
- ☐ ó Inversión dinámica de la onda T
- ☐ ó Troponina positiva

- ☐ Angina clásica: Incrementada con el ejercicio, mejora con reposo o nitroglicerina
- ☐ ó Edad > 65 años
- ☐ ó Desviación del ST de 0.5 mm en ≥ 2 derivaciones contiguas
- ☐ ó Enfermedad arterial coronaria o enfermedad vascular periférica conocidas

- ☐ Síntomas atípicos
- ☐ Y Sin cambios en el ECG
- ☐ Y Con troponina inicial negativa
- ☐ Y Edad < 65 años

Considerar remisión

IAMST
Remitir vs
Trombolisis

Probable
IAMNST o
angina
inestable:
REMITIR a
tercer nivel

Riesgo
Intermedio:
INGRESAR a
UDT

Riesgo Bajo
INGRESAR a
UDT

Mejorar Procesos: Estándares, Capacitación y Central Coordinadora

- Promover en niveles 1 y 2 la creación de **Unidades de dolor torácico** para definir alta temprana del dolor precordial de baja probabilidad de SCA (4:10).
- Aumentar la reperfusión temprana del IAMST. Estratificación y manejo del SCA ST y sin ST. **RED de Trombolisis.**
- Asegurar el cuidado en la transferencia de pts (ST y sin ST) entre hospitales conectados y el centro de tercer nivel. **Telecardiología.**

Modelo de Ajuste de Riesgo Hospitalario: Grupo Médico Alineado

- GRACE Score
- Criterio SCAI para **indicación**
- SCAI para **complicaciones**
- Índice de Charlson
- Score de **Fragilidad**

APPROPRIATE USE CRITERIA

ACC/AATS/AHA/ASE/ASNC/SCAI/ SCCT/STS 2016 Appropriate Use Criteria for Coronary Revascularization in Patients With Acute Coronary Syndromes

A Report of the American College of Cardiology Appropriate Use Criteria Task Force, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and the Society of Thoracic Surgeons

Criterios de Uso Apropiado: Elementos que Definen los Escenarios Clínicos

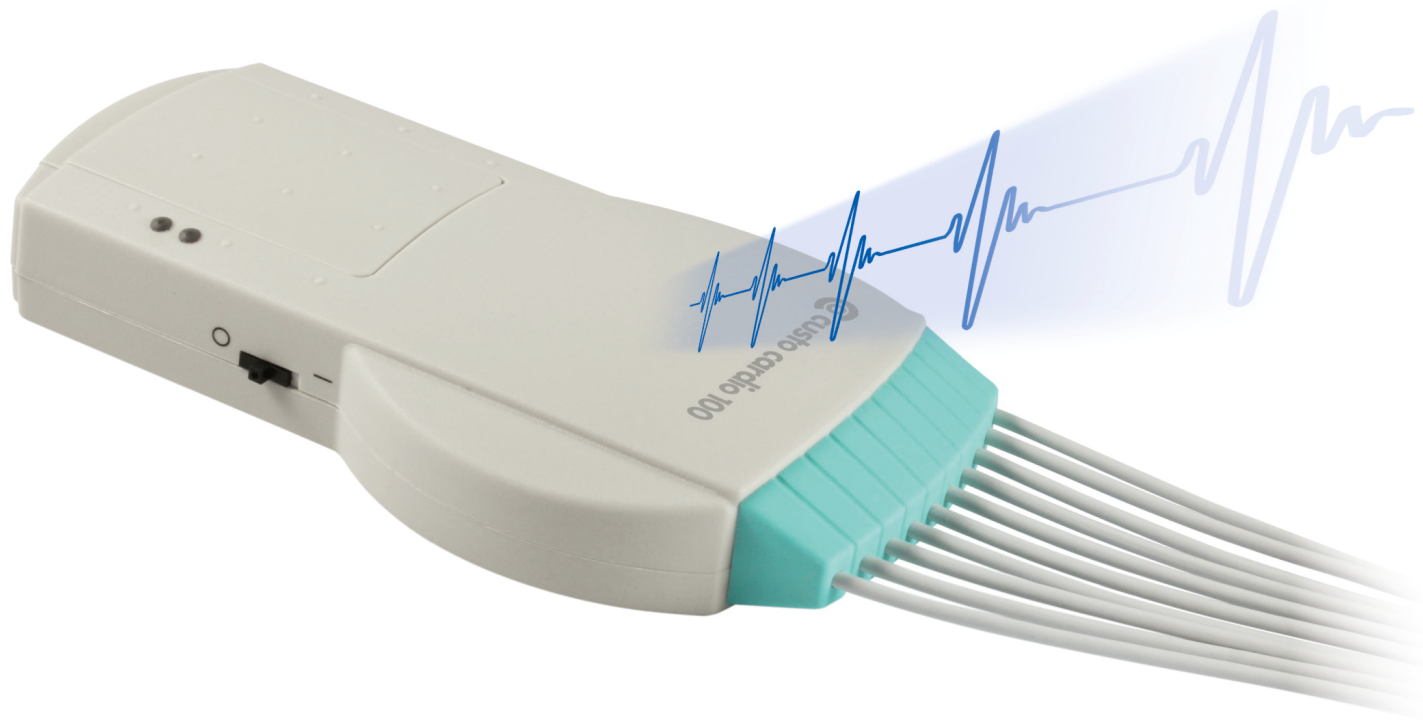
- Presentación Clínica (ej: SCA, angina estable)**
- Severidad de la angina (Clasificación Canadiense)**
- Magnitud de la isquemia en pruebas no invasivas y otros factores pronósticos (ej: FE baja, DM)**
- Grado del tratamiento antianginoso.**
- Magnitud de la enfermedad anatómica.**



