



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

STIMIAAREN
BEREHALAKO ARRETA
HOBETUZ

MEJORANDO LA
ATENCIÓN INMEDIATA
AL IAMCEST

Henar Sampedro, Koldobika García, Abel Andrés, Angel Castañeda, Miren Tellería, Santiago G Solana,, Karlos Ibarguren, Cristina Oria, Gracia Garijo, Iratxe Arroita Jauregui, Rosana Rivas, Mario Sadaba, Jessica Vaquero, Anai Moreno, Susana Gómez, Ainhoa Rubio, Koldo Berganzo y Pilar Vazquez

RB6 BIHOTZEZ

Seigarren
BIHOTZEZ
erregistroaren
(RB6)
emaitzaren
laburpena:
2022ko urria –
2023ko apirila

Resumen del
resultado
del sexto
registro
BIHOTZEZ (RB6):
octubre 2022 –
abril 2023

Aurkibidea

[Aurrekariak](#)

[Metodologia](#)

[RB6ko pazienteak](#)

[Pazienteen
aurkezpena](#)

[Birbaskularizazio
goiztiarra](#)

[Fibrinolisi](#)

[LZIK primarioa](#)

[Biziraupen](#)

[Ospitaleratze datuak](#)

[Ibilbidearen eragina](#)

[Laburpena eta
ondorio nagusiak](#)

[Glosarioa \(siglak y
akronimoak\)](#)

[Bibliografia](#)

Orr. /
Pág.

Índice

3

[Antecedentes](#)

4

[Metodología](#)

5

[Pacientes de RB6](#)

6

[Presentación de los
pacientes](#)

8

[Revascularización
precoz](#)

11

[Fibrinolisis](#)

11

[ICP primaria](#)

14

[Supervivencia](#)

15

[Datos de ingreso](#)

15

[Influencia del itinerario](#)

17

[Resumen y principales
conclusiones](#)

19

[Glosario \(siglas y
acrónimos\)](#)

20

[Bibliografía](#)

Aurrekariak

BOSGARREN BIHOTZEZ ERREGISTROA (RB5). 2020ko urria – 2021eko apirila

Bosgarren erregistroak STiMIA zuten 562 paziente sartu zituen sintomak hasi eta lehenengo 12 orduetan, kalitatea kontrolatzeko metodologia bera erabiliz.

Ondorio orokorrak (RB5)

- RB4rekin alderatuz, RB5ean esku-hartze denboraren okerragotze arin bat zehaztu da.
- RB5 erregistroan, ospitale hilkortasunak eta 30 egunen buruan izandako heriotzen tasak hobekuntza etengabea izan dute. Hau RB3n jadanik hasita zegoen.
- Angioplastia primarioa lehen aukerako birperfusio-metodo gisa finkatu da (%98,2). Fibrinolisiaren erabilera, aldiz, are gehiago murriztu da (%1,8)
- Lehenengo aldiz erantzute denbora hobeak ikusi dira, osasun sistemarako sarbidea LZIK (Larruazalean zeharreko interbentzio koronario) primariodun ospitale bat denean, Emergentzien bidez izandakoan baino. Hau nabariagoa da, bereziki, LZIK gabeko ospitaletako Larrialdi Zerbitzuen bidez harremanetan jartzen diren pazienteekin alderatzen badegu. Kasu hauetan ere, RB4ko denborekin parekatuz, okertze arin bat objetibatu da. Alabaina, Emergentzien bidez harremanetan jarri diren pazienten portzentaia ere zerbait jeitsi da.
- Nahiz eta adierazle batzuen okerragotze arina izan, hobekuntza-puntuak berdinak izaten jarraitzen dute: Emergentzien bidez harremanetan jartzen diren pazienteen proportzio txikia, LZIKadun ospitaleetako ospitale barruko denborak eta LZIK gabeko ospitaleen bidez osasun-sisteman sartzen diren pazienteen denbora orokorrak.

Antecedentes

QUINTO REGISTRO BIHOTZEZ (RB5). Octubre 2020 – Abril 2021

El quinto registro incluyó a 562 pacientes con IAMCEST en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas, utilizando la misma metodología de control de calidad.

Conclusiones generales (RB5)

- Se objetiva un ligero empeoramiento en los tiempos de intervención en RB5 en comparación con RB4.
- En el registro RB5 se objetiva la mejoría progresiva en la mortalidad hospitalaria y a 30 días, ya iniciada desde el RB3.
- Se consolida la angioplastia primaria como el procedimiento de reperfusión de elección (98,2%), limitándose aún más el uso de la fibrinólisis (1,8%).
- Por primera vez se observa mejores tiempos de respuesta cuando el acceso al sistema sanitario se realiza a través de hospital con ICP primaria en detrimento del acceso por Emergencias, especialmente si se compara con los pacientes que contactan a través de los Servicios de Urgencias de los hospitales sin ICP donde también se objetiva un ligero empeoramiento de los tiempos con respecto al RB4. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que contactan con Emergencias también ha descendido ligeramente.
- A pesar del ligero empeoramiento en algunos indicadores, los puntos de mejora continúan siendo los mismos: baja proporción de pacientes que contactan a través de Emergencias, tiempos intrahospitalarios en los hospitales con ICP y tiempos generales en los pacientes que acceden al sistema

sanitario a través de los hospitales sin ICP.

RB5aren ondorengo ekintza nagusiak

- Biztanleria orokorrarentzako kontzientziazio-kanpaina bat eta emakumeen lantalde espezifiko bat egitea, egungo emaitzak hobetzeko, batez ere emakumeen kasuan.
- Medikuntzako egoiliarrei MIA artatzeko osasun-prestakuntzako ikastaro sistematikoa ematea, haien prestakuntza-programaren barruan.
- Aurreko erregistroaren txostena eta Bihotzez proiektuaren laburpen bat Osakidetzaaren webgune korporatiboan argitaratzea, Osakidetza profesional guztien eskura egon daitezen.

