



## 5001-2. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DE ST ANTES Y DESPUÉS DEL CÓDIGO INFARTO. ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA

Cosme García García<sup>1</sup>, Lluís Recasens Gracia<sup>1</sup>, Nuria Ribas Barquet<sup>1</sup>, Oona Meroño-Dueñas<sup>1</sup>, Andrés Fernández<sup>1</sup>, Isaac Subirana<sup>2</sup>, Faustino Miranda-Guardiola<sup>1</sup> y Jordi Bruguera Cortada<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona y <sup>2</sup>IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El Código Infarto entró en funcionamiento en Cataluña en junio de 2009 para optimizar la terapia de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMEST) mediante angioplastia primaria (ICPP).

**Objetivos:** Analizar los cambios en la reperfusión, el pronóstico y la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes que ingresan con un IAMEST antes y después de la instauración del Código Infarto.

**Métodos:** Entre enero de 2002 y diciembre de 2013, ingresan consecutivamente 1268 pacientes con IAMEST en nuestro centro. Antes de iniciarse el Código Infarto (precódigo), la reperfusión se realizaba con ICPP en horario laboral, realizando trombolisis fuera de horario. Con el Código Infarto, se realiza ICPP en nuestro centro de 8-20h (días laborables) y fuera de horas, se transfiere al paciente a otro centro para la angioplastia. Se clasifican los pacientes en dos grupos en función del momento del ingreso: precódigo (n = 670) y poscódigo (n = 598) y se comparan las características basales, los tiempos de isquemia, la reperfusión y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** El Código Infarto incrementa la reperfusión del IAMEST (89,2% vs 64,4%, p 0,001). En el grupo poscódigo, la principal causa de no reperfusión fue el retraso en la consulta (45,8% vs 30,4% al precódigo), existiendo menos contraindicaciones (0% vs 10,8%), ambas p 0,001. El ICPP aumentó en el poscódigo (98% vs 43,9%, p 0,001). La mediana de tiempo de inicio dolor-reperfusión fue mayor después del Código Infarto (poscódigo 186 min, P25-75: 130-284 vs 165 min, P25-75: 105-235, p 0,001). La mortalidad intrahospitalaria disminuyó en el poscódigo (2,51% vs 7,16%, p 0,001). Al realizar un análisis multivariado, ajustando per comorbilidades y reperfusión, la mortalidad sigue siendo menor en el período poscódigo (OR: 0,26; IC95%: 0,08-0,83, p = 0,025).

**Conclusiones:** La introducción del Código Infarto ha conseguido incrementar la reperfusión en el IAMEST. Aunque se realiza más reperfusión mediante ICPP, los tiempos de isquemia son algo mayores en el poscódigo. La mortalidad intrahospitalaria del IAMEST se ha reducido un 74% en el grupo poscódigo, aunque esta mejoría no se explica únicamente por la mayor reperfusión.