Central Coordinadora de Cardiología

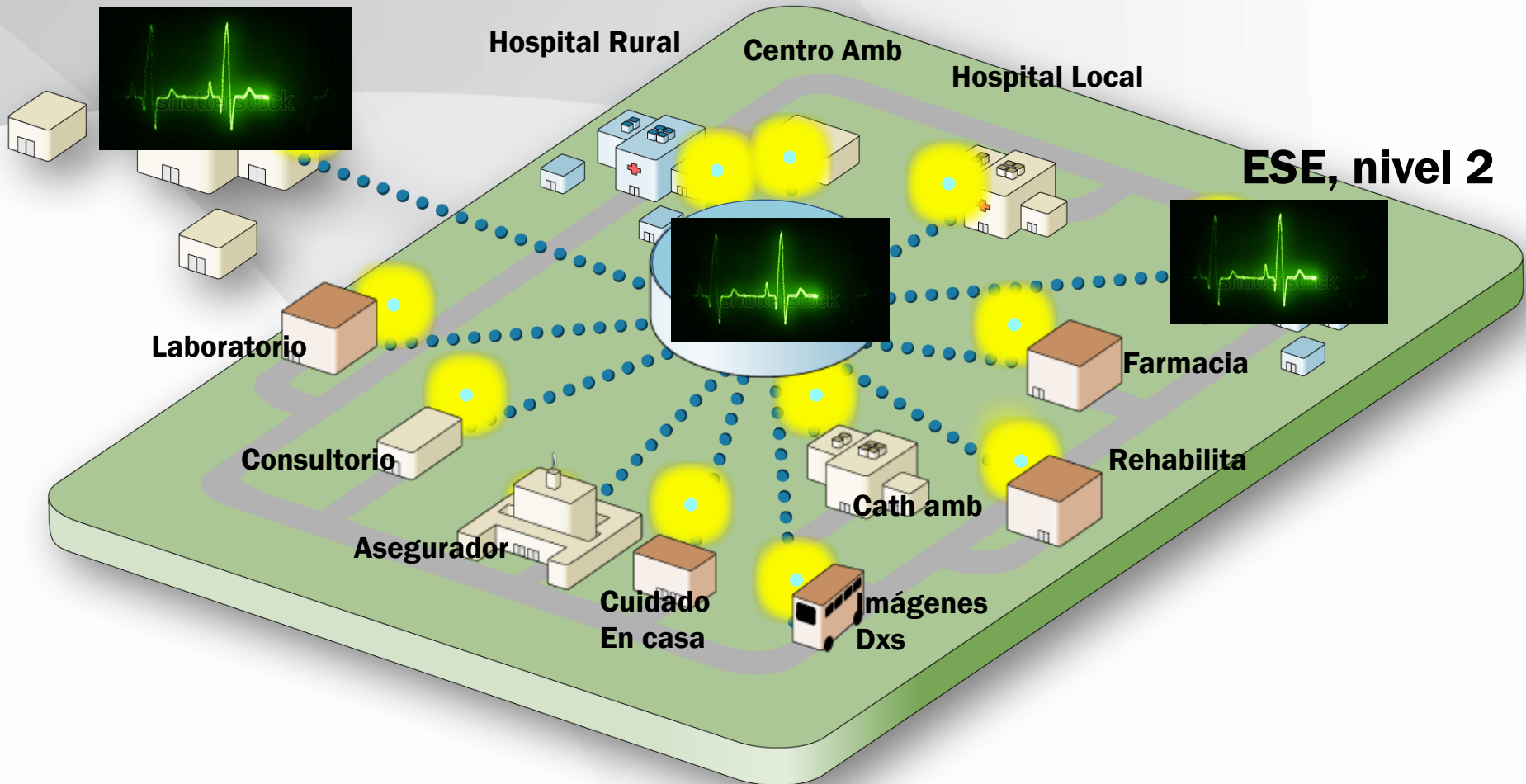
- Electrocardiogramas con capacidad de telecardiología.
- Acceso a plataforma de telecardiología.
- Acompañamiento por especialista en toma de decisiones 24/7.
- Traslados teleasistidos.
- Auditoría de tiempos trazadores.
- Indicadores de calidad mensuales.
- Capacitaciones a la red.