Principales acciones tras RB5

- Elaboración de una campaña de concienciación para la población general y de un grupo de trabajo específico de mujeres, para mejorar los actuales resultados especialmente en mujeres.
- Impartición sistemática del curso de formación sanitaria en Atención al IAM a Residentes de Medicina como parte de su programa de formación.
- Publicación en la web corporativa de Osakidetza del informe del registro previo, así como un documento resumen del Proyecto Bihotzez para que estén a disposición de todos los profesionales de Osakidetza.

Metodologia (RB6)

Kasuen definizioa

Pazienteek bete beharreko balditzak: ST igoera edo baliokidea duen Miokardio-infartu baten berehalako fasean izatea; osasun-sistemearekin eskura dauden edozein baliabideren bidez harremanetan jartzea; eta berehalako birperfusio-tratamendurako hautagarriak izatea, hau da harremana, ustez, oklusio koronarioaren lehenengo 12-24 orduetan izatea

Metodología (RB6)

Definición de casos

Pacientes en la fase inmediata de un Infarto de Miocardio con elevación de ST o equivalente, que hayan entrado en contacto con el sistema sanitario a través de cualquiera de sus recursos y sean potencialmente elegibles para tratamiento de reperfusión inmediata, es decir su contacto con el sistema sea presumiblemente dentro de las primeras 12-24 horas de la oclusión coronaria.

Erregistratzeko prozedura

1. Kasuen berehalako adierazpena (Hemodinamika / Unitate koronarioa)
2. Datu-basearen edukia betetzea (zentroko arduradunak, administrariaren laguntzarekin)
3. Erregistroan sartutako pazienteen informazioaren kalitate-kontrola (Bihotzez Bulegoa). E

Procedimiento de registro

1. Declaración prospectiva de casos (Hemodinámica / Unidad Coronaria)
2. Cumplimentación del contenido de la base de datos (responsable en el centro, con apoyo administrativo).
3. Control de calidad de la información de pacientes ingresados en el registro (Oficina Bihotzez).

- | | |
|---|---|
| <p>4. Aurreko puntuan lortutako informazioa baliozkotzea. Eboluzionatutako pazienteen eta kodearen aktibazio faltsuen kuantifikazioa.</p> | <p>4. Cuantificación de pacientes evolucionados y activaciones falsas del código.</p> |
|---|---|

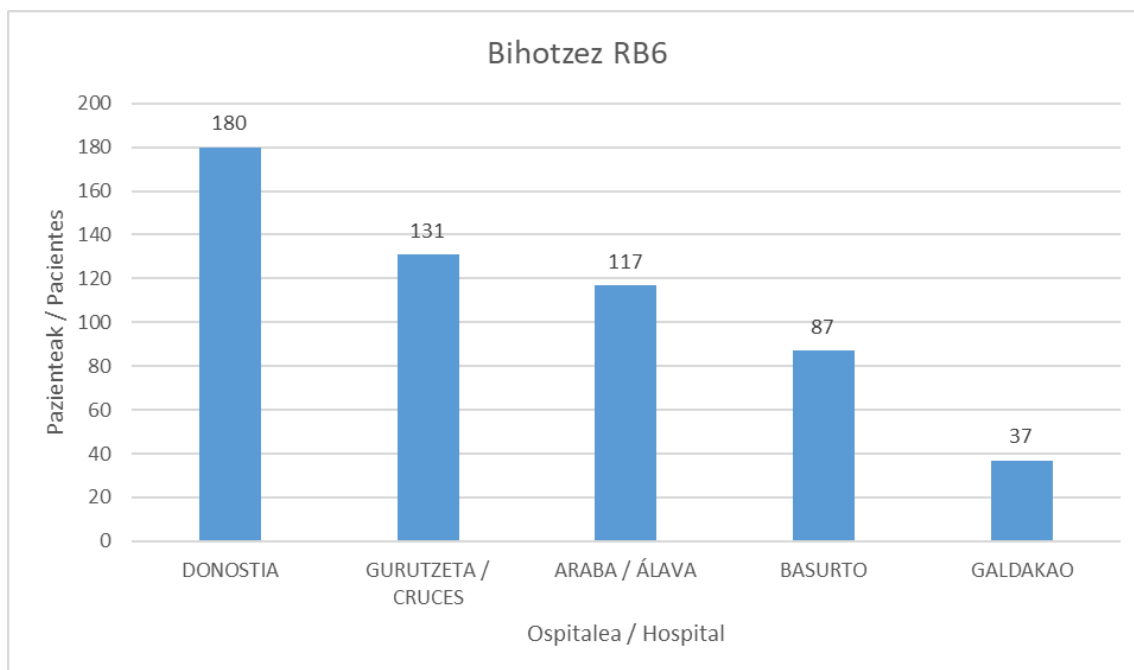
RB6ko pazienteak

552 paziente Bihotzez erregistratu dira, 12 eta 24 ordu bitarteko MIA eboluzionatua duten 3 pazienterekin batera.

Pacientes de RB6

Se han registrado un total de 552 pacientes Bihotzez, junto con 3 pacientes con IAM evolucionado de 12 a 24 horas.

