

MANAGEMENTUL INFARCTULUI MIOCARDIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Aurel Grosu¹ – dr. hab. în şt. med., prof. univ.,

Victor Rudi¹ – dr. în şt. med.,

Lilia David¹ – dr. hab. în şt. med., conf. cercet.,

Aurica Răducan¹ – dr. în şt. med., conf. cercet.,

Oleg Barbu², Liliana Buzdugan², Valeriu Pleşca²,

¹ISMP Institutul de Cardiologie,

²Centrul Naţional de Management în Sănătate al Ministerului Sănătăţii

aagrosu@mail.ru

Rezumat

Infarctul miocardic acut (IMA) rămâne o boală severă cu repercusiuni importante asupra indicatorilor de sănătate publică. Deşi în ultimii ani letalitatea spitalicească s-a redus cu aproape două treimi, mortalitatea globală prin infarct miocardic rămâne înaltă. **Scopul studiului:** Evaluarea variaţiilor în managementul spitalicesc al pacienţilor cu infarct miocardic acut în bază datelor colectate retrospectiv şi aprecierea gradului de corespundere a asistenţei medicale prestate pacienţilor cu IMA. **Material şi metode:** Managementul pacienţilor cu IMA a fost evaluat în 45 de instituţii spitaliceşti inclusiv raionale 35, municipale 4, republicane 4, private 2 şi departamentală 1. Au fost evaluate 1141 de fişe medicale la pacienţii cu IMA. „Fişa standardizată pentru evaluarea calităţii bazată pe criterii specifice în infarctul miocardic acut” a fost completată nemijlocit în instituţiile medicale. **Rezultate:** Evaluarea efectuată a stabilit că în prima zi de la declanşarea simptomelor de IMA au apelat la asistenţă medicală în spitalele municipale numai 40,8%, în spitalele raionale 49%, în spitalele republicane 51% dintre pacienţi. Adresarea tardivă, peste 72 ore de la debutul bolii, a fost înregistrată în spitalele municipale în 38,3% cazuri, în spitalele republicane 27,7% şi în spitalele raionale la 23,3% pacienţi. Proporţia pacienţilor cu diagnosticul iniţial de IMA cu supradenivelarea segmentului ST a fost de 29% vs 61% cu subdenivelarea segmentului ST. Letalitatea spitalicească în perioada evaluată a constituit total la nivel republican - 25,2; la nivel de spitale raionale - 32,7; spitale municipale - 34,2; şi în instituţii republicane - 13,6 constatându-se o uşoară reducere în anul 2015, comparativ cu anii 2014 şi 2013 total pe republică şi în instituţiile republicane. Totodată, în spitalele raionale şi cele municipale se înregistrează o majorare a letalităţii prin IMA. **Concluzii:** Au fost identificate mai multe neconformităţi privind respectarea recomandărilor Ghidurilor Societăţii Europene şi Protocolului Naţional „Infarctul miocardic acut, ce influenţează diagnosticarea precoce şi rezultatele tratamentului. Pondere pacienţilor cu IMA cărora li s-a efectuat ECG în primele 10 minute de la sosirea în spital a fost destul de joasă 8% - 21%.

Cuvinte-cheie: sindrom coronarian acut, infarct miocardic, reperfuzie coronariană, fibrinoliză

Summary. Management of myocardial infarction in RM

Aims: Our study aimed to examine the management of acute coronary syndromes (ACS) and Acute myocardial infarction (AMI) and to compare adherence to guidelines Although in recent years hospital lethality was reduced by almost

