



CardioSUC
2025 41º Congreso Uruguayo
de Cardiología
El paciente en el corazón de cada decisión

Estado de la reperusión en LATAM-Realidad de la Asistencia del IAMcST en LATAM-Bolivia

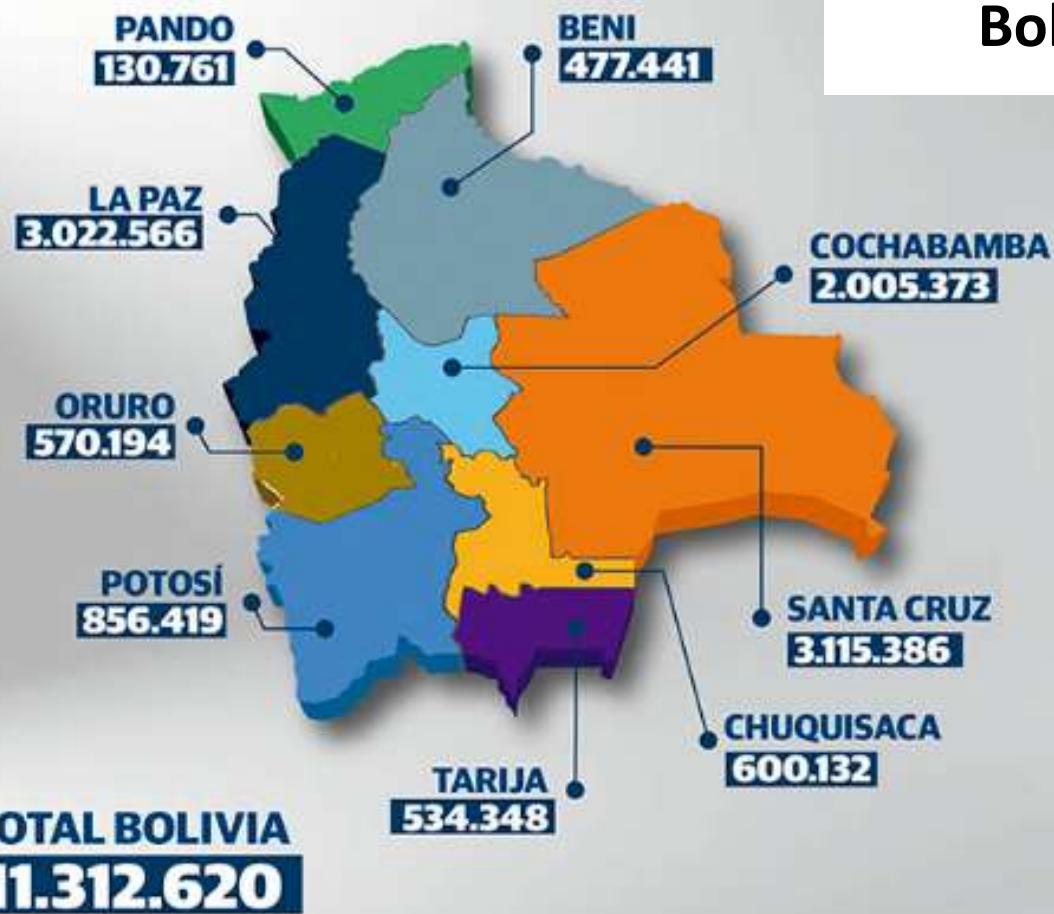
Dr. Sergio Villarroel Espinoza

Médico internista - Cardiólogo clínico e Intervencionista

Montevideo Mayo 2025



Bolivia



	2012	2024
	Habitantes	Habitantes
Chuquisaca	581.347	600.132
La Paz	2.719.344	3.022.566
Cochabamba	1.762.761	2.005.373
Oruro	494.587	570.194
Potosí	828.093	856.419
Tarija	483.518	534.348
Santa Cruz	2.657.762	3.115.386
Beni	422.008	477.441
Pando	110.436	130.761
Bolivia	10.059.856	11.312.620



Salas de Hemodinamia - Bolivia



Departamento	Públicas	Seguro Social	Privadas
Santa Cruz	1	2	9
La Paz	1	1	5
Cochabamba	-	1	4
Potosí	-	-	-
Chuquisaca	-	-	1
Oruro	-	-	-
Tarija	-	-	1
Beni	-	-	-
Pando	-	-	-
Total = 26	2	4	20



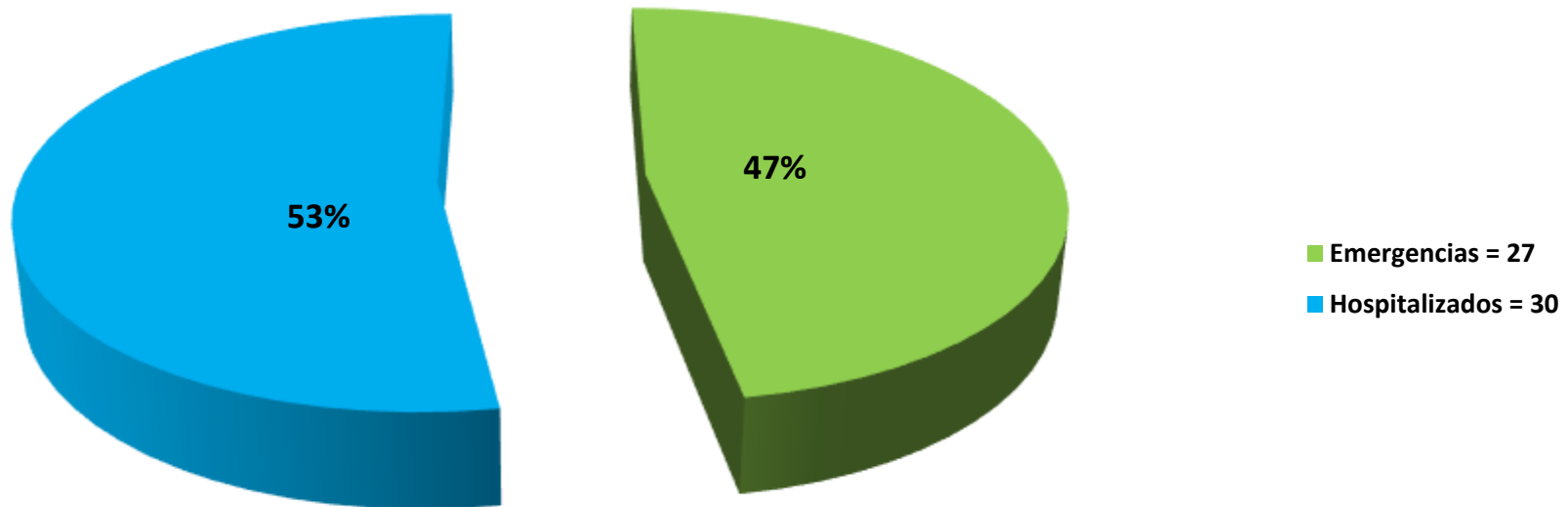
Ciudad	Hemodinamistas =25	Sala de hemodinamia	OCT – IVUs	Terapia con trombolíticos
Santa Cruz	12	9 privadas 2 Seguro Social 1 publica	2 IVUs 1 OCT	No
La Paz	4	5 privadas 1 Públicas 1 Seguro social	1 OCT 1 IVUS	No
Cochabamba	6	4 privadas 1 Seguro social	No	No
Tarija	2	1 sala privada	No	No
Sucre	1	1 sala privada	No	No