<i>Sexua</i> Sexo	<i>Adin-talde</i> Grupo de edad	N	%	<i>Batezbesteko adina</i> Edad media
<i>Gizonak</i> Hombres	<i>75 urte edo gutxiago</i> 75 años o menos	354		
	<i>75 urtetik gorakoak</i> Mayores de 75 años	87		
	<i>Guztira</i> Total	441	79,5	63,1
<i>Emakumeak</i> Mujeres	<i>75 urte edo gutxiago</i> 75 años o menos	65		
	<i>75 urtetik gorakoak</i> Mayores de 75 años	49		
	<i>Guztira</i> Total	114	20,5	70,5
<i>Bi sexuak</i> Ambos sexos		555	100	64,6

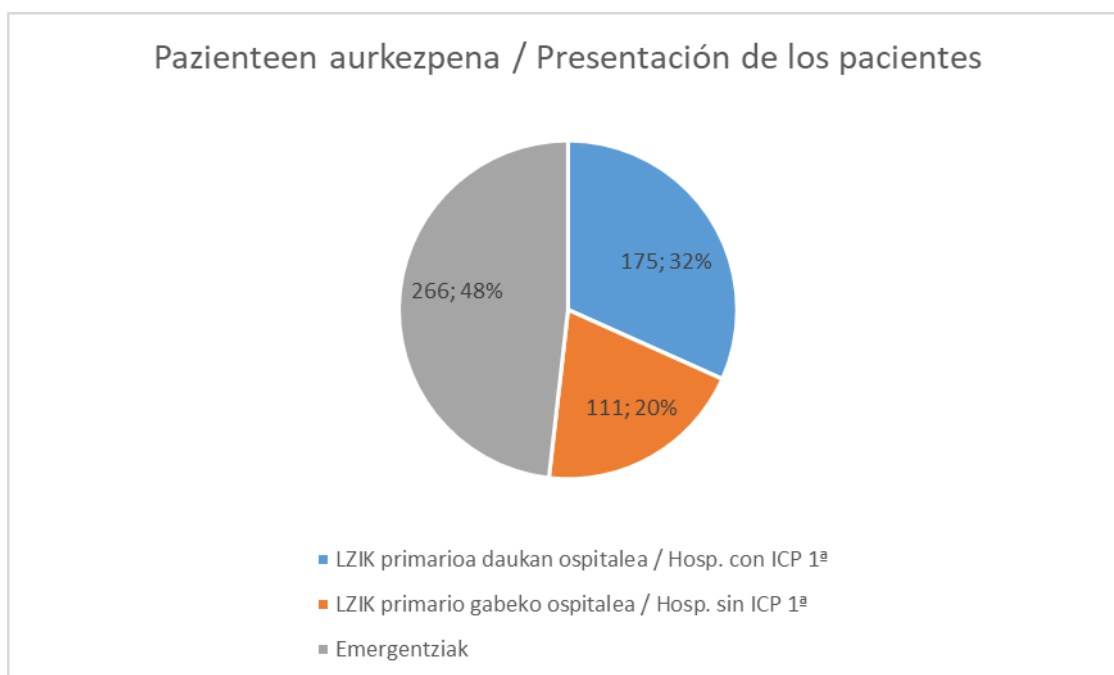


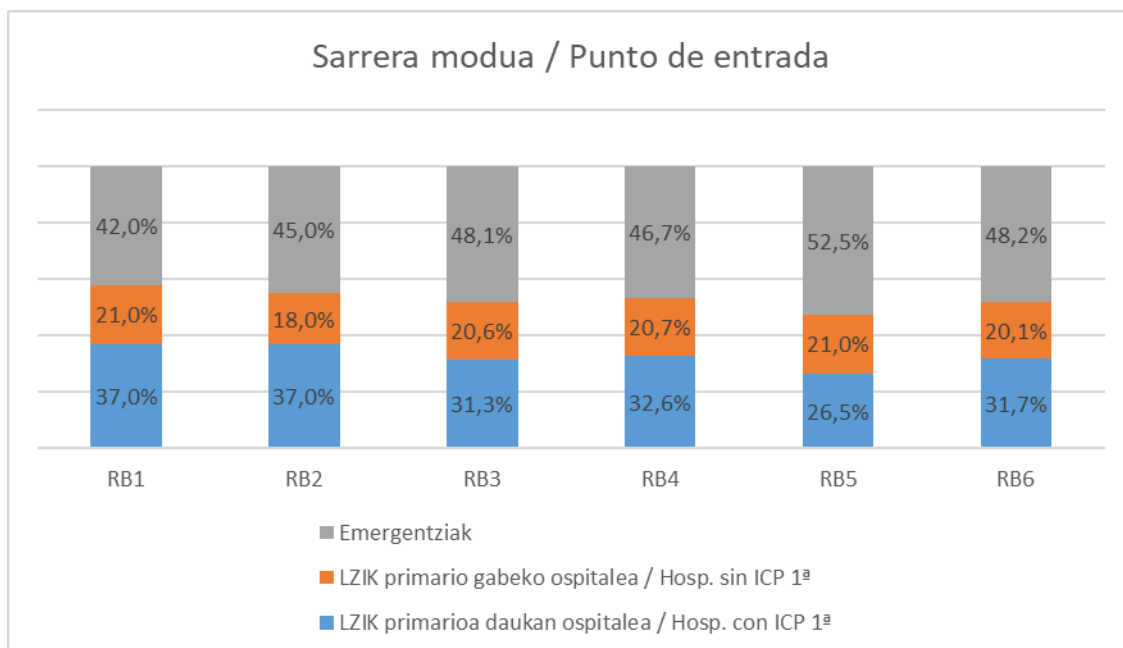
Pazienteen aurkezpena

Pazienteek, batez ere, sintomak hasi eta lehen orduetan jarraitzen duten osasun-sistemearekin harremanetan jartzen; hala ere aurreko aldian baino zertxobait azkarrago izan da oraingoan (mediana 80 minutu; eta RB5ean, 86 minutu). Erdiek baino gutxiagok Emergentzien bidez egiten dute. Aktibazio faltsuen ehunekoa %6,3 izan da.