two thirds, overall mortality by myocardial infarction remains high. **Material and methods:** In a survey conducted in 2014, data describing the characteristics, treatment, and outcome of patients diagnosed with AMI. Management of patients with AMI was assessed in 45 districts including 35 district hospital, 4 – municipal, 4- republican, 2 - private and 1 - departmental. We evaluated 1141 medical records from patients with AMI. The „Standardized quality evaluation sheet based on specific criteria in acute myocardial infarction” was added directly to medical institutions. **Results:** The assessment carried out established that the first day of the onset of symptoms of AMI resorted to healthcare in municipal hospitals – 40,8%, in district hospitals - 49%, in 51% of patients in Republican hospitals. Addressing delayed more than 72 hours of the onset of illness was registered in municipal hospitals in 38,3% cases, 27,7% in Republican hospitals, in district hospitals – 23,3% of patients. The proportion of patients with an initial diagnosis of AMI with ST segment elevation was 29% vs 61% with ST segment depression. Hospital lethality was assessed during the republic per total – 25,2; at district hospitals – 32,7; Municipal hospitals – 34,2; and republican institutions – 13,6, finding a slight reduction in 2015 compared to the years 2014 and 2013 total in the republican institutions. Also in district hospitals and municipal register we constat an increase lethality by AMI. **Conclusions:** Data from our study suggest an increase in adherence to guidelines for treatment of ACS. Several non-compliances were identified regarding compliance with the recommendations of the European Society Guidelines and National Protocol „Acute myocardial infarction”, influencing early diagnosis and treatment outcomes. Share of patients with AMI, ECG was performed in the first 10 minutes after arriving at the hospital was quite low 8% - 21%.

Key words: acute coronary syndromes, acute myocardial infarction, reperfusion, fibrinolysis

Резюме. Менеджмент инфаркта миокарда в РМ

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) остается тяжелым заболеванием со значительными последствиями для показателей в области общественного здравоохранения. Хотя в последние годы госпитальная летальность сократилась почти на две трети, общая смертность от инфаркта миокарда остается на высоком уровне. **Цель исследования:** Оценка лечения пациентов с острым инфарктом миокарда по данным, собранных ретроспективно позволяют оценить степень соответствия медицинской помощи, оказываемой пациентам с ОИМ. **Материал и методы:** Лечение больных с ОИМ была оценена в 45 медицинских учреждениях, включая 35 районных учреждений, 4 – муниципальных, 4 – республиканская, 2-х частных и в 1 - ведомственной больницах. Были оценены медицинские записи 1141 пациентов с ОИМ. «Унифицированный лист оценки качества на основе определенных критериев при остром инфаркте миокарда» был заполнен непосредственно в медицинских учреждениях. **Результаты:** Проведенной оценкой данных установлено, что в первый день появления симптомов ОИМ к медицинской помощи прибегают в муниципальных больницах только 40,8%, в районных больницах - 49%, 51% пациентов – в республиканских больницах. С задержкой обращения за помощью более 72 часов после начала заболевания было зарегистрировано в муниципальных больницах – 38,3% случаев, 27,7% - в республиканских больницах, в районных больницах - 23,3% больных. Доля больных с первичным диагнозом ОИМ с подъемом сегмента ST составила 29% против 61% - с депрессией ST сегмента. Госпитальная летальность была оценена в целом по республике - 25,2; в районных больницах - 32,7; муниципальные больницы - 34,2; и республиканские учреждения - 13,6. Установлено небольшое сокращение госпитальной летальности к 2015 году по сравнению с 2014 года и 2013 всего по республике и республиканским учреждениям. В отличие от районных и муниципальных больниц, где зарегистрировалось увеличение летальности от ОИМ. **Выводы:** Некоторые несоответствия были выявлены в отношении выполнения рекомендаций Европейского общества Руководство и Национального протокола по «острому инфаркту миокарда», влияющие на раннюю диагностику и результаты лечения. Доля пациентов с ОИМ которым делали ЭКГ в течение первых 10 минут после прибытия в больницу была довольно низкой 8% - 21%.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, коронарная реперфузия, фибринолизис

În ciuda progreselor mari, care au fost realizate pe parcursul ultimelor trei decenii, în domeniul diagnosticării precoce, monitorizării și tratamentului, infarctul miocardic acut (IMA), rămâne o boală severă cu repercusiuni importante asupra indicatorilor de sănătate publică. Până la implementarea unităților de terapie intensivă coronariană în anii '60, mortalitatea intraspitalicească era în medie de 25-30%. O reevaluare sistematică a indicatorilor de mortalitate din era pretrombolitică de la mijlocul anilor '80 a arătat o letalitate medie de 18%. Odată cu implementarea remediilor fibrinolitice, aspirinei și intervențiilor