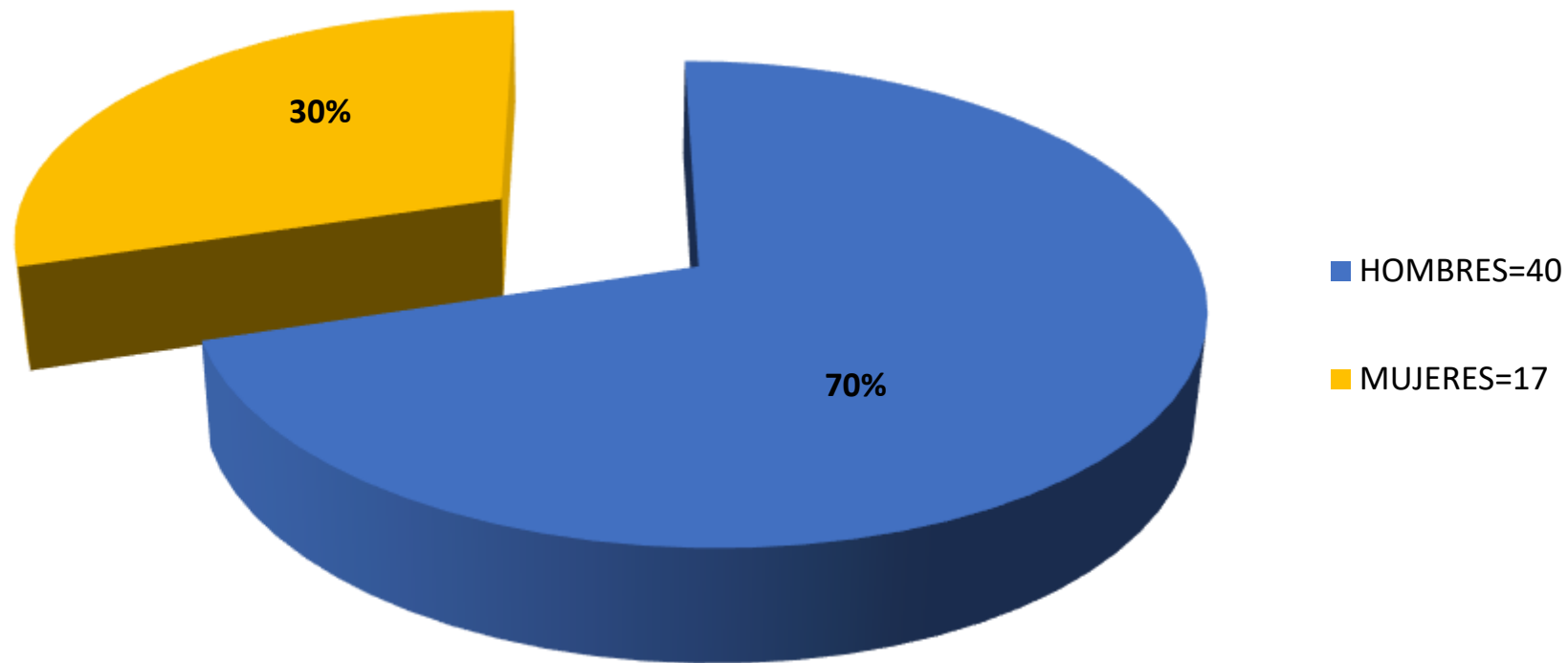
CardioSUC
2025 41º Congreso Uruguayo
de Cardiología
El paciente en el corazón de cada decisión

- Se trata de un registro consecutivo-observacional-analítico-prospectivo de todos los pacientes que ingresan al servicio de cardiología - hemodinamia con cuadro de cardiopatía isquémica tipo síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST
- **Periodo de estudio:** desde el 15 de septiembre de 2023 al 14 de septiembre del 2024 (un año) con un periodo de seguimiento de 6 meses.