Presentación de los pacientes

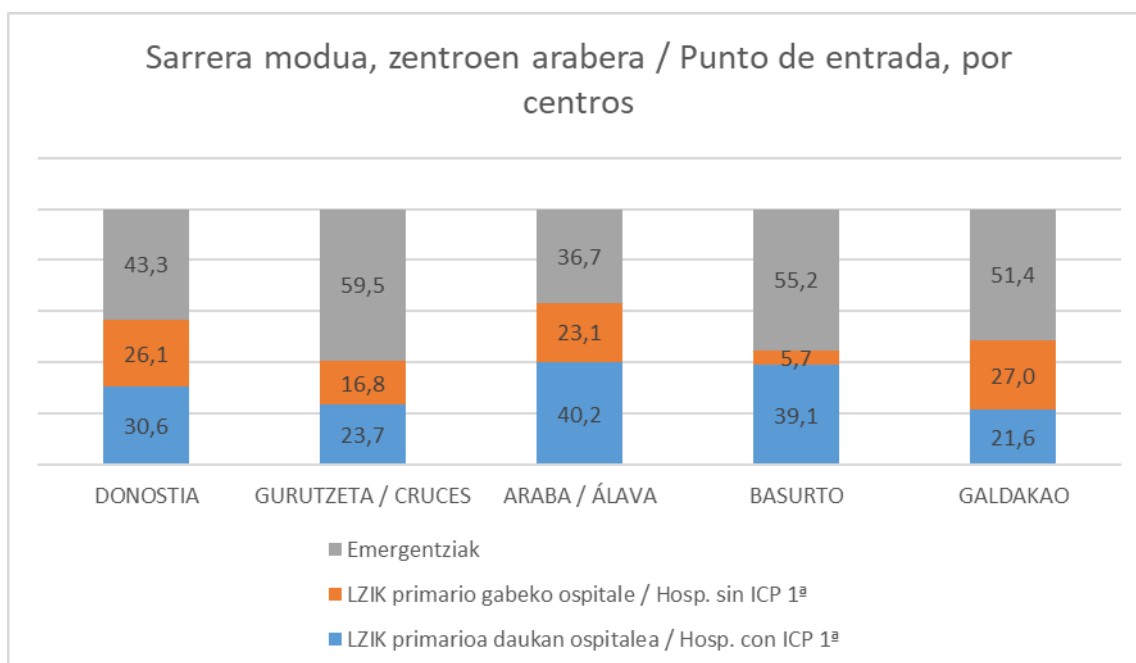
Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario fundamentalmente en las primeras horas del comienzo de los síntomas, de forma algo más precoz que en el periodo anterior (mediana 80 minutos, frente a los 86 del RB5). Menos de la mitad lo hacen a través de Emergencias. El porcentaje de falsas activaciones ha sido del 6,3%.





Zentroen arabera, zertxobait bat desberdina da kontaktatzeko moduei dagokien pazienteen proportzioa.

La proporción de pacientes que contactan a través de las diferentes vías difiere ligeramente entre los centros.



Guztira 69 paziente joan ziren lehenik osasun-zentro batera (guztien %12,5, Emergentziek garraiatutakoen %25,9). RB5ean, 67 izan ziren, guztien %12 eta Emergentziakoen %29.

