



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 Leor¹, Belez Cid-Álvarez², Armando Pérez de Prado³, Xavier Rossello Lozano⁴, Soledad Ojeda Pineda⁵, Ana M. Serrador Frutos⁶, Ramón López Palop⁷, Javier Martín Moreiras⁸, José Ramón Rumoroso Cuevas⁹, Ángel Cequier¹⁰, Borja Ibáñez Cabeza¹¹, Ignacio Cruz González⁸, Rafael Romaguera Torres¹⁰, Sergio Raposeiras Roubín¹² y Raúl Moreno¹³

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ³Servicio de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Illes Balears. ⁵Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁸Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁹Hospital de Galdakao, Bizkaia. ¹⁰Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ¹²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ¹³Hospital 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 ± 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 ^{er} contacto médico Sistema de Emergencia Extrahospitalaria, n/n total (%)	1.338/3.754 (35,6)	50/187 (26,7)	119/330 (36,1)		
1 ^{er} 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 ^{er} contacto médico Hospital sin capacidad de ICPP, n/n total (%)	799/3.754 (21,3)	77/187 (41,2)	75/330 (22,7)		
1 ^{er} 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 reperfusión, min	193 [135-315]	120 [75-195]	-	0,001	-
Tiempo entre el primer contacto médico y la reperfusión, 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 reperfusión mediante angioplastia primaria, con un retraso hasta la reperfusión dentro de lo que recomiendan las guías y con una mortalidad a 30 días relativamente baja.