Atención de cardiopatía isquémica n = 57

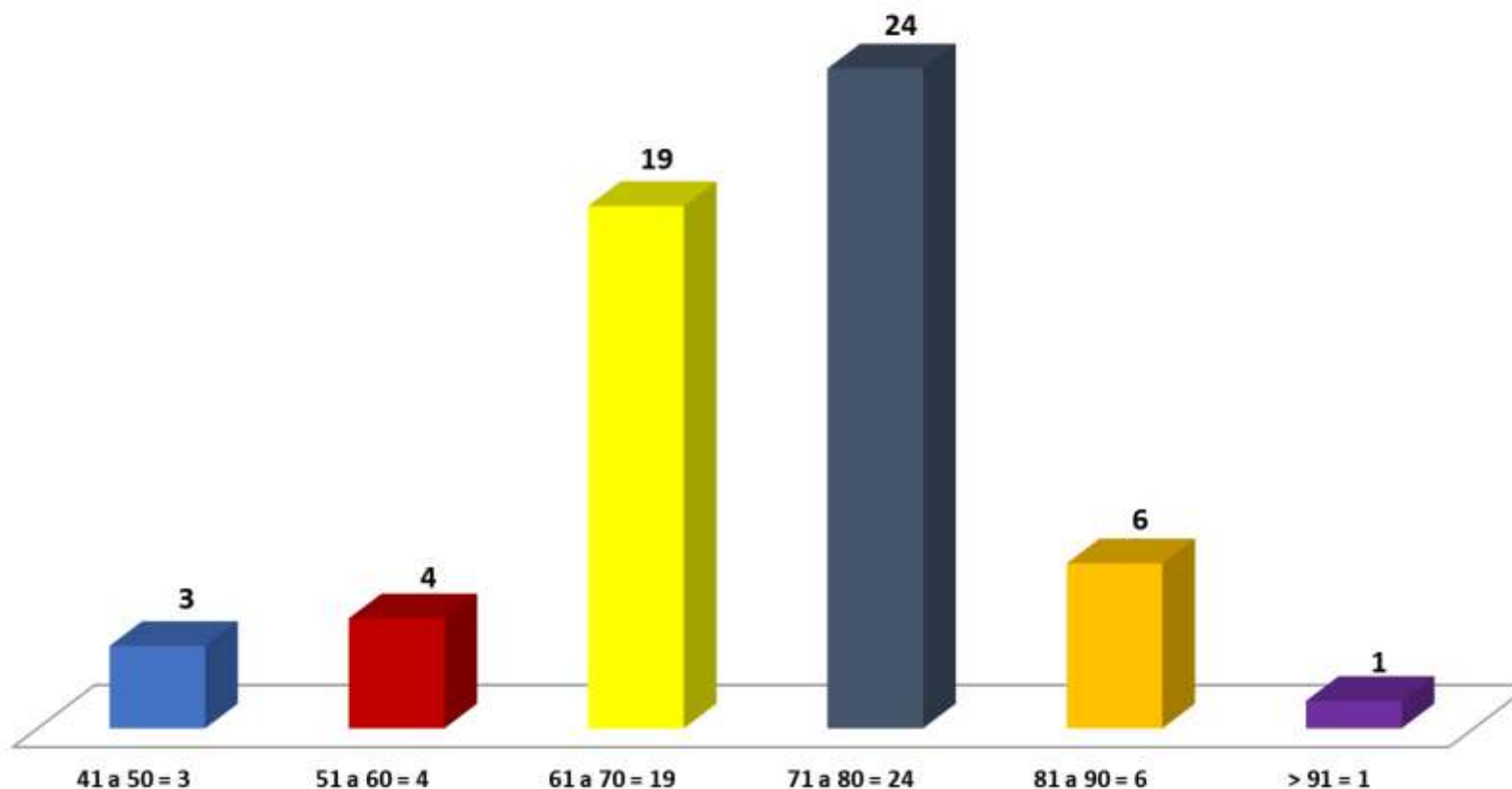


Cardiopatía isquémica según género
n = 57



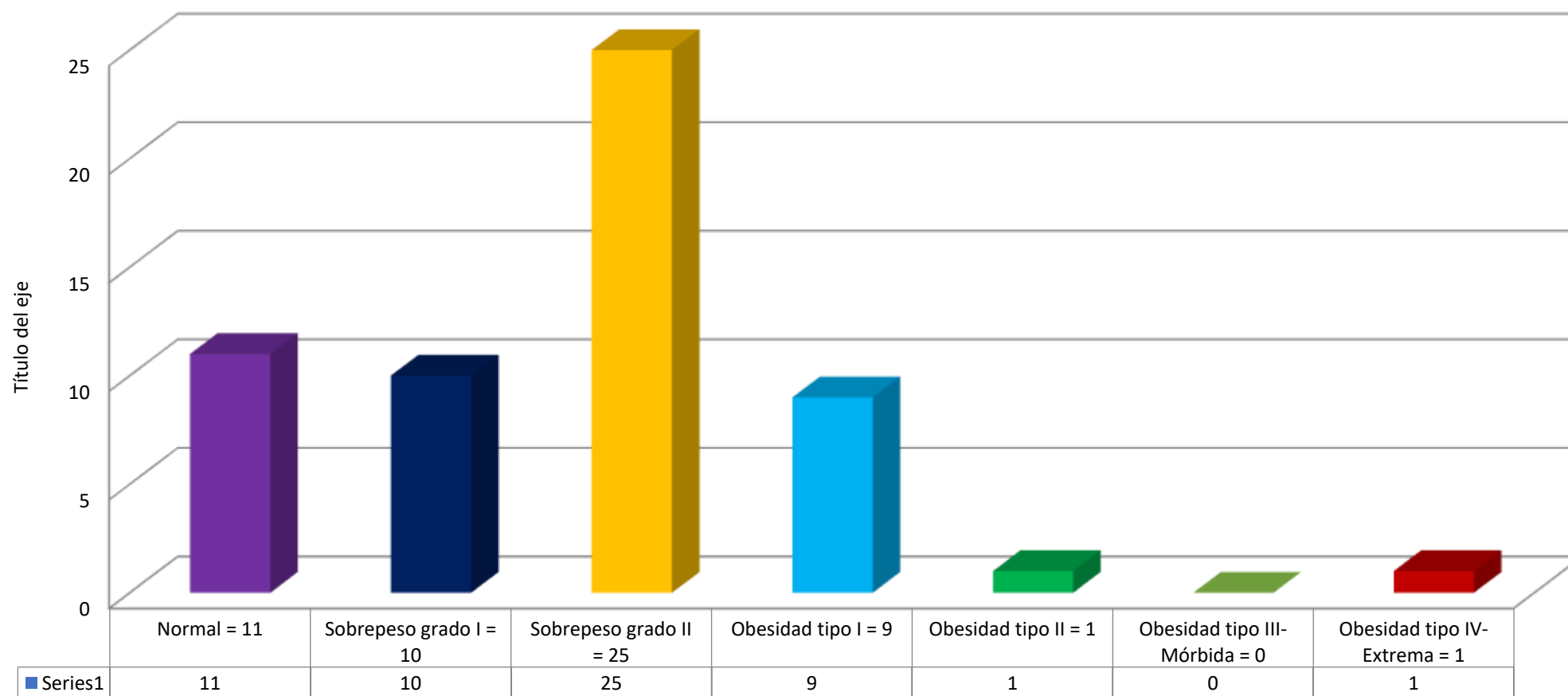


Cardiopatía isquémica según edad
n=57



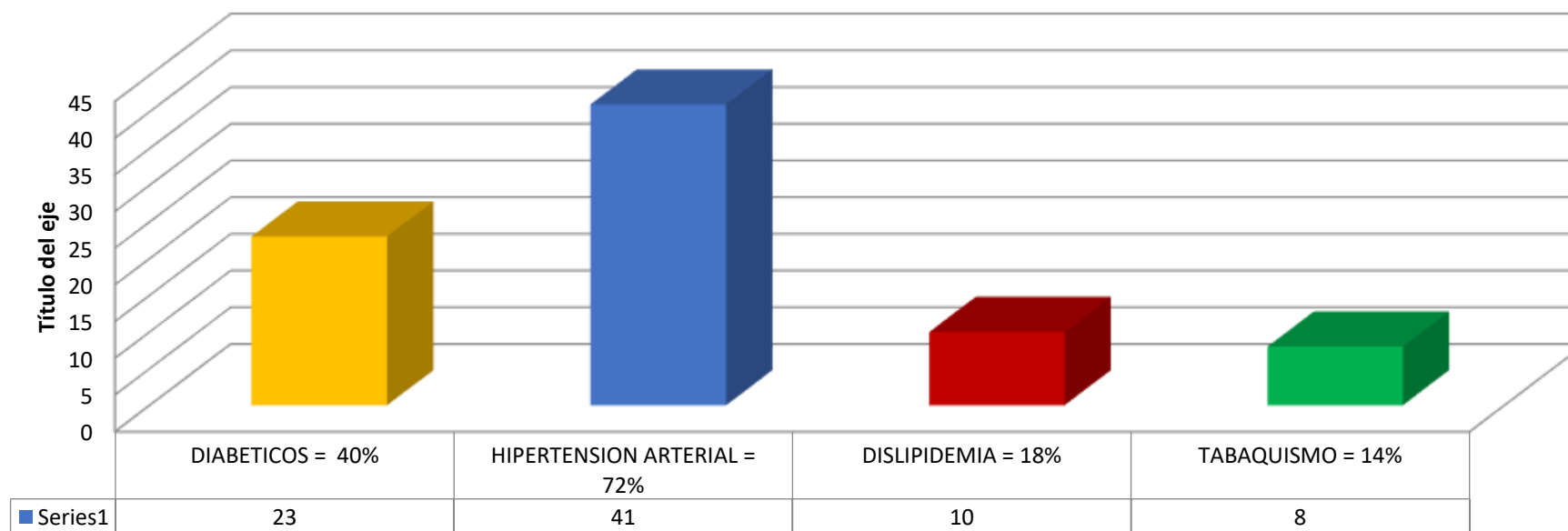


Cardiopatía isquémica y grado de obesidad n = 57

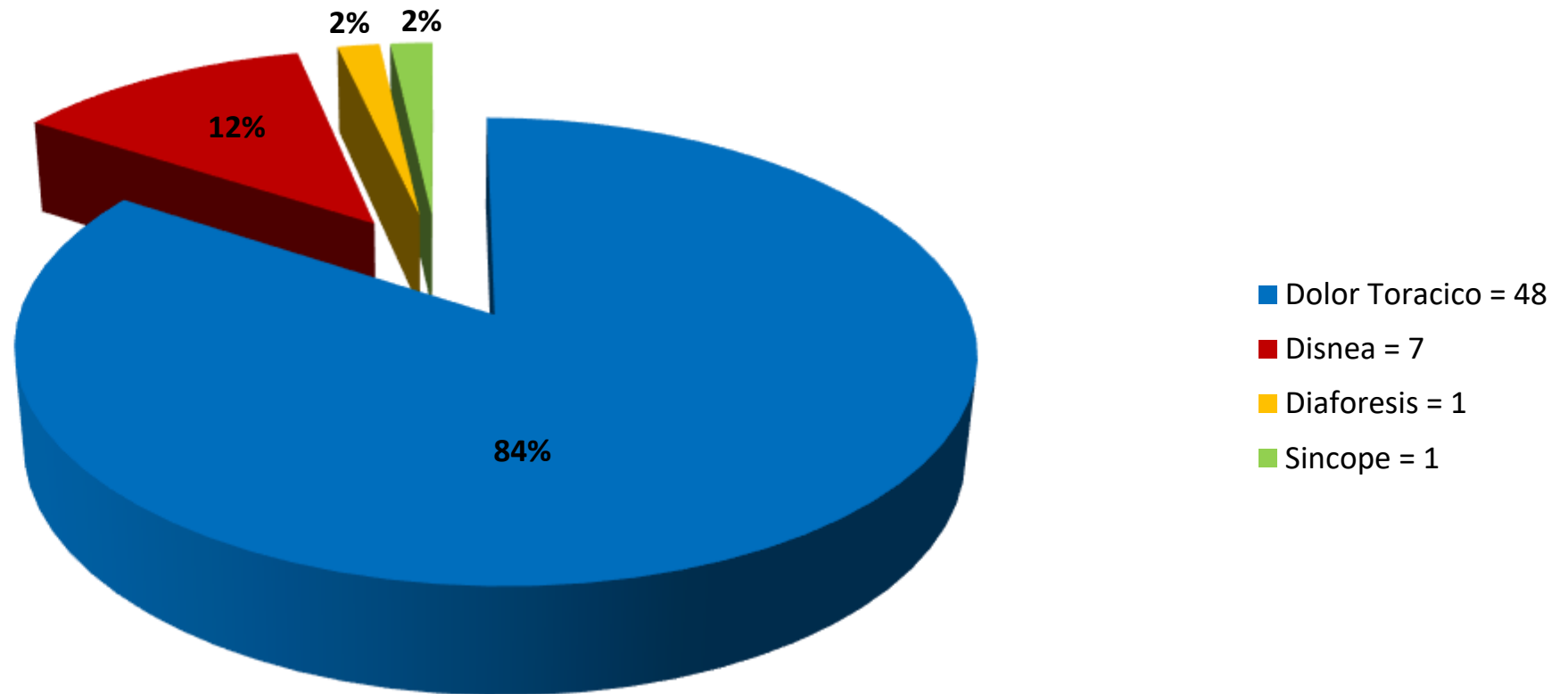




Factores de riesgo cardiovascular