ECG de 12 derivaciones para Telecardiología

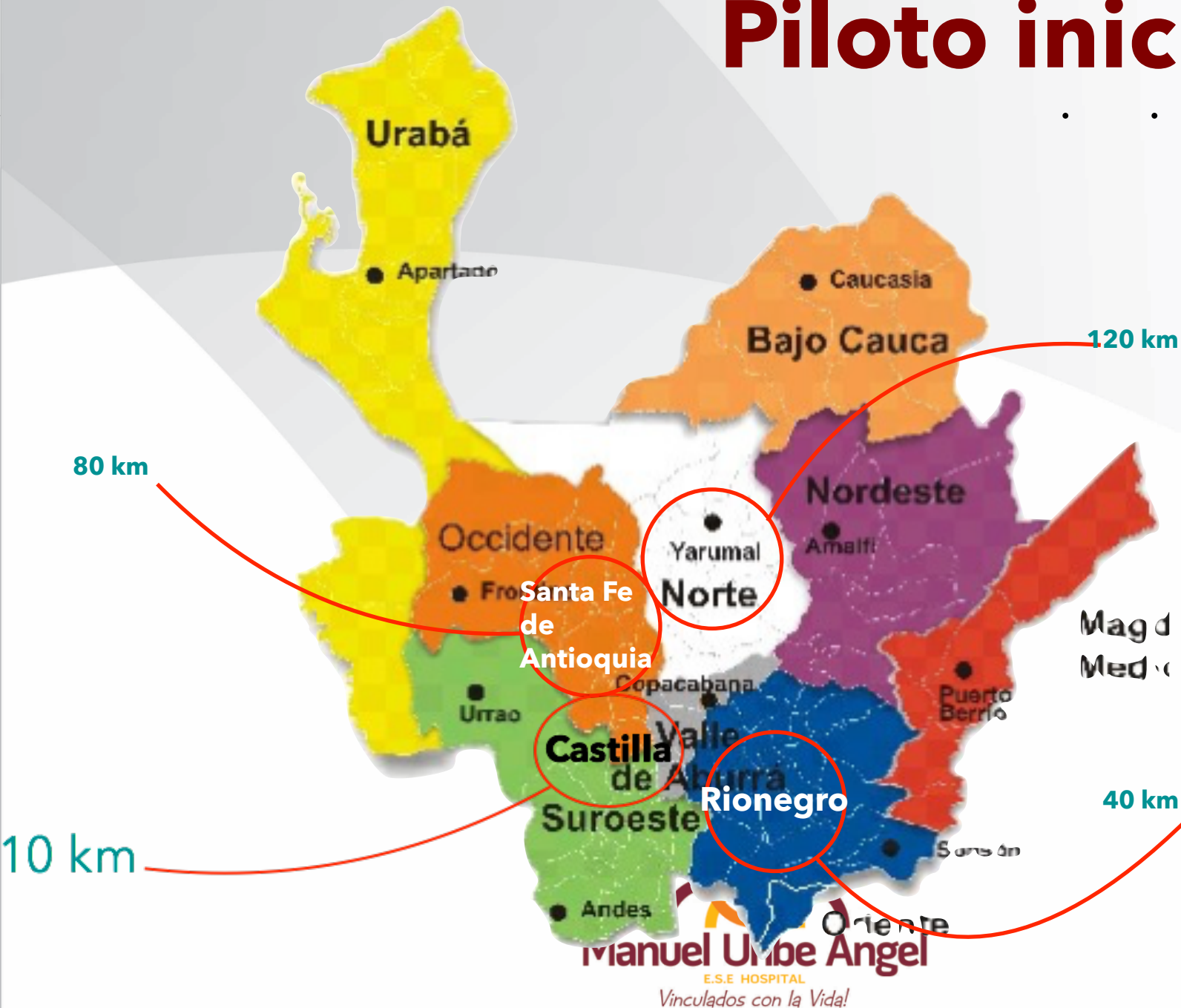


MODELO DE CONECTIVIDAD HUB AND SPOKE

Central/Hospital
(HMUA)



