



## 5025-5. CÓDIGO INFARTO MADRID: EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE LOS 4 PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

Joaquín Jesús Alonso Martín<sup>1</sup>, Juan Carlos Ansedo Cascudo<sup>1</sup>, Roberto Martín Asenjo<sup>1</sup>, Javier López Pais<sup>2</sup>, Jaime Elízaga Corrales<sup>1</sup>, José Raúl Moreno Gómez<sup>1</sup>, Juan Górriz Magaña<sup>2</sup> y Antonio Fernández Ortiz<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Código Infarto Madrid, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid y <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Madrid es una Comunidad con orografía no compleja, alta densidad de población (803 hab/Km<sup>2</sup>), múltiples centros de referencia para angioplastia primaria (12 hospitales) y un Servicio de Emergencias (EMER) comprometido. En este contexto el objetivo de la comunicación es describir los resultados del Código Infarto Madrid en sus primeros 4 años de funcionamiento.

**Métodos:** Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la C. de Madrid sometida a auditorias) desde el 3-6-13 al 3-6-2017. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el S. sanitario (centros de atención primaria, Servicios de EMER, y hospitales con y sin programa de ACTP primaria), tiempos y características de la reperusión y mortalidad hospitalaria.

**Resultados:** Los datos más relevantes se describen en la tabla. En los 4 años se activaron 8,848 códigos (82% varones, 64 ± 14 años). El infarto fue anterior en 41% de los pacientes. El lugar de la primera atención más frecuente fueron los Servicios de Emergencias (42%), pero es necesario resaltar que el 2º lugar fueron los centros de salud (24%) seguido de los hospitales con programa de ACTP primaria (19%). Solo se aplicó trombólisis al 1,1% de los pacientes. Los tiempos entre el inicio del dolor y el diagnóstico (mediana 88 min) y entre el diagnóstico (ECG) y la apertura de la arteria (mediana 83 min) fueron cortos. En el 80% de los pacientes la reperusión se logró en 120 min, y en el 59% en 90 min. Cuando el primer contacto médico fue con los Servicios de Emergencias o con Hospitales con programa de ACTP primaria, los tiempos ECG-balón fueron más cortos (medianas de 80 y 72 min) y largos cuando se estableció con los hospitales sin programa de ACTP primaria (mediana 117 min). La mortalidad hospitalaria fue baja. 5,6%. En los 4 años el número de códigos activados ha descendido ligeramente (1º año: 2,506, 2º año: 2067, 3º año: 2186, 4º año: 2032). Se han mantenido estables los tiempos dolor-ECG y ECG-Balón, a pesar de lo cual la mortalidad hospitalaria descendió del 6,3% el 1º año al 5,5% el 4º año.

Datos demográficos, del proceso y mortalidad del Código Infarto Madrid

n: 8.848 pacientes

Edad (media ± DE) (años)

63,5 ± 14

Varones (%)	82%
Infarto anterior (n, %)	3.615 (41%)
Lugar 1º contacto médico	
Centro de atención primaria (n,%)	2.075 (24%)
Servicios de Emergencias (SUMMA-SAMUR) (n, %)	3.721 (42%)
Hospital sin programa de angioplastia primaria 24 horas	1,374 (15,5%)
Hospital con programa de angioplastia primaria 24 horas (n, %)	1,656 (19%)
Fibrinolisis (n, %)	101 (1,1%)
Tiempo respuesta S. de Emergencias (mediana, rango IC) (min)	17 (12-24)
Tiempo inicio dolor-diagnóstico (mediana, rango IC) (min)	88 (43-194)
Tiempo diagnóstico(ECG)-balón (mediana, rango IC) (min)	83 (64-112)
Servicios de Emergencias (SUMMA) (mediana, rango IC) (min)	80 (65-99)
Lugar 1ª atención C de Salud) (mediana, rango IC) (min)	88 (66-117)
Hospital sin programa de angioplastia primaria (mediana) (min)	117 (95-160)
Hospital con programa de angioplastia primaria (mediana) (min)	72 (50-101)
% pacientes con tiempo diagnóstico (ECG) - balón 120 min (%)	79,6%
% pacientes con tiempo diagnóstico (ECG) - balón 90 min (%)	59%
Mortalidad hospitalaria	5,6%

DE: desviación estándar; IC: intercuartil.

**Conclusiones:** En este entorno, el Código Infarto se asocia a una baja necesidad de trombólisis. Los tiempos de acceso al S. Sanitario (mediana 88 min) y tiempos del diagnóstico a la reperfusión (mediana 83 min) fueron cortos lo que permite que el 80% de los pacientes se reperfundan en 120 min con una mortalidad hospitalaria baja y en descenso.