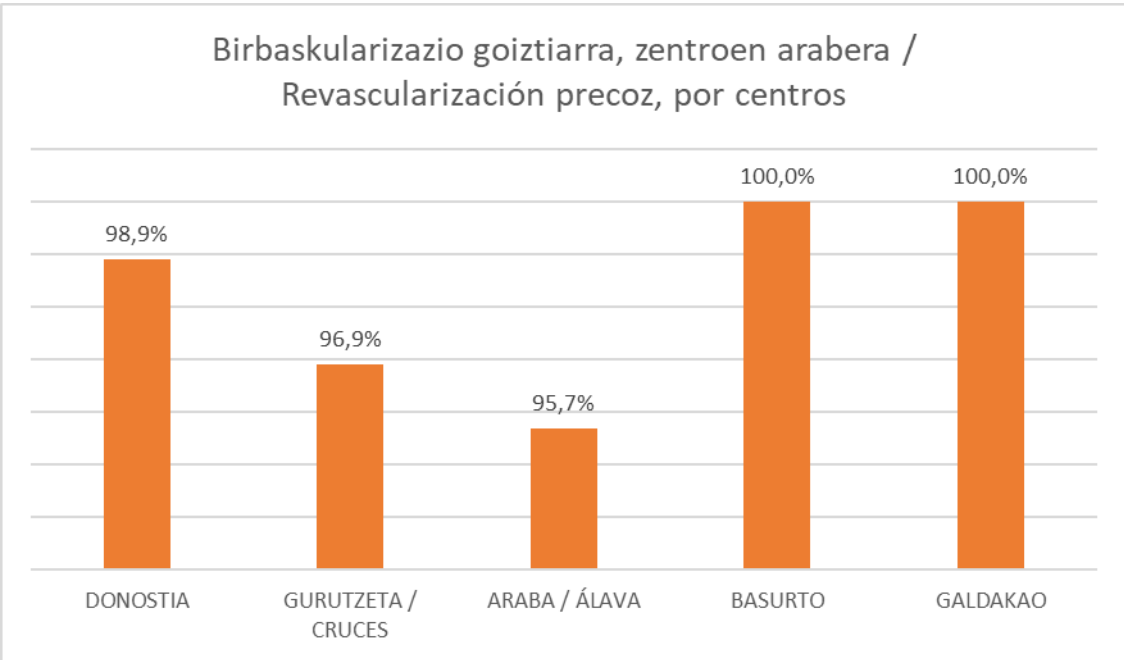
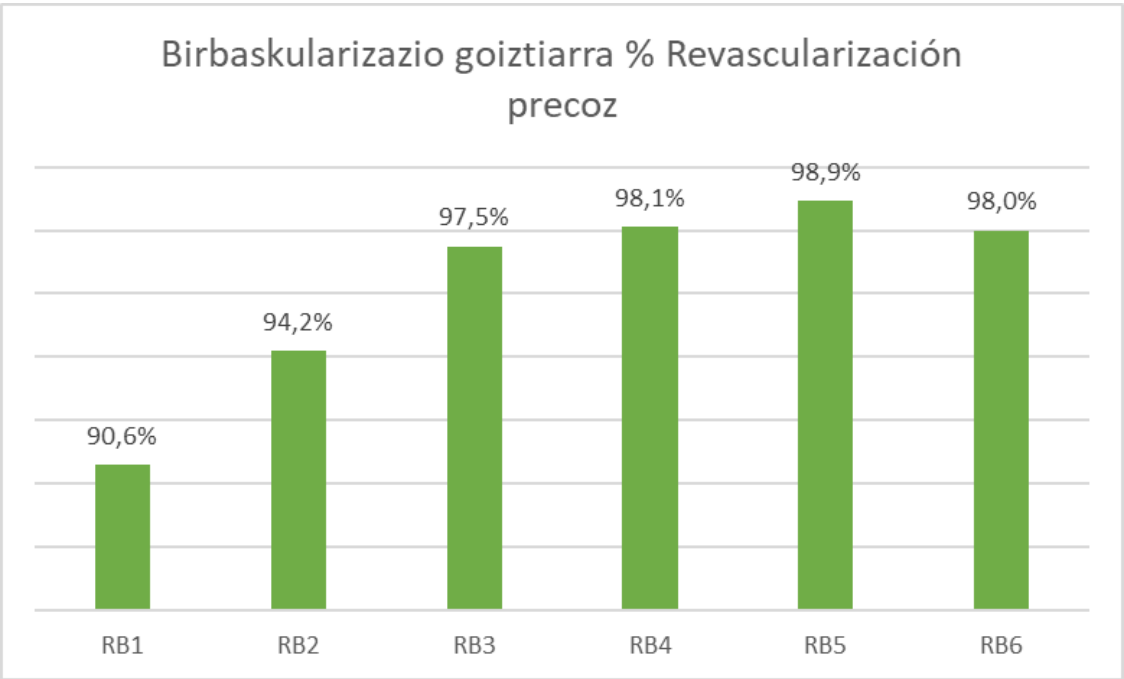
Un total de 69 pacientes acudieron en primer lugar a un centro de salud (12,5% del total, 25,9% de los transportados por Emergencias). En el RB5 fueron 67, 12% del total, 29% de los de Emergencias.

Birbaskularizazio goiztiarra

Revascularización precoz

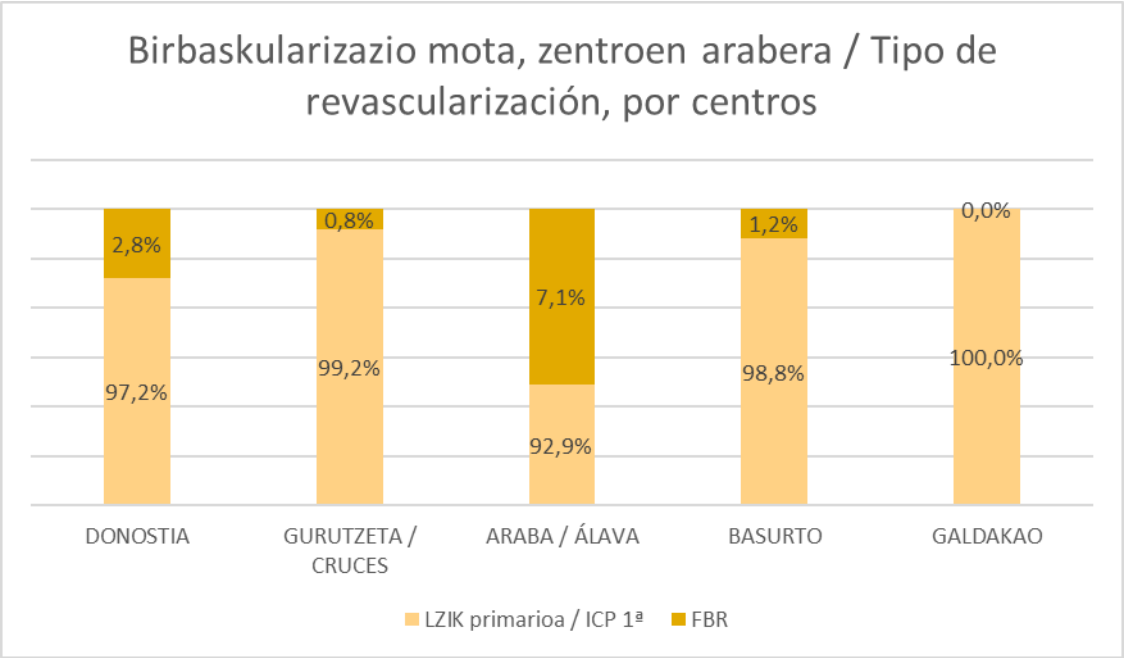
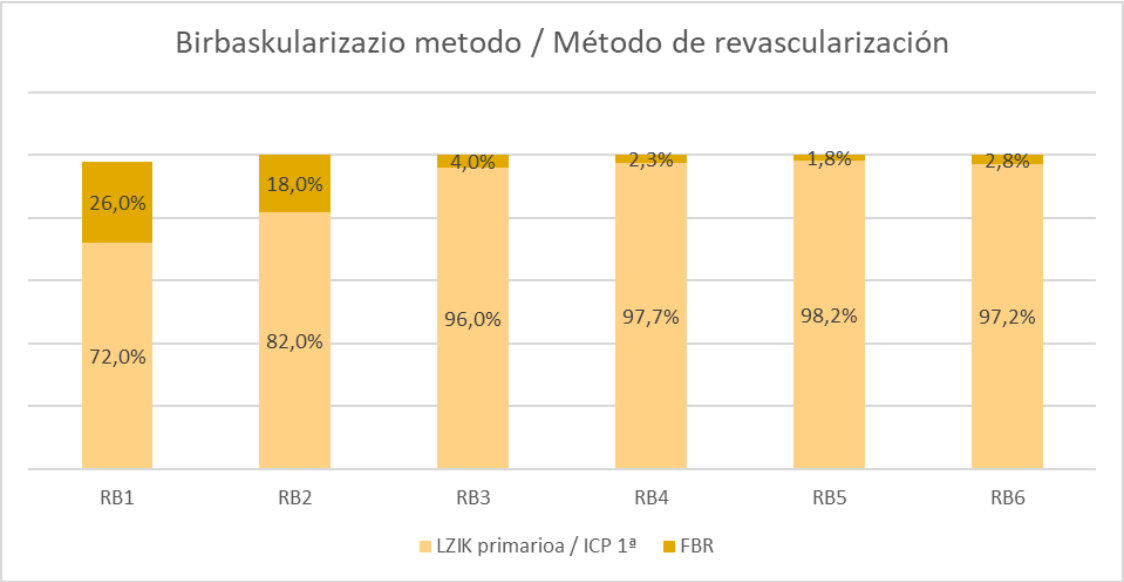
Birbaskularizazio goiztiarra 541 pazientetan egin da, hau da, kasuen %98,0an.

