



Revista Española de Cardiología



4006-4. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REPERFUSIÓN INTEGRAL DEL IAMEST EN UNA COMUNIDAD CON MÚLTIPLES CENTROS DE REFERENCIA PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA Y ALTA DENSIDAD DE POBLACIÓN (CÓDIGO INFARTO MADRID)

Joaquín J. Alonso Martín¹, Roberto Martín Reyes¹, Fernando Alfonso¹, Javier Goicolea Ruigómez¹, Juan Górriz Magaña², Manuel Jiménez Mena¹, Juan Carlos Ansedé¹ y Raúl Moreno¹ de la ¹Código Infarto Madrid, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria de Madrid y ²Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Los resultados de la implantación de un programa de reperfusión del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST) dependen de factores organizativos y estructurales. El objetivo de este estudio es describir los resultados en un entorno favorable como es el de la Comunidad de Madrid: 1) alta densidad de población (803 hab/Km² la mayor de España que tiene 93 hab/Km²) con una zona que supone más del 50% de la población (almendra central) con una densidad > 5000 hab/Km², 2) 10 hospitales con programa de angioplastia primaria (ACTP 1^a), 3) Dos Servicios de Emergencias (EMER) comprometidos y muy desarrollados y, 4) orografía no compleja.

Métodos: Análisis de la base de datos prospectiva del Código Infarto Madrid (Registro de la C. de Madrid) desde el 3-6-13 al 3-6-2015. En este periodo (2 años) se activaron 4.434 códigos. Se recogieron datos clínicos y demográficos, lugar del primer contacto con el S. sanitario (centros de atención primaria, Servicios de EMER extrahospitalaria SUMMA y SAMUR, y hospitales con y sin programa de ACTP 1^a), tiempos y características de la reperfusión y mortalidad hospitalaria.

Resultados: Los datos más relevantes se describen en la tabla. El 80% de los PTS fueron varones (edad media 64 ± 14). El infarto fue anterior en 41% de los casos y no localizable/no definido en el 18%. El lugar de la 1^a atención más frecuente fueron los S. de EMER (39%). Llama la atención que el 2º lugar fueron los centros de salud (25%) seguido de los Hospitales con programa de ACTP 1^a (23%). Sólo se aplicó trombólisis al 1,2%. Los tiempos entre el inicio del dolor y el diagnóstico (mediana 90 min) y entre el ECG y la apertura de la arteria (mediana 84 min) fueron cortos. En el 79% de los PTS la reperfusión se logró en 120 min, y en el 58% en 90 min. El primer contacto médico con los S. de EMER y con hospitales con programa de ACTP 1^a se asoció a tiempos ECG-balón más cortos (medianas de 83 y 71 min), pero cuando se estableció con los hospitales sin programa de ACTP 1^a la demora fue mayor (mediana 117 min). La mortalidad hospitalaria fue baja (5,5%).

Datos demográficos, del proceso y mortalidad del Código Infarto Madrid

n: 4.434 pacientes

Edad (media $\pm$ DE) (años)	64 $\pm$ 14
Varones (%)	80%
Infarto anterior (n, %)	1.823 (41%)
Lugar 1 ^{er} contacto médico	
Centro de atención primaria (n, %)	1.104 (25%)
Servicios de Emergencias Extrahospitalarios (SUMMA-SAMUR) (n, %)	1.709 (39%)
Hospital SIN programa de angioplastia primaria 24 horas	575 (13%)
Hospital CON programa de angioplastia primaria 24 horas (n, %)	1.023 (23%)
Fibrinólisis (n, %)	53 (1,2%)
Tiempo respuesta Servicios de Emergencias (mediana, rango IC) (min)	17 (12-24)
Tiempo inicio dolor - diagnóstico (mediana, rango IC) (min)	90 (45-205)
Tiempo diagnóstico(ECG)-balón (mediana, rango IC) (min)	84 (63-113)
Lugar 1 ^a atención C de Salud) (mediana, rango IC) (min)	90 (69-124)
Servicios de Emergencias (SUMMA) (mediana, rango IC) (min)	83 (66-101)
Hospital sin programa de angioplastia primaria 24 horas (mediana) (min)	117 (91-170)
Hospital con programa de angioplastia primaria24 horas(mediana) (min)	71 (48-104)
% pacientes con tiempo diagnóstico (ECG) - balón 120 min (%)	78,5%
% pacientes con tiempo diagnóstico (ECG) - balón 90 min (%)	58,1%
Mortalidad hospitalaria	5,5%

DE: desviación estándar; IC intercuartil.

Conclusiones: En este entorno el Código Infarto se asocia a una baja mortalidad hospitalaria y necesidad de trombólisis y a tiempos de acceso al S. Sanitario (mediana 90 min) y tiempos del diagnóstico a la reperusión (mediana 84 min) cortos lo que permite que el 79% de los pacientes se reperfundan en 120 min.