Piloto inicial



Hospital San Juan De Dios, Santafé de Antioquia



Manuel Uribe Angel

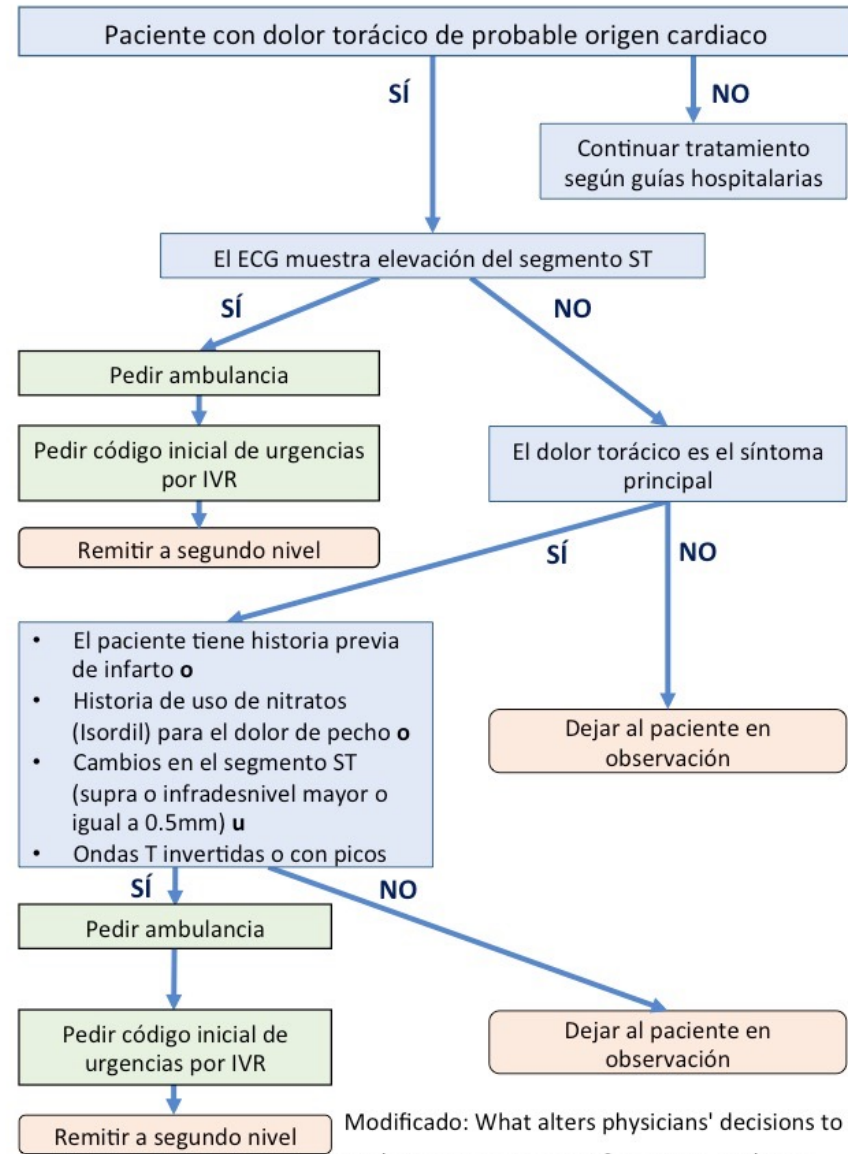
E.S.E HOSPITAL

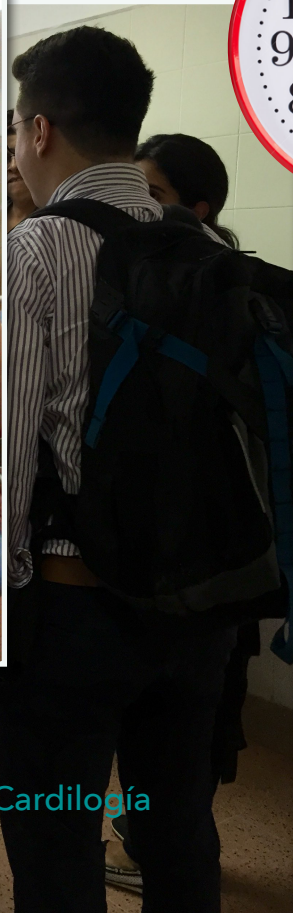
Vinculados con la Vida!

Cómo se ha hecho



Criterios para remisión de pacientes con SCA en el primer nivel de atención





Traslado Telesistido por Cardiología





Trombolisis In Situ



Aprendizajes del proceso HMUA

- En el sector público el liderazgo técnico es fundamental para subir el estándar.
- La magnitud del reto implica gran coordinación de actores: aseguramiento y la prestación ambos sentados en la mesa. Aquí se dio esa combinación ideal + voto de confianza.
- Se necesita mucho apoyo de los equipos administrativos.

Aprendizajes del proceso HMUA

- Se requiere trabajar en equipo con enfermería quien estructura muy bien los cambios en procesos asistenciales y con el área de calidad quien cuida la adherencia a la norma.
- Empezar de cero tiene sus ventajas y sus desventajas: la medida vs adaptación a lo existente.
- Y en la RED buscar el GEDA. Trabajo de campo.
- Generar evidencias propias a la par de los procesos. Clave los registros clínicos.

Aprendizajes del proceso HMUA

- Mucho liderazgo con inteligencia emocional.
- Actitud tranquila y resolutive. Problemas se van encontrar por montones y sin buena actitud las posiciones de supremacía (cargo) y soberbia (estilo personal), frecuentemente predominan y eso da al traste con muchos esfuerzos.



¡MUCHAS GRACIAS!