Se ha realizado revascularización precoz en 541 pacientes, es decir, en el 98,0% de los casos.



Birbaskularizazio goiztiarraren prozedurari dagokionez, kasu gehienetan angioplastia primarioaren bidez egin da (%97,2); eta kasuen %2,8an soilik egin da fibrinolisia (%1,8 RB5ean).

Respecto al procedimiento de revascularización, el método de elección en la mayoría de los casos es la angioplastia primaria (97,2%) realizándose fibrinólisis solamente en el 2,8% (1,8% en RB5) de los casos.



Infartu-kodea aktibatuta zuten 74 pazienteri ez zitzairen birbaskularizazio goiztiarrik egin lehen 12 orduetan. Arrazoiak askotarikoak izan ziren.

74 pacientes en los que se había activado el código infarto no fueron sometidos a revascularización precoz en las primeras 12 horas. Los motivos fueron variados.

<i>Arrazoia</i> Motivo	N	%
<i>24 ordu baino gehiago eboluzionatutako MIA</i> IAM evolucionado de más de 24 horas	17	23,0
<i>STigSKA</i> <i>SCASEST</i>	14	18,9
<i>Beste batzuk</i> Otros	13	17,6
<i>Mioperikarditis</i> Miopericarditis	8	10,8
<i>EKG positibo faltsu</i> Falso positivo ECG	7	9,5
<i>Takotsubo miokardiopatia</i> Tako-Tsubo	6	8,1
<i>Ezezaguna</i> Desconocido	5	6,7
<i>24 ordu baino gutxiago eboluzionatutako MIA</i> IAM evolucionado de menos de 24 horas	3	4,0
<i>Berezko birperfusio</i> Reperusión espontánea	1	1,3

Fibrinolisia

15 pazienteetan fibrinolisia egin da birbaskularizazio goiztiarreko prozedura gisa; gehienak LZIK primario gabeko ospitaleetan egin ziren. 13 kasutan, medikuarekin lehen harremana izandako lekuan egin zen fibrinolisia.

Lehen EKG indizearen eta fibrinolisiaren artean igarotako denboraren mediana (egungo erreferentziako giden arabera¹, denborak zenbatzeko erabili behar dena, lehen kontaktu medikoaren ordez) 27 minutukoa da.

Fibrinolisia egin zitzairen 15 pazienteetatik 9tan (%60), ondoren, LZIKadun zentroan erreskate-prozedura gauzatu zen.

Fibrinolisis

Se ha realizado fibrinólisis como procedimiento de revascularización precoz en 15 pacientes; la mayoría se realizaron en hospitales sin ICP primaria. En 13 casos, el lugar donde se realizó la fibrinólisis fue el punto de primer contacto médico.

La mediana del tiempo transcurrido entre el primer ECG índice (que, según las actuales guías de referencia¹, debe utilizarse para la contabilización de los tiempos, en vez del primer contacto médico) y la realización de la fibrinólisis es de 27 minutos.

En 9 de los 15 pacientes (60%) en los que se realizó fibrinolisis se ejecutó posteriormente procedimiento de rescate en centro con ICP.

LZIK primarioa

RB6n sartutako 552 pazienteetatik 526ri angioplastia primarioa egin zaie, hau da, %95,3ri.