În ciuda progreselor mari, care au fost realizate pe parcursul ultimelor trei decenii, în domeniul diagnosticării precoce, monitorizării și tratamentului, infarctul miocardic acut (IMA), rămâne o boală severă cu repercusiuni importante asupra indicatorilor de sănătate publică. Până la implementarea unităților de terapie intensivă coronariană în anii 60, mortalitatea intraspitalicească era în medie de 25-30%. O reevaluare sistematică a indicatorilor de mortalitate din era pretrombolitică de la mijlocul anilor '80 a arătat o letalitate medie de 18%. Odată cu implementarea remediilor fibrinolitice, aspirinei și intervențiilor

coronariene, mortalitatea la o lună s-a redus la 6-7%, cel puțin în centrele implicate în trialurile de amplexare cu utilizarea terapiei trombolitice, aspirina și/sau intervențiilor coronariene. Investigatorii studiului WHO-MONICA au demonstrat în mod convingător că și la nivel populațional, introducerea noilor tratamente pentru îngrijirea pacienților cu cardiopatie ischemică s-a asociat cu scăderea ratei evenimentelor coronariene și a mortalității la 28 de zile [1]. Deși în ultimii ani letalitatea spitalicească s-a redus cu aproape două treimi, mortalitatea globală prin infarct miocardic rămâne înaltă. Ghidurile practice și protocoalele clinice au devenit în ultimii ani un instrument pe larg utilizat în cadrul instituțiilor de sănătate din întreaga lume [2, 3, 4]. Elaborarea Protocoalelor clinice reprezintă o componentă importantă a perfecționării sistemului de asistență medicală eficientă și efectivă. Se urmărește scopul de standardizare a tratamentului prin strategii capabile să asigure o îngrijire medicală de calitate înaltă și cu un raport cost/eficiență avantajos. Protocoalele clinice asistă medicii în procesul diagnosticării, precum și în tratamentul pacienților. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale în cadrul noilor aranjamente de finanțare și al modificărilor structurale majore din sistemul sănătății al Republicii Moldova impune implementarea recomandărilor Protocoalelor clinice în practică medicală.

Societatea Europeană de cardiologie analizând nivelul de implementare a recomandărilor Ghidurilor privitor la asistența pacienților cu sindrom coronarian acut (SCA), în cadrul proiectului European Heart Survey, lansat în anul 2000, a constatat mari diferențe între țări în utilizarea atât a tratamentului medical cât și a procedurilor invazive. La prima etapă au fost evaluați 10484 pacienți din 25 țări. Rezultatele au demonstrat clar discordanță între recomandările existente în tratamentul sindroamelor coronariene acute aplicate în viața reală [5].

Al doilea studiu Euro Heart Survey, publicat în 2006, arată o creștere a nivelului de aderarea la recomandările Ghidului pentru tratamentul SCA. Comparăția dintre 34 de centre care au participat la ambele sondaje sugerează că reducerea mortalității precoce, a fost asociată cu o ameliorare evidentă în managementul și tratamentul, realizat din 2000 până în 2004. Neutilizarea metodelor moderne de reperfuzie a fost, în cele mai multe cazuri datorată prezenței contraindicațiilor sau lipsei de indicații pentru un tratament în conformitate cu orientările actuale. Progresele realizate în domeniul terapiei medicale și intervențiilor coronariene au dus la o scădere semnificativă a ratelor de letalitate în spital și a mortalității prin IMA până la 5-7% la 7%-18% respectiv [6].

Analizele selective efectuate în unele institu-

ții spitalicești din Republica Moldova au identificat un șir de deficiențe în managementul pacienților cu IMA, situația rămânând însă mai puțin elucidată la nivel național.

