



4012-6. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL CÓDIGO INFARTO MADRID

Joaquín Jesús Alonso Martín¹, Juan Carlos Ansede Cascudo¹, Antonio Fernández Ortiz¹, María José Fernández Campos¹, Juan Górriz Magaña², Javier López Pais², Jaime Elízaga Corrales¹ y Javier Botas Rodríguez² del ¹Código Infarto Madrid, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de Madrid y ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad es indicador de calidad de muchos procesos clínicos como son los programas institucionales de reperfusión del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). El objetivo es estudiar la mortalidad intrahospitalaria y sus predictores en el Código Infarto Madrid.

Métodos: Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la Comunidad de Madrid) desde el 3-6-13 al 3-6-2015. En este periodo (2 años) se activaron 4.434 códigos. Se revisó y auditó el epígrafe mortalidad intrahospitalaria de todos los pacientes. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el servicio sanitario (atención primaria, servicio de emergencias SUMMA y SAMUR [EMER] y hospitales con y sin ICP primario), tiempos y características de la reperfusión.

Resultados: La mortalidad de los pacientes en los que se activó el Código y se realizó coronariografía fue baja: 5,5%. La edad media de los pacientes que fallecieron fue mayor (72,5 frente a 63,3 años, $p < 0,05$), siendo en los > 75 años de 11,5 frente a 3,5% en los < 75 años, $p > 0,05$. La mortalidad fue el doble en mujeres (8,3 frente a 4,6%, $p < 0,05$) y mayor en pacientes con infarto anterior frente a no anterior (6,1 frente a 4,3%, $p < 0,05$) y en pacientes con infarto no localizable por el ECG (8,7 frente a 5,1%, $p < 0,05$). Los pacientes en los que el 1^a contacto médico se estableció con los Servicios de EMER tuvieron más mortalidad (7,7 frente a 4,3%, $p < 0,05$). Fue menor cuando acudieron a un centro de Salud (3,9 frente a 6%, $p < 0,05$). El tiempo entre el diagnóstico (1^a ECG) y la reperfusión fue significativamente inferior en los pacientes supervivientes al alta: medianas (rango intercuartílico) 83 min (63-113 min) frente a 90 (69-121 min); $p < 0,05$. En el análisis multivariante la edad ($p < 0,0001$), el tiempo entre el diagnóstico y la apertura de la arteria ($p < 0,05$) y los infartos no localizables ($p = 0,03$), el que el 1^a contacto con el servicio sanitario sean los EMER ($p = 0,001$), pero no el sexo fueron predictores independiente de mortalidad.

	Muerte sí	Muerte no	p (univariante)	p (multivariante)
Edad media (años)	72,5	63,3	$< 0,05$	$< 0,05$
Mujeres (%)	8,3	4,6	$< 0,05$	NS

Infarto anterior frente a no anterior (%)	6,1	4,3	< 0,05	0,059
Infarto no localizable por ECG (%)	8,7	5,1	< 0,05	0,03
Primer contacto con EMER (%)	7,7	4,3	< 0,05	0,001
Primer contacto con centro de salud (%)	3,9	6	< 0,05	0,06
Tiempo diagnóstico-reperusión [min (RIC)]	83 (63-113)	90 (69-121)	< 0,05	< 0,05

EMER: Servicio emergencias. RIC: rango intercuartílico.

Conclusiones: La mortalidad en los pacientes con IAMCEST en lo que se activó el Código Infarto Madrid fue baja (5,5%). Los predictores independientes de mortalidad fueron la edad, el tiempo entre el diagnóstico y la reperusión, el infarto no localizable en el ECG y si el primer contacto fue con el servicio de EMER (recogen los más graves). A pesar de que la mortalidad fue el doble en las mujeres, el sexo no fue un factor predictor independiente.