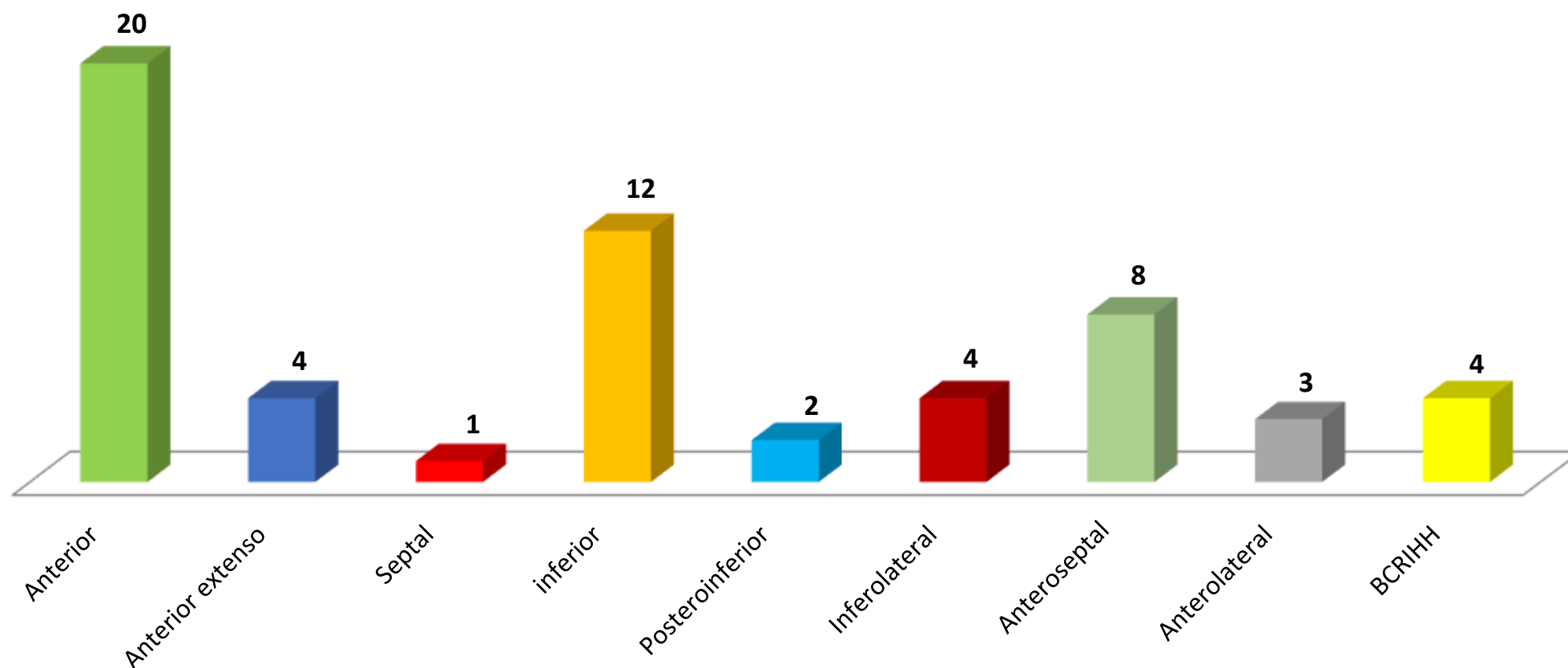


Principal sintomatología al momento del ingreso hospitalario
n = 57

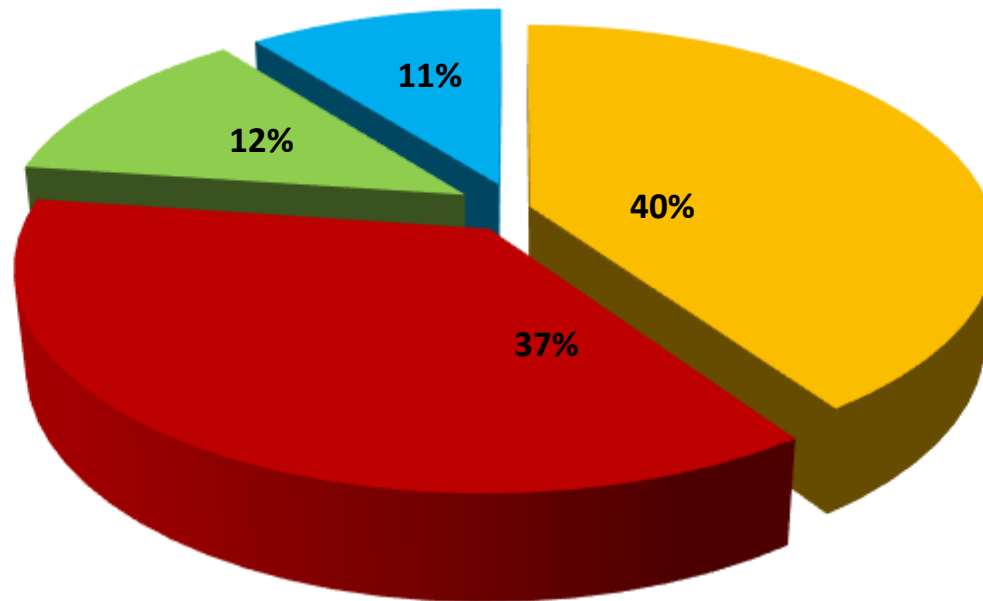




Electrocardiograma de ingreso n = 57

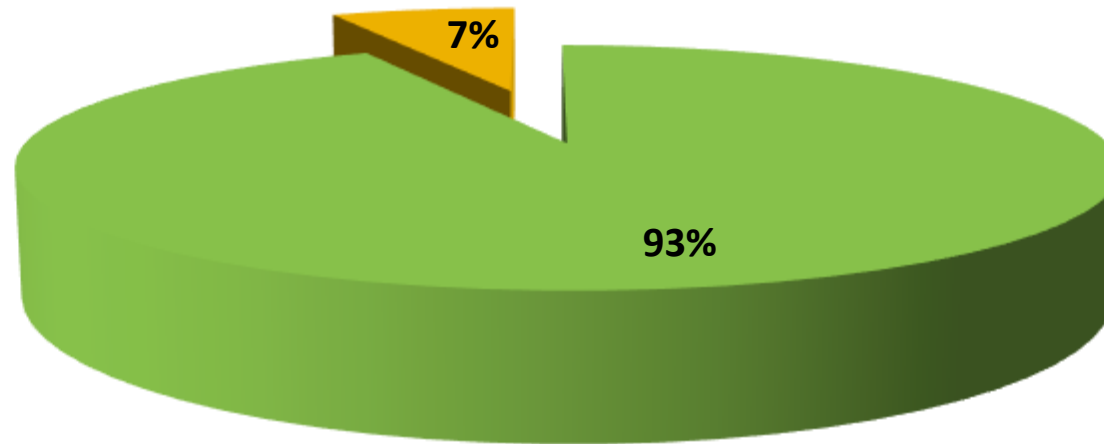


Score killip y kimball n = 57



- Killip y Kimball I = 23
- Killip y Kimball II = 21
- Killip y Kimball III = 7
- Killip y Kimball IV = 6