Obiectivul acestui studiu a fost evaluarea variațiilor în managementul spitalicesc al pacienților cu infarct miocardic acut în baza datelor colectate retrospectiv și aprecierea gradului de corespundere a asistenței medicale prestate pacienților cu IMA recomandărilor ghidurilor de bună practică și a protocoalelor clinice bazate pe dovezi, în instituțiile spitalicești din Republica Moldova.

Material și metoda. Managementul pacienților cu IMA a fost evaluat în 45 de instituții spitalicești inclusiv raionale 35, municipale 4, republicane 4, private 2 și departamentală 1. Selectarea instituțiilor spitalicești și identificarea numărului de fișe medicale ale pacienților cu IMA ce urmau a fi analizate a fost calculată reieșind din datele statistice. Drept sursă pentru eșantionarea cazurilor a servit baza de date DRG obținută din Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății, din perioada anilor 2013-2014, în care diagnosticul principal la externare a fost infarctul miocardic acut. Evaluarea calității asistenței medicale pacienților cu IMA a fost realizată conform unui protocol, în care au fost identificați indicatorii de performanță pentru monitorizarea calității serviciilor medicale prestate pacienților cu infarct miocardic în instituțiile spitalicești. A fost semnat acordul informat despre confidențialitatea datelor personale. Astfel, au fost evaluate 1141 de fișe medicale a pacienților cu IMA. „Fișa standardizată pentru evaluarea calității bazată pe criterii specifice în infarctul miocardic acut” a fost completată nemijlocit în instituțiile medicale de către experți instruiți din cadrul Institutului de Cardiologie și Centrului Național de Management în Sănătate. Informația din fișele standardizate a fost inclusă în aplicația de introducere a datelor Excel, după care datele obținute au fost analizate.

Analizând modul de spitalizare s-a constatat că la nivel de țară 69,4% dintre pacienți cu IMA au apelat după prim ajutor la asistența medicală de urgență, 14,2% s-au adresat direct la spital, 11,4% la medicul de familie și 4,6% în secția consultativă a spitalului.

Un indicator important ce influențează semnificativ prognosticul pentru pacienții cu IMA este durata timpului de la debutul bolii până la internare. Evaluarea efectuată a stabilit că în prima zi de la declanșarea simptomelor de IMA au apelat la asistență medicală în spitalele municipale numai 40,8%, în spitalele raionale 49%, în spitalele republicane 51% dintre pacienți. Adresarea tardivă, peste 72 ore de la debutul bolii, a fost înregistrată în spitalele municipale în 38,3% cazuri, în spitalele republicane 27,7%, și în spitalele

raionale la 23,3% pacienți. Astfel circa 25% dintre pacienții cu IMA spitalizați s-au adresat în perioada când schimbările ireversibile a miocardului deja au survenit, și doar circa jumătate dintre subiecții spitalizați au ajuns în spital în perioada eligibilă pentru aplicarea intervențiilor precoce de revascularizare.

Ponderea înaltă a pacienților ce s-au adresat tardiv după asistență medicală, inevitabil influențează indicatorul de mortalitate spitalicesc prin infarct miocardic acut, iar pronosticul de supraviețuire devine nefavorabil, prin apariția complicațiilor tardive. Rezultatul obținut denotă faptul, că populația din Republica Moldova nu cunoaște semnele clinice, care i-ar pune în alertă pentru o adresare cât mai rapidă la medic.

Conform recomandărilor Protocolului Clinic Național „pacienții cu IMA cert și instabilitate hemodinamică precum și pacienții suspecți pentru IMA cu instabilitate hemodinamică vor fi spitalizați fără reținere în secțiile anestezie-terapie intensivă (SATI), iar pacienții cu SCA cert hemodinamic stabilit vor fi spitalizați în SATI sau secția cardiologie cu asigurarea supravegherii și îngrijirii”. Cu toate acestea un număr semnificativ de pacienți cu IMA au fost spitalizați în secțiile de profil general, fără posibilitate de monitorizare continuă, asigurarea asistenței medicale urgente și calitative. În secțiile de cardiologie au fost internați 44,3% în spitalele republicane, 33,3% în spitalele private și departamentale, 13,3% pacienți în spitalele raionale și 9,9% în spitalele municipale. Totodată în secțiile de terapie intensivă au fost internați 64,2% pacienți în spitalele municipale, 54% pacienți în spitalele republicane, 47,6% pacienți în spitalele raionale.