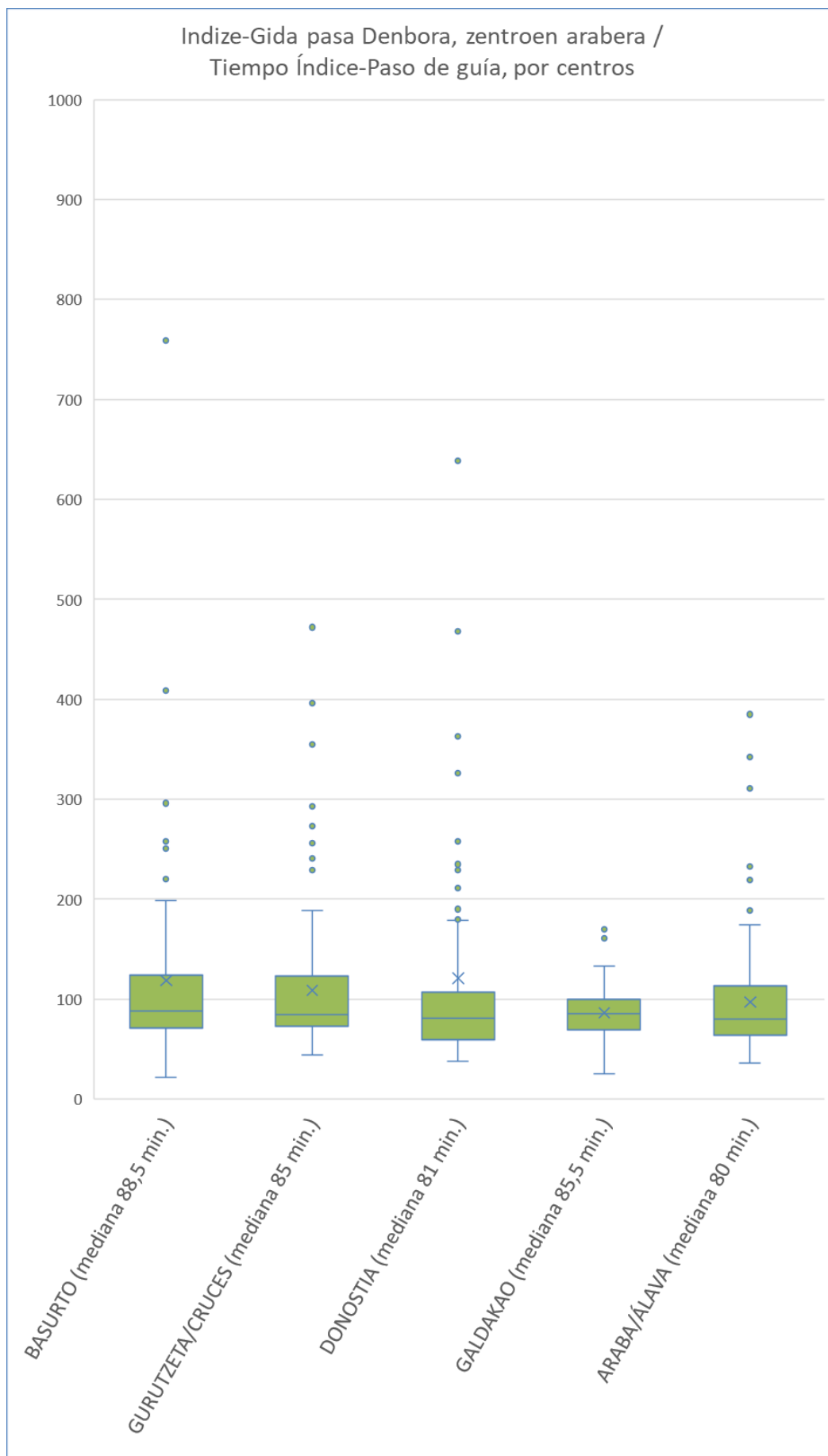
Paziente horien %78,4an, gida EKG indizea egin eta lehenengo 120 minutuen barruan igaro zen, mediana 83 minutukoa izanik.