Acceso vascular para angiografía coronaria n = 57

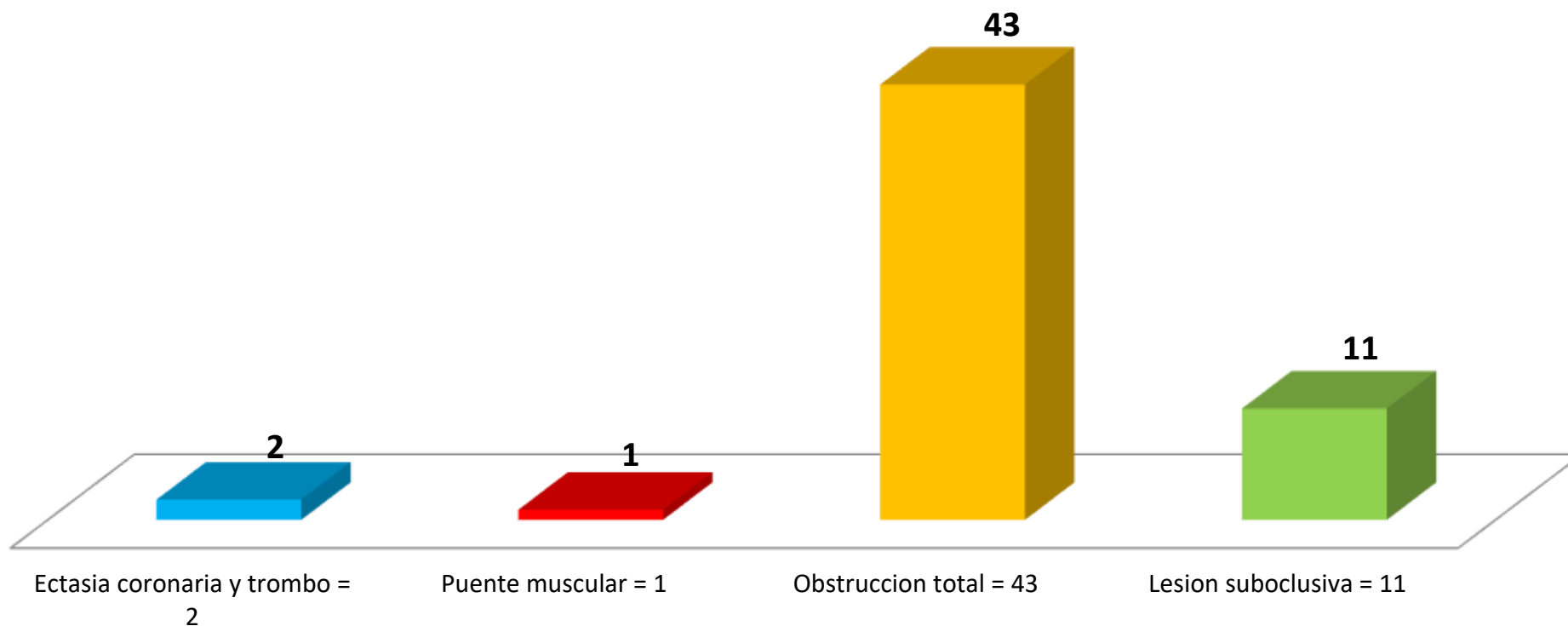


■ Acceso radial = 53

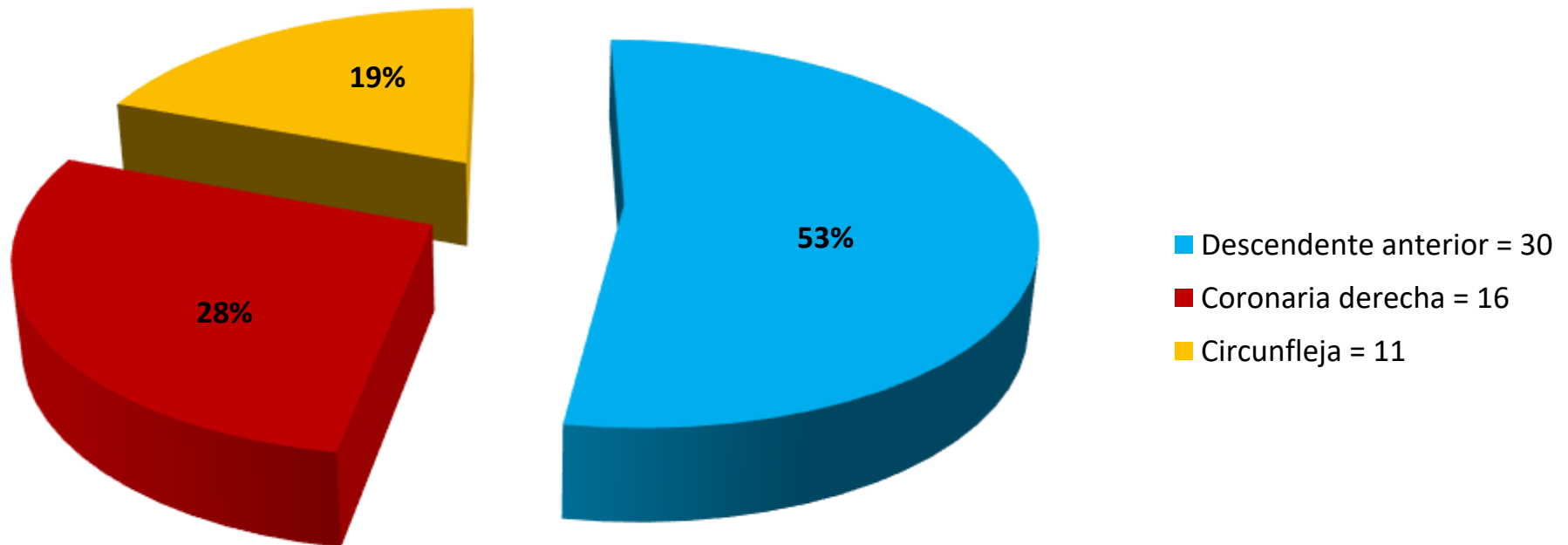
■ Acceso femoral = 4



Hallazgo de angiografía coronaria n = 57

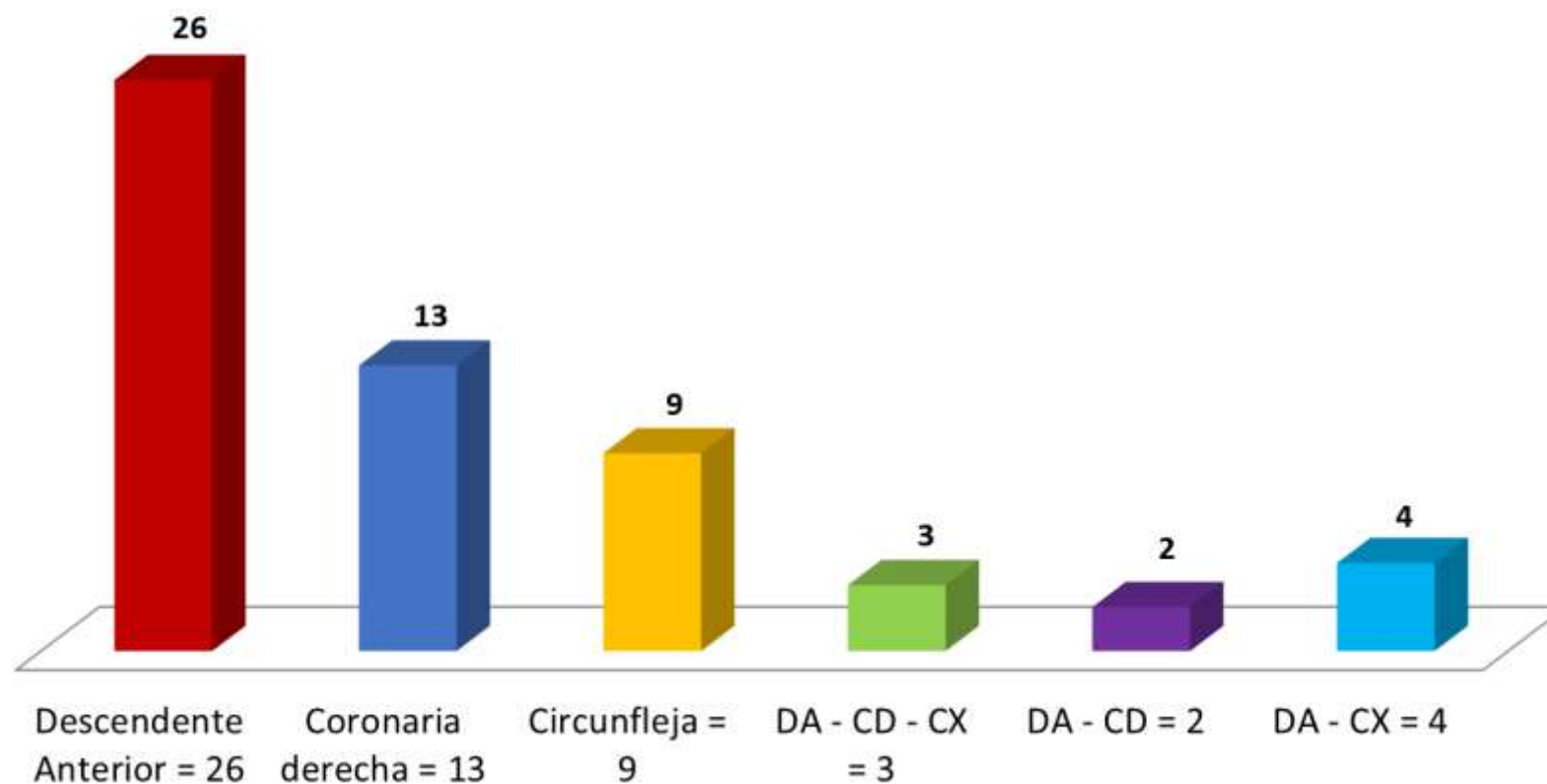


Arteria responsable de Infarto de miocardio
n = 57

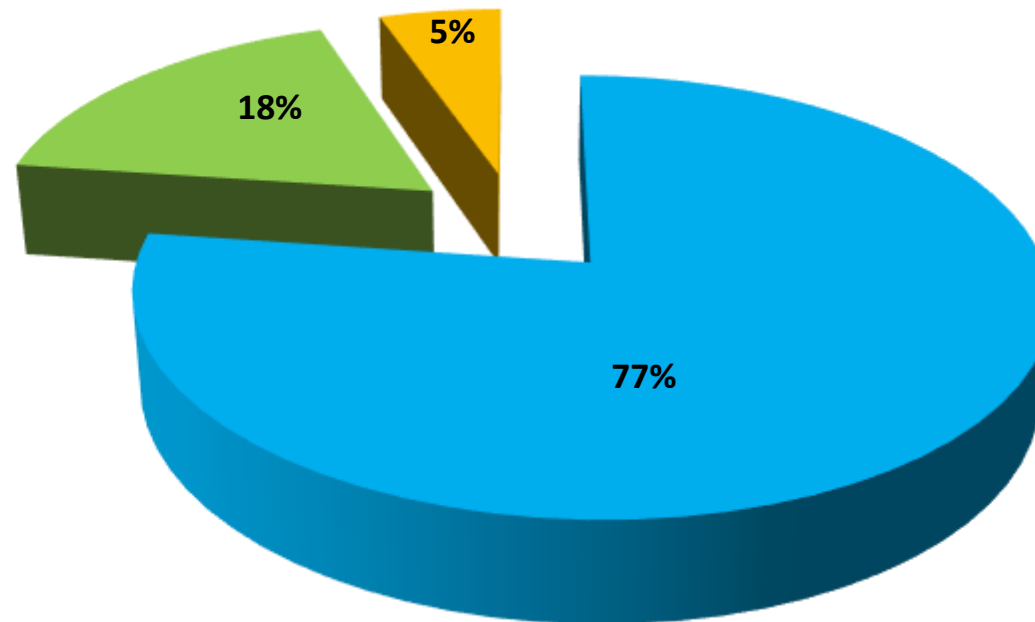




**Arteria coronaria tratada
n = 57**

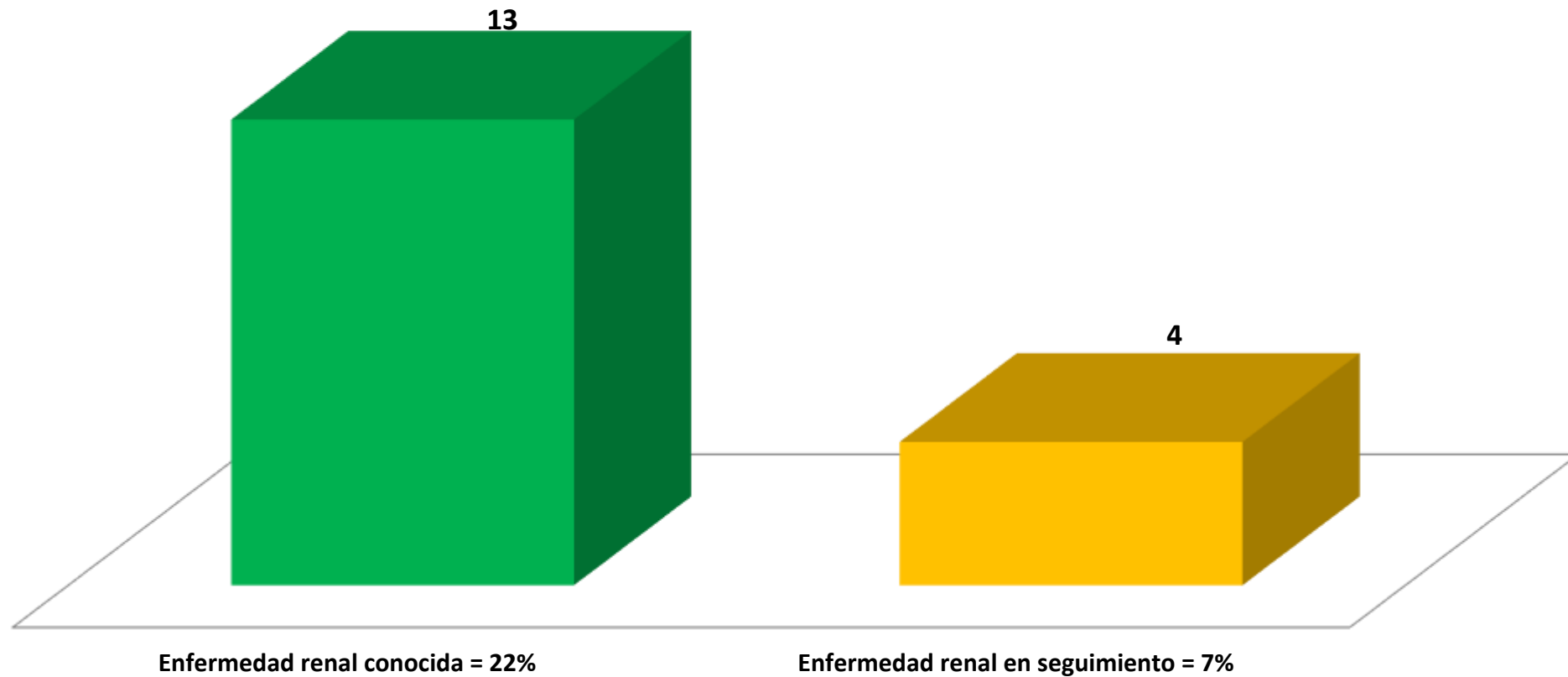