Diagnosticarea promptă și transportarea pacientului cu IMA în condiții de securitate la spital este o sarcină importantă a asistenței medicale. În cadrul auditului medical a fost evaluat timpul de la adresarea pacientului către serviciul de urgență până la sosirea echipei AMU și ajungerea lui în spital. La nivel de țară au fost spitalizați în intervalul de timp 10-20 min – 7%, 21-40 min - 18%, 41-60 min - 38%, și în mai mult 1 oră 37% pacienți cu IMA.

Prima electrocardiogramă a pacienților cu IMA internați în spitalele republicane, municipale și private, a fost înregistrată la etapa AMU respectiv în 56,1%, 63,5% și 74,5% cazuri. ECG a fost obținută în spital la 24%, iar la circa 26% dintre pacienți nu s-a putut determina locul efectuării primei ECG din motivul lipsei informației în fișa de observație.

O verigă cheie a sistemului de asistență urgentă bolnavilor cu IMA este departamentul de urgență (secția de internare) al spitalelor unde se realizează triajul pacienților cu stabilirea diagnosticului, indica-

ției pentru revascularizare de urgență. Analizând timpul (în minute) de la sosirea pacientului cu AMU în spital până la primul examen în triaj s-a stabilit că atât în instituțiile spitalicești republicane și municipale cât și în cele raionale majoritatea pacienților nu au fost examinați prompt fără întârziere. În 70% cazuri timpul aflării în această unitate a depășit 20 minute. Ponderea pacienților cu IMA cărora li s-a efectuat ECG în primele 10 minute de la sosirea în spital a fost destul de joasă 8%-21%. În spitalele raionale la mai mult de jumătate din pacienții internați cu IMA electrocardiograma a fost efectuată cu întârziere, fiind cauza diagnosticării tardive a IMA și respectiv tergiversării inițierii tratamentului de urgență.

Unul din criteriile recunoscute în diagnosticarea afectării miocardice este nivelul crescut al markerelor biologici „troponina cardiacă” cu sensibilitate aproape absolută și, o specificitate crescută. Aprecieră markerilor biochimici (troponinei și fracția MB a creatinfosfokinazei) pentru necroza miocardică face parte din examinările obligatorii pentru toți pacienții cu sindrom de durere toracică și suspiciune la IMA. În spitalele republicane ponderea determinării markerilor cardiaci a fost de 87,6% iar cele municipale de 82,6%. În instituțiile spitalicești raionale, efectuarea acestor examinări nu depășește 10%.

Proporția pacienților cu diagnosticul inițial de IMA cu supradenivelarea segmentului ST a fost de 29% vs 61% fără supradenivelare de segment ST, 10% dintre pacienții analizați au prezentat un pattern electrocardiografic nedeterminat, care a inclus bloc de ram stâng/drept al fascicului His, tulburări intraventriculare severe sau ritm de pacemaker, fără modificări tipice ale segmentului ST.

Factorii principali care determină prognosticul unui pacient cu IMA sunt vârsta, antecedente personale patologice (diabet zaharat, infarct vechi), indicatorii mărimii infarctului, incluzând localizarea infarctului (anterior vs inferior), tensiunea arterială scăzută la internare, clasa Killip la internare și extensia ischemiei exprimată prin supradenivelarea și/sau subdenivelarea segmentului ST pe ECG. Analizând distribuția pacienților cu IMA conform vârstei, s-a constatat că 30,3% au fost în intervalul <40-60 ani, ponderea pacienților cu vârsta de 61-70 ani a fost de 32,5%, iar peste 70 de ani au avut 37,3% dintre pacienți. Subiecții cu IMA în vârstă aptă de muncă au constituit în spitalele republicane 35,3%, în municipale 26,2%, în private și departamentale 26,6% iar în cele raionale circa 32%.