ICP primaria

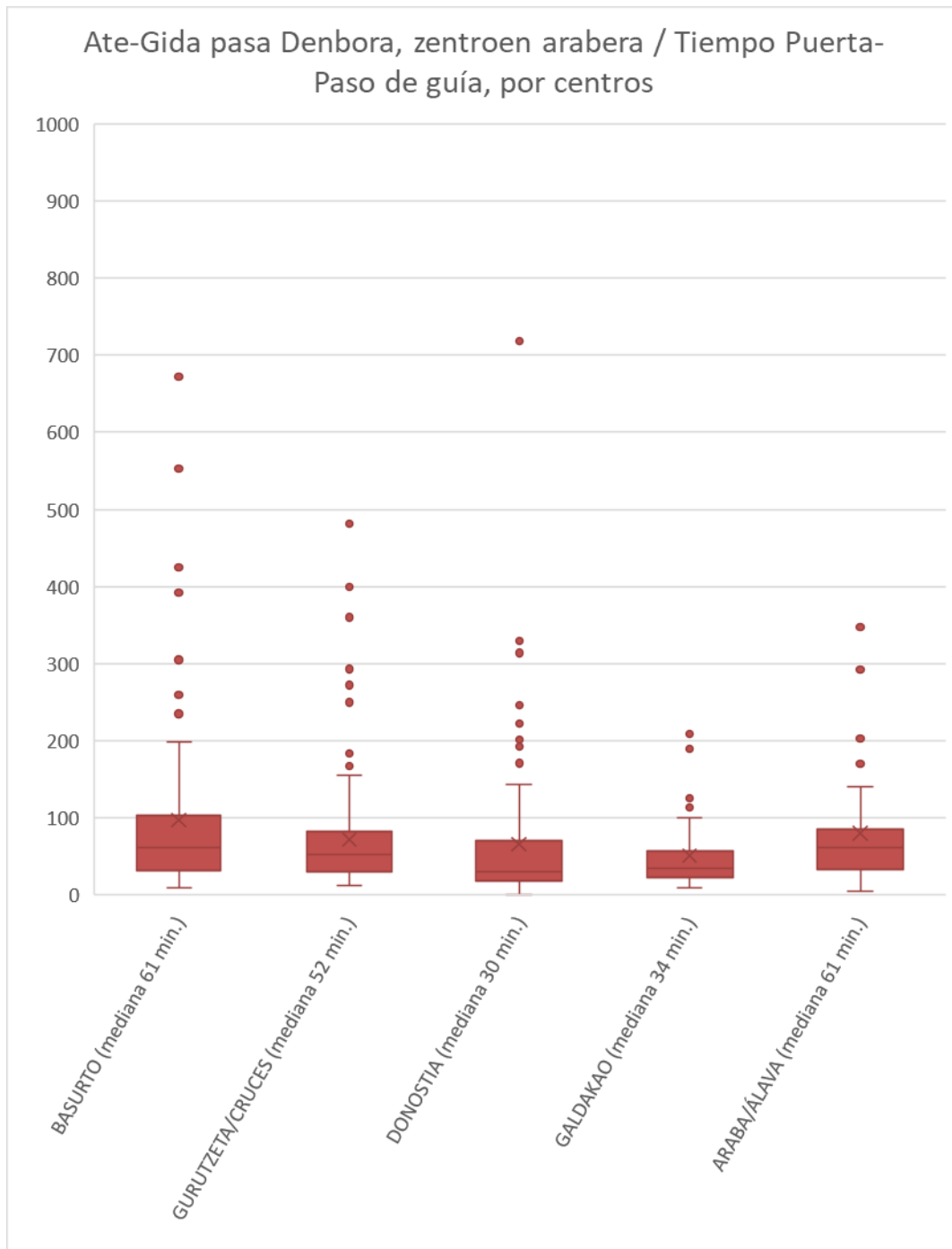
De los 552 pacientes incluidos en el RB6 se ha realizado angioplastia primaria a 526, lo cual supone un 95,3%.

En el 78,4% de estos pacientes el paso de guía se ha realizado dentro de los primeros 120 minutos desde el ECG índice, con una mediana de 83 minutos.

<i>Bilakaera</i> Evolución	<i>Indize-Gida pasa Denbora (Mediana)</i> T-Índice-Paso de guía (Mediana)
RB1	110
RB2	91
RB3	88
RB4	81
RB5	83
RB6	83



<i>Bilakaera</i> Evolución	<i>Ate-Gida pasa Denbora (Mediana)</i> T-Puerta-Paso de guía (Mediana)
RB1	70
RB2	58
RB3	50
RB4	43
RB5	46
RB6	50



Biziraupena

Aurreko erregistro-ebaketarekin alderatuta (RB5), hilkortasunak gora egin du (ospitalean eta 30 egunen buruan: %1,5; eta %2,3, hurrenez hurren). Ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza izandako programako pazienteen hilkortasuna 30 egunen buruan %31,4koa da.

Supervivencia

Respecto al corte anterior (RB5), la mortalidad ha ascendido (intrahospitalaria y a 30 días, con ascensos absolutos de 1,5% y 2,3%; respectivamente). La mortalidad a 30 días de los pacientes que entran en el programa tras haber presentado muerte súbita extrahospitalaria es del 31,4%.

Hilkortasun orokorra Mortalidad general	
Ospitale hilkortasuna Mortalidad hospitalaria	6,5%
Heriotza-tasa 30 egunen buruan Mortalidad a 30 días	7,5%
LZIK priomarioarekin 30 eguneko hilkortasuna Con ICP1ª	7,1%
Fibrinolisisarekin Con Fibrinolisis	13,3%
FB/TBrekin Con FV/TV	31,4%

Osp. / Hosp.	BAS	GUR/CRU	DON	GAL	ARA/ÁLA	GUZ/TOT
BIHOTZEZ	87	131	180	37	117	552
30 egun. Hilkort. / Mortalidad 30 días	4	14	16	0	7	41
%	4,6%	10,8%	9,1%	0,0%	6,0%	7,5%

Bihotzez pazienteen eta infartu eboluzionatuak dituzten "Ez Bihotzez" pazienteen hilkortasuna batera aztertuta; azken hori, 2 aldiz handiagoa izanik.

Se ha analizado conjuntamente la mortalidad de los pacientes Bihotzez y la de los pacientes No Bihotzez con infartos evolucionados, siendo esta última 2 veces superior.

Talde / Grupo	30 eguneko hildakoak Fallecidos/as a los 30 días	30 eguneko bizirik Vivos/as a los 30 días	Guztira / Total
BIHOTZEZ	41 (7,5%)	504 (92,5%)	545
Eboluz. MIA < 24 o. IAM evoluc. < 24 h.	0 (0%)	5 (100%)	5
Eboluz. MIA > 24 o. IAM evoluc. > 24 h.	5 (14,3%)	30 (85,7%)	35
Guztira / Total	46	539	585

Ospitaleratze datuak

Shock kardiogenikoaren intzidentziak gora egin du, baina bentrikulu-fibrilazioarena murriztu egin da. Bestalde, Iktusaren intzidentzia mantendu egin da. Birbaskularizazio osoa egin zaien pazienteen proportzioa handitu egin da. Birbaskularizazio-prozedura kirurgikoen erabilerak, aldiz, behera egin du.

Datos de ingreso

Aumenta la incidencia del shock cardiogénico, pero disminuye la incidencia de fibrilación ventricular. La incidencia de ictus se mantiene. La proporción de pacientes a quienes se realiza revascularización completa aumenta. La utilización de procedimientos quirúrgicos de revascularización ha disminuido.

Ospitaleratze datuak