Score Syntax
n = 57

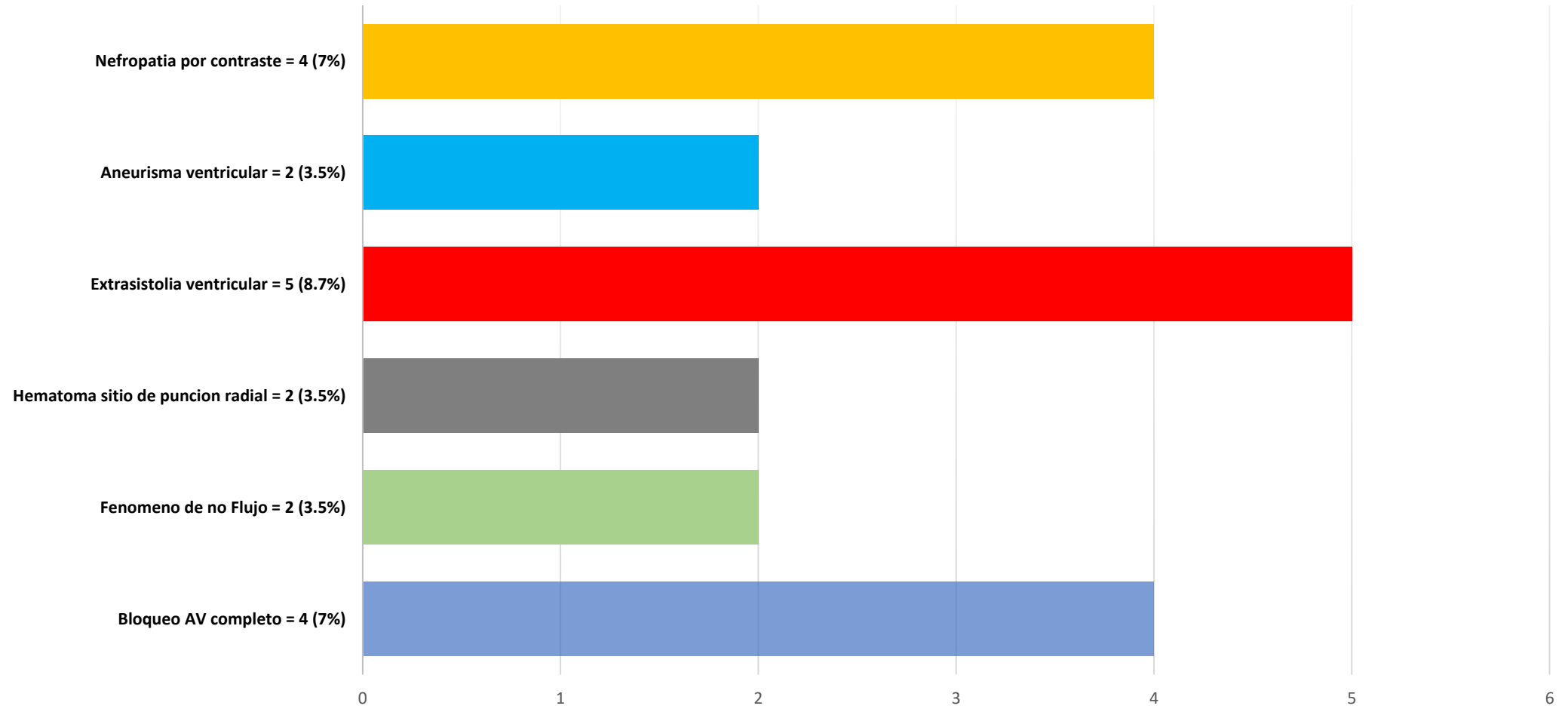


- Score Syntax < 22 = 44
- Score Syntax 23-32 = 10
- Score Syntax > 32 = 3

Enfermedad renal en el seguimiento n = 57

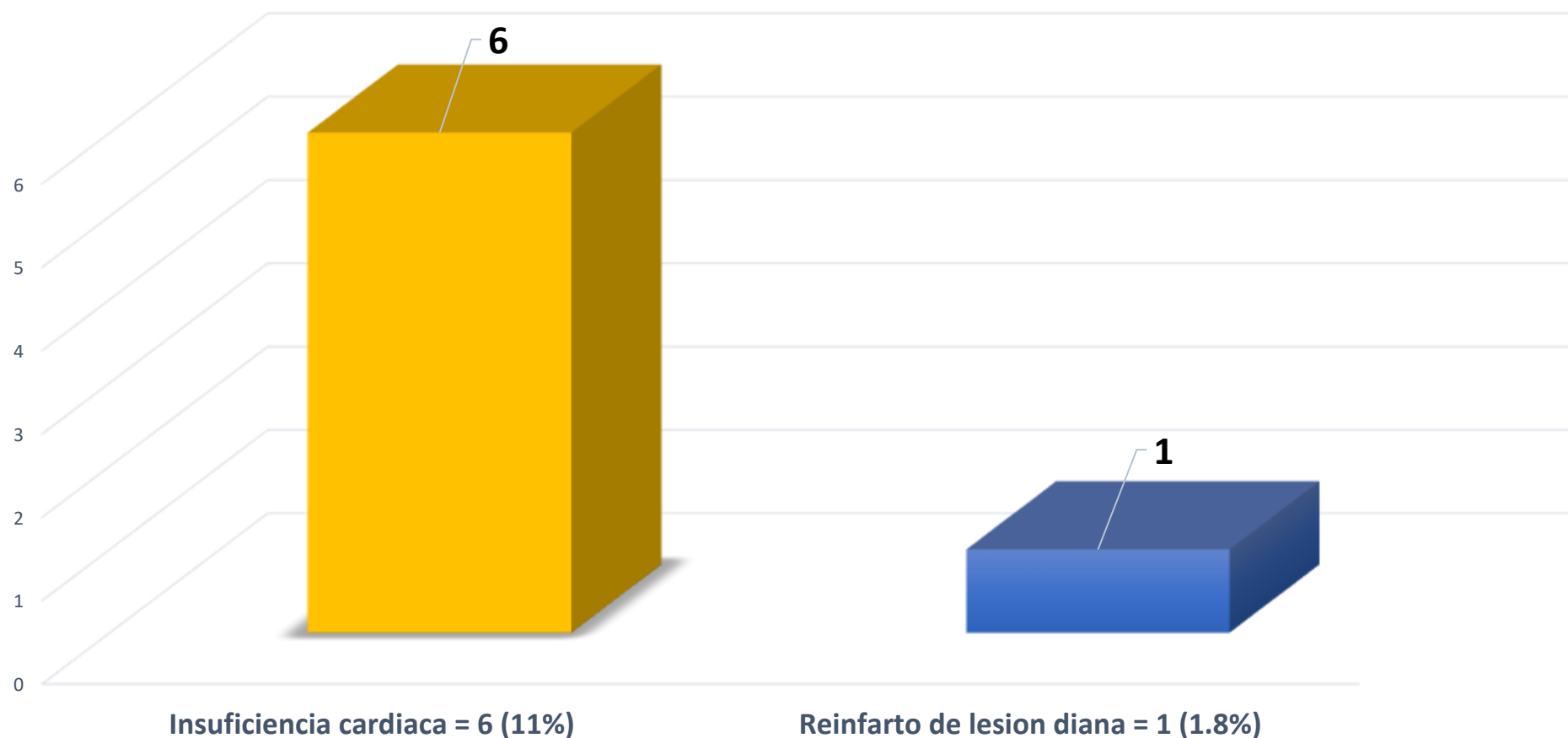


COMPLICACIONES



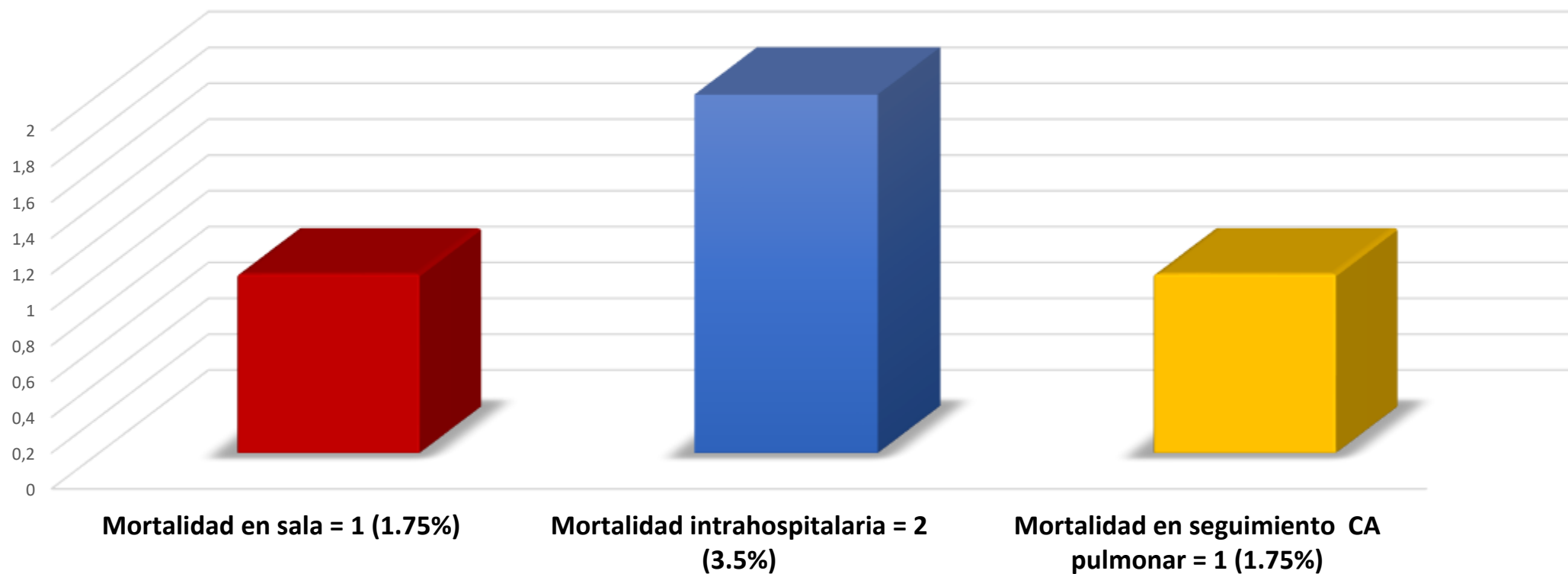


Seguimiento - complicaciones





Mortalidad





- En nuestro registro el IAM se presenta 1 por semana.
- Mortalidad en nuestro estudio representa un 5.2% (3.5% en mujeres) y (1.7% en varones).
- El síndrome coronario agudo se presenta mas en varones que en mujeres, en edades entre la sexta y octava década de la vida.
- Los factores de riesgo cardiovascular la hipertensión arterial sistémica.
- Al seguimiento de 6 meses son 53 pacientes que continúan controles periódicos en consulta externa con tratamiento antiisquémico optimo.



