



# Revista Española de Cardiología



## 5002-9. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL INFARTO CON ELEVACIÓN DE ST EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL REGISTRO DE CÓDIGO INFARTO DE LA ASOCIACIÓN DE CARDIOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Oriol Rodríguez Leor<sup>1</sup>, Belez Cid-Álvarez<sup>2</sup>, Armando Pérez de Prado<sup>3</sup>, Xavier Rossello Lozano<sup>4</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>5</sup>, Ana M. Serrador Frutos<sup>6</sup>, Ramón López Palop<sup>7</sup>, Javier Martín Moreiras<sup>8</sup>, José Ramón Rumoroso Cuevas<sup>9</sup>, Ángel Cequier<sup>10</sup>, Borja Ibáñez Cabeza<sup>11</sup>, Ignacio Cruz González<sup>8</sup>, Rafael Romaguera Torres<sup>10</sup>, Sergio Raposeiras Roubín<sup>12</sup> y Raúl Moreno<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>4</sup>Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Illes Balears. <sup>5</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>7</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>8</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. <sup>9</sup>Hospital de Galdakao, Bizkaia. <sup>10</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>11</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. <sup>13</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las Redes de Código Infarto deben garantizar una atención al infarto con elevación de ST con buenos resultados clínicos y dentro de los parámetros de tiempo recomendados. No hay información contemporánea sobre el funcionamiento de estas redes en España.

**Métodos:** Registro prospectivo, observacional, multicéntrico, de pacientes consecutivos atendidos en 17 redes de Código Infarto en España (83 centros de Código Infarto), entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2019. El objetivo fue analizar las características clínicas de los pacientes atendidos, retrasos hasta la reperusión, características del intervencionismo realizado y mortalidad a 30 días.

**Resultados:** Se atendieron 5401 pacientes (edad media de  $64 \pm 13$  años, 76,9% género masculino), de los que 4366 (80,8%) presentaron infarto con elevación de ST. En estos, el 87,5% fue tratado con angioplastia primaria, el 4,4% con fibrinólisis y el 8,1% no recibió tratamiento de reperusión (tabla). En los pacientes tratados con angioplastia primaria, el tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperusión fue 193 [135-315] minutos y el tiempo entre el primer contacto médico y la reperusión fue 107 [80-146] minutos. La mortalidad global a 30 días del infarto con ascenso de ST fue del 7,9%, mientras que en los pacientes tratados con angioplastia primaria fue del 6,8% (fig.).

Características clínicas e intervalos de tiempo a la reperusión en IAMEST según terapia de reperusión

|                  |                        |                         |                          |                           |
|------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ICPP (N = 3.792) | Fibrinólisis (N = 189) | No reperusión (N = 353) | ICPP vs Fibrinólisis (p) | ICPP vs no reperusión (p) |
|------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|

|                                                                                        |                    |                |                |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|-------|-------|
| Edad, años                                                                             | 63,5 ± 12,9        | 61,5 ± 11,7    | 66,5 ± 14,0    | 0,032 | 0,001 |
| Sexo masculino, n/n total (%)                                                          | 2.971/3.792 (78,4) | 159/188 (84,6) | 193/343 (56,3) | 0,042 | 0,001 |
| Hipertensión, n/n total (%)                                                            | 1.910/3.773 (50,6) | 94/187 (50,3)  | 193/343 (56,3) | 0,92  | 0,045 |
| Diabetes, n/n total (%)                                                                | 948/3.754 (25,3)   | 40/187 (21,4)  | 94/341 (27,6)  | 0,23  | 0,35  |
| Dislipemia, n/n total (%)                                                              | 1.699/3.764 (45,1) | 93/188 (49,5)  | 154/343 (44,9) | 0,24  | 0,93  |
| Tabaquismo activo, n/n total (%)                                                       | 1.677/3.716 (45,1) | 97/188 (51,6)  | 107/333 (32,1) | 0,08  | 0,001 |
| Cardiopatía isquémica previa, n/n total (%)                                            | 380/3.761 (10,1)   | 19/187 (10,2)  | 47/338 (13,9)  | 0,98  | 0,028 |
| ICP previo, n/n total (%)                                                              | 386/3.681 (10,5)   | 14/185 (7,6)   | 40/336 (11,9)  | 0,20  | 0,42  |
| Killip IV al ingreso, n/n total (%)                                                    | 255/3.724 (6,9)    | 18/182 (9,9)   | 44/311 (14,2)  | 0,08  | 0,001 |
| 1 <sup>er</sup> contacto médico Sistema de Emergencia Extrahospitalaria, n/n total (%) | 1.338/3.754 (35,6) | 50/187 (26,7)  | 119/330 (36,1) |       |       |
| 1 <sup>er</sup> contacto médico Centro de Atención Primaria, n/n total (%)             | 912/3.754 (24,3)   | 49/187 (26,2)  | 75/330 (22,7)  | 0,001 | 0,89  |
| 1 <sup>er</sup> contacto médico Hospital sin capacidad de ICPP, n/n total (%)          | 799/3.754 (21,3)   | 77/187 (41,2)  | 75/330 (22,7)  |       |       |
| 1 <sup>er</sup> contacto médico hospital de ICPP, n/n total (%)                        | 705/3.754 (18,8)   | 11/187 (5,9)   | 61/330 (18,5)  |       |       |

|                                                                         |               |              |             |       |      |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------|-------|------|
| Tiempo entre el inicio de los síntomas y el primer contacto médico, min | 66 [30-165]   | 60 [30-120]  | 75 [30-210] | 0,016 | 0,17 |
| Tiempo entre el primer contacto médico y la realización de ECG, min     | 7 [4-15]      | 6 [3,5-15]   | 8 [4-13]    | 0,13  | 0,72 |
| Tiempo entre el diagnóstico y la activación del código, min             | 5 [0-15]      | 9 [0-30]     | 5 [0-18]    | 0,001 | 0,47 |
| Tiempo entre el primer contacto médico y la activación del código, min  | 15 [6-35]     | 10 [5-25]    | 15 [8-41]   | 0,001 | 0,29 |
| Tiempo entre el inicio de los síntomas y la reperusión, min             | 193 [135-315] | 120 [75-195] | -           | 0,001 | -    |
| Tiempo entre el primer contacto médico y la reperusión, min             | 107 [80-146]  | 36,5 [20-68] | -           | 0,001 | -    |

ICPP: angioplastia primaria.



*Mortalidad hospitalaria y a 30 días.*

**Conclusiones:** La inmensa mayoría de pacientes con infarto con ascenso de ST recibió tratamiento de reperusión mediante angioplastia primaria, con un retraso hasta la reperusión dentro de lo que recomiendan las guías y con una mortalidad a 30 días relativamente baja.