Analizând profilul clinic al pacienților cu IMA s-a constatat că 83% au avut anamnezic pentru hipertensiune arterială, 30% diabet zaharat, 56% hipercolesterolemia și 24% infarct miocardic suportat și/sau

angina pectorală. Ponderea înaltă a factorilor de risc în asociere cu vârsta înaintată și adresarea tardivă după asistență medicală, identifică un prognostic nefavorabil atât pe termen scurt cât și pe termen lung la pacienții cu IMA evaluați.

Letalitatea spitalicească în perioada evaluată a constituit total la nivel republican - 25,2; la nivel de spitale raionale - 32,7; spitale municipale - 34,2; și în instituții republicane - 13,6, constatându-se o ușoară reducere în anul 2015, comparativ cu anii 2014 și 2013 total pe republică și în instituțiile republicane. Totodată, în Spitalele raionale și cele municipale se înregistrează o majorare a letalității prin IMA.

Managementul infarctului miocardic acut este în continuă perfecțiune. În ultimii ani tot larg sunt utilizate metode noi de asistență medicală a pacienților cu IMA - tratament de reperfuzie farmacologică și reperfuzie mecanică prin angioplastia coronariană. Există dovezi clare că administrarea promptă a remediilor cu efect trombolitic aduc beneficiu real pentru pacienții cu IMA. Tratamentul de reperfuzie farmacologică este indicat tuturor pacienților cu SCA cu supradenivelare de segment ST sau bloc de ram stâng recent apărut la ECG sub 6 ore de la debutul simptomelor în lipsa contraindicațiilor. Totodată conform datelor obținute, modalitatea tratamentului aplicat pacienților cu IMA în spitalele din țară cel mai frecvent a fost unul convențional. Tratamentul de reperfuzie farmacologică, a fost administrat numai în 4 instituții spitalicești din țară într-un număr redus de cazuri 1,3%-6,7%. Doar 17,7% dintre spitalele evaluate au avut la dispoziție fibrinolitice (streptochinază, reteplase, alteplase). Analizând motivul neadministrării tratamentului de reperfuzie farmacologică, mai frecvent sau remarcat prezența contraindicațiilor - 48%, adresarea târzie - 21%, și nu se cunoaște - 28% cazuri. În spitalele municipale principalul motiv a fost în 46% - spitalizare târzie, iar în 30% motivul nu se cunoaște. În spitalele raionale principalul motiv a neadministrării tratamentului de reperfuzie farmacologică a fost indisponibilitatea medicamentului în 70% cazuri. Totodată menționăm că în fișele medicale a bolnavului nu au fost găsite înregistrările care ar fi confirmat și documentat motivul neadministrării tratamentului de reperfuzie.

Rezultatele evaluării relevă că în instituțiile spitalicești din țară tratamentul de reperfuzie farmacologică nu este agreat de medici, atât din cauza complicațiilor majore ce pot surveni la pacienți cât și din cauza prețului ridicat a preparatului farmacologic. Aceste constatări sugerează ideea evaluării riscului/beneficiul tratamentului de reperfuzie farmacologică a pacienților cu IMA, pentru identificarea unor metode sigure și eficiente de tratament și actualizarea ulte-

rioară a Protocolului clinic național în concordare cu rezultatele studiilor recent apărute.