MANEJO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS EN EL HOSPITAL CAJA PETROLERA-SANTA CRUZ: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PERIODO 2024 (Dra. Ruiz. – Dr. Hornez)

	SCACEST	SCASEST/AI	Total		
	N = 21 (65,62%)	N = 11 (34,37)	32		
Edad (años) mediana DS	63.5 DS +/- 9,17	70.8 DS+/-10.02	66 .=/- 9.96	p = 0.057	anova
Sexo Masculino	16 (76,2 %)	9 (81.8% %)	25 (78.1 %)	p = 0,715	X2
IMC (mediana)	24.3	24.5	24.3	P = 0,868	anova
Normo peso	16	6	22		
Sobrepeso	4	5	9		
Obesidad I	1	0	1		
Factores de riesgo Cardiovascular					
Diabetes	9 (42.9 %)	4 (36,4%)	13 (40,6 %)	p = 0,722	X2
Hipertensión arterial	14 (66.7%)	9 (28,1%)	23 (71.9%)	p = 0.365	X2
Dislipidemia	12 (37,5%)	4(12.5%)	16 (50%)	P = 0.264	X2
Tabaquismo	5 (15.6%)	3 (9,4%)	8 (25.0%)	p = 0.0830	X2
Antecedentes familiares	3 (9,4 %)	0 (0.0%)	3 (9.4%)	p = 0.188	X2
ECV previa	4 (19.0%)	1 (33.3%)	9 (28.1%)	P= 0.20	X2
Insuficiencia cardiaca	1 (31%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	p <0.462	X2



MANEJO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS EN EL HOSPITAL CAJA PETROLERA-SANTA CRUZ: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PERIODO 2024 (Dra. Ruiz. – Dr. Hornez)

Tablas de Contingencia

Dx_ing		LOCAL IAM			Total
		ANTERIOR	INFERIOR	LATERAL	
SCACEST	Observado	10	10	1	21
	% de fila	47.6 %	47.6 %	4.8 %	100.0 %
AI SCASEST	Observado	8	2	1	11
	% de fila	72.7 %	18.2 %	9.1 %	100.0 %
Total	Observado	18	12	2	32
	% de fila	56.3 %	37.5 %	6.3 %	100.0 %



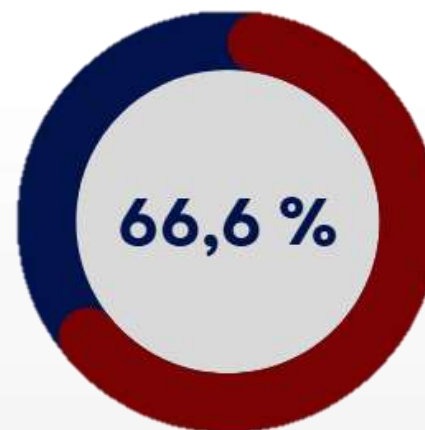
	IAMCEST N=15 (41.67) X ± SD N (%)	IAMSEST/AI N=21 (58.33) X ± SD (N %)	TOTAL N=36 X ± SD N (%)	P (0.05)
EDAD	63.2 ± 15.32	66.38 ± 10.21	65.03 ± 13.16	0.198
SEXO				0.022
Masculino	12 (80)	12 (57.14)	24 (66.67)	
Femenino	3 (20)	9 (42.86)	12 (33.33)	
ANTECEDENTES				
Hipertensión arterial	10 (66.67)	13 (61.9)	23 (63.89)	0.770
Diabetes Mellitus	3 (20)	7 (33.33)	10 (27.78)	0.383
Dislipidemia	6 (40)	8 (38.1)	14 (38.89)	0.908
Tabaquismo	6 (40)	6 (28.57)	12 (33.33)	0.478
Enf. Coronaria previa	0 ()	6 (28.57)	6 (16.67)	0.028
Insuficiencia cardiaca	1 (6.67)	2 (9.52)	3 (8.33)	0.762
Fibrilación auricular	1 (6.67)	4 (19.05)	3 (8.33)	0.297
ERC	0 ()	3 (14.29)	3 (8.33)	0.134
Obesidad	3 (20)	5 (23.81)	8 (22.22)	0.789
Chagas	2 (13.33)	2 (9.52)	4 (11.11)	0.723
Sin antecedentes	2 (13.33)	1 (4.76)	3 (8.33)	0.363
MEDICACION				
HABITUAL				
IECA/ARA II/ARNI	7 (46.67)	11 (52.38)	18 (50)	0.736
BB	4 (26.67)	5 (23.81)	9 (25)	0.846
ARM	1 (6.67)	2 (9.52)	3 (8.33)	0.762
ISGLT2	0 ()	4 (19.05)	4 (11.11)	0.083
Diuréticos	0 ()	1 (4.76)	1 (2.78)	0.398
BCC	6 (40)	8 (38.1)	14 (38.89)	0.909
Estatinas	2 (13.3)	5 (23.81)	7 (19.44)	0.438
Nitritos	0 ()	1 (4.76)	1 (2.78)	0.398
AAS	3 (20)	7 (33.33)	10 (27.78)	0.382
Inhibidor P2Y12	0 ()	2 (9.52)	2 (5.56)	0.224
Insulina	1 (6.67)	2 (9.52)	3 (8.33)	0.762

ANALISIS CLINICO, EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EL DIAGNOSTICO DE SINDROME CORONARIO AGUDO EN CLINICA INCOR

(Dr.Barrientos – Dr. Hornez)



63,8 %



MASCULINO



8,3 %

MORTALIDAD TOTAL

IAMCEST 13,3 %

IAMSEST/AI 4,7 %



**ANALISIS CLINICO, EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EL DIAGNOSTICO DE
SINDROME CORONARIO AGUDO EN CLINICA INCOR**

(Dr.Barrientos – Dr. Hornez)

CARACTERISTICAS DEL IAMCEST	IAMCEST
	N = 15
	N (%)
LOCALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA	
Anterior	10 (66.67)
Inferior	4 (26.67)
Lateral	1 (6.67)
REPERFUSION	
Fibrinólisis	0 ()
ICPP	9 (60)
ICP después de las 2 horas	6 (40)
Cirugía de revascularización inmediata	
Cirugía de revascularización diferida	4 (26.67)
Tratamiento medico	1 (6.67)
Ninguna	1 (6.67)
Angioplastia antes de las 2 H	5 (33.33)
Angioplastia posterior a las 2 horas	4 (26.67)
Stent	9 (60)
MOTIVO POR EL QUE NO SE IMPLANTA STENT	
Dificultad anatómica	1 (6.67)
Enfermedad Multivaso	3 (20)
Sin evidencia de lesión arterial	1 (6.67)



Registro de cardiopatía Isquémica - Bolivia

Características	Registro La Paz factores de riesgo de IAM (Dr. Aparicio)	Registro La Paz IAM altura (Dr. Lavadenz)	Registro cardiopatía isquémica Cochabamba
Estudio	Retrospectivo	Retrospectivo	Prospectivo
periodo de estudio	1980 – 1989 (10 años)	2022 y 2023 (2 años)	2023 – 2024 (1 año)
Numero de paciente	26	122	57
Centro de estudio	Instituto nacional del tórax	12 centros publico-privados	CNS obrero 2 Cochabamba
Incidencia de IAM	1.04% anual	2.9%	2.1%
Mortalidad	30%	3.2% anual	5.2% anual
Factor de riesgo	Hipertensión arterial sistémica 42%	Hipertensión arterial sistémica 70%	Hipertensión arterial sistémica 72%
Killib-Kimball	-	I (60%)	I (40%)
Arteria afectada	-	Descendente anterior	Descendente anterior
ECG	Inferior 38 %	Anterior 40%	Anterior 35%



- La terapia de reperfusión en Bolivia es angioplastia primaria, con tiempo puerta balón aceptables.
- Existen dificultades en la terapia fibrinolítica o incluso la farmacoinvasiva por accesibilidad al fármaco
- Es importante continuar con campañas de información tanto a las comunicades como servicios de atención de primer nivel para que el diagnóstico oportuno de SICA y derivación para atención inmediata.
- Consideramos que se debe continuar con este registro nacional (datos centralizados y de seguimiento) para tener datos de las diferentes ciudades donde se realiza angioplastia coronaria.

GRACIAS