Actualmente revascularizarea mecanică prin angioplastia și/sau stentarea coronariană (PCA) fără terapie fibrinolică precedată sau concomitentă este opțiunea terapeutică preferată atunci când poate fi efectuată în primele 90 de minute de la debut. Studiul DANAMI-2 [7] a demonstrat că strategia transferului de rutină într-un centru cu disponibilitate pentru PCI primară este superioară trombolizei în spitalul în care pacientul cu SCA a fost admis inițial. Protocolul permite timp de transfer de până la 3 ore (de la internarea în spitalul inițial până la sosirea în centrul cu laborator de cateterism). Timpul mediu de parcurs cu ambulanța a fost de < 32 de minute, iar timpul mediu de la ajungere în primul spital și începutul procedurii invazive a fost sub 2 ore. O reducere semnificativă a punctelor finale (mortalitate, reinfarctare și accident vascular cerebral) s-a găsit și la 30 de zile la pacienții transferați supuși PCI primare (14,2% față de 8,5%, $p < 0,002$), în timp ce reducerea mortalității nu a fost semnificativă (8,6% față de 6,5%, $p = 0,20$). În studiul CAPTIM care a comparat tromboliza pre-spital (ambulanță) cu PCI primară nu s-au găsit diferențe semnificative pentru punctele finale (8,2% față de 6,2%) iar mortalitatea la 30 de zile a fost cu 1% mai mare în brațul cu PCI primară (3,8% față de 4,8%) [8] PCI primară este eficientă în securizarea și menținerea patenției arterei coronare și evitarea unor riscuri ale fibrinolizei. Studii clinice randomizate care compară PCI primare efectuate în timp util cu terapia fibrinolică, efectuate în centre experimentate cu volum mare de proceduri, au arătat o rată mai crescută a patenției arterei, o rată de reclusie mai scăzută, funcție ventriculară stângă reziduală îmbunătățită și rezultate clinice mai bune. Implantarea de rutină a stenturilor intracoronarian la pacienții cu infarct miocardic acut scade necesitatea de a efectua revascularizarea de vas-țintă, dar nu e asociată cu scăderea semnificativă a mortalității și a ratei de reinfarctare comparativ cu angioplastia primară. Pacienții care au contraindicație de a primi terapie fibrinolică au rata de mortalitate și morbiditate mai mare decât cei ce pot primi astfel de tratament. Totodată PCI efectuată de rutină, imediat după terapia fibrinolică, pentru a îmbunătăți reperfuzia sau de a reduce riscul reclusiei, a dezamăgit într-un număr de studii clinice mai vechi, toate arătând tendința de a crește mortalitatea și riscul de complicații. PCI primară este tratamentul preferat arata studiile menționate.

În Republica Moldova actualmente sunt desemnate doar 3 instituții spitalicești pentru efectuarea tratamentului invaziv al infarctului miocardic acut toate cu sediul în municipiul Chișinău. În rezultatul ana-

lizei s-a constatat că în aceste spitale circa 90% dintre pacienții cu IMA eligibili, au fost supuși procedurii de angioplastie coronariană. Numărul limitat de instituții spitalicești ce pot efectua tratamentul invaziv al infarctului miocardic acut (intervenții coronariene percutanate), impun elaborarea unui regulament bine stabilit de transfer al pacienților cu IMA ce au indicații pentru terapia invazivă din alte spitale inclusiv cele raionale. În perioada analizată doar 8,5% de pacienți cu IMA au fost transferați din spitalele municipale și raionale, pentru tratament invaziv.

Evaluarea tratamentului prescris la externare arată prezența tuturor grupelor de medicamente în instituțiile republicane, private și departamentale cu excepția celor ce au avut contraindicații. Cel mai frecvent au fost prescrise preparate antiplachetare (aspirina) în 94%, după care au urmat beta blocantele 84%, și inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanților receptorilor angiotensinei (BRA) în 74% și respectiv 77% cazuri. Prescrierea statinelor a fost cea mai joasă 34% și 51%.

Analiza letalității pacienților cu IMA ce s-au tratat în spitalele evaluate a identificat cea mai mare rată a deceselor înregistrată în spitalele municipale de 37,6%, după care a urmat spitalele raionale 30,5%. Dezagregarea datelor privind decesul pacienților cu IMA în dependență de locul internării a identificat că la nivel de țară în 5,8% cazuri pacienții au decedat în secțiile disponibile pentru efectuarea PCA, 17% au decedat în secțiile de cardiologie, 29,9% în secțiile de terapie intensivă și în 43,6% au decedat în secțiile de terapie generală sau alte secții. Ponderea înaltă a deceselor în secțiile de terapie generală sau alte secții identifică o problemă majoră în managementul pacienților cu IMA.

Durata medie de spitalizare a pacienților cu IMA a constituit la nivel de țară 9 zile. Dezagregarea indicatorilor de letalitate arată că durata medie de spitalizare a pacienților externați a fost de 10,9 zile, celor transferați 6,1 zile, iar pacienților decedați 3,3 zile. Durata de spitalizare a pacienților cu IMA a fost cea mai mică (3,7-6,4 zile) în instituțiile cu disponibilitatea de efectuare a reperfuziei mecanice.

Astfel, evaluarea asistenței medicale bolnavilor cu IMA în Republica Moldova a identificat mai multe neconformități privind respectarea recomandărilor Ghidurilor Societății Europene și Protocolului Național „Infarctul miocardic acut, ce influențează negativ calitatea managementului spitalicesc al acestei afecțiuni. Nivelul scăzut de cunoștințe a populației privind riscul apariției și necunoașterea semnelor clinice ale IMA condiționează în circa 25% cazuri adresarea tardivă a pacienților și spitalizarea întârziată. Operativitatea redusă și conlucrarea inefficientă la

difere etape de examinare a pacientului cu suspiciune sau IMA (subestimarea manifestărilor clinice, neexaminarea ECG, transportarea cu reținere la spital și sosirea mai târziu de o oră, lipsa inexplicabilă a markerilor biochimici în circa 70% cazuri) influențează diagnosticarea și tratamentul adecvat. Utilizarea metodelor de reperfuzie prin terapie farmacologică, conform indicațiilor, în instituțiile spitalicești ce prestează asistență bolnavilor cu IMA este destul de redusă (1,3%-6,7%). Majoritatea instituțiilor spitalicești nu sunt dotate cu utilajul necesar pentru supravegherea bolnavilor cu IMA în unități coronariene (BTI), frecventă fiind spitalizarea în secții neconforme pentru acordarea asistenței IMA. Numărul redus de centre cu disponibilitatea de efectuare a angioplastiei coronariene de urgență, amplasate doar în mun. Chișinău, impun măsuri organizatorice ce ar asigura transportarea directă, din teritorii, a pacienților cu SCA, în termenii eligibili pentru aplicarea revascularizării mecanice.

Bibliografie

1. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, et al. *Contribution of trends in survival and coronary-event rate to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease.* Lancet. 1999;353:1547-1557.
2. *Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation, Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal* (2016) 37, 267-315.
3. *Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation, The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal* (2012) 33, 2569-2619.
4. *Guidelines on myocardial revascularization, The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal* (2014) 35, 2541-2619.
5. D. Hasdai, S. Behar, L. Wallentin et al. *A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin, European Heart Journal* (2002) 23, 1190-1201.
6. Lori Mandelzweig, Alex Battler, Valentina Boyko et al. *The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004, European Heart Journal* (2006) 27, 2285-2293.
7. Martin Busk, Michael Maeng, Klaus Rasmus-

sen, Henning Kelbaek, Per Thayssen, Ulrik Abildgaard, Else Vigholt, Leif S. Mortensen, Leif Thuesen, Steen D. Kristensen, Torsten T. Nielsen, and Henning R. Andersen for the DANAMI-2 Investigators† *The Danish multicentre randomized study of fibrinolytic therapy vs. primary angioplasty in acute myocardial infarction (the DANAMI-2 trial): outcome after 3 years follow-up*, European Heart Journal (2008) 29, 1259–1266.

8. Eric Bonnefoy, Philippe Gabriel Steg, Florent Boutitie, Pierre-Yves Dubien, Frederic Lapostolle, Jerome Roncalli, Frederic Dissait, Gerald Vanzetto, Alain Leizorowicz and Gilbert Kirkorian for the CAPTIM Investigators *Comparison of primary angioplasty and pre-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction (CAPTIM) trial: a 5-year follow-up*, European Heart Journal (2009) 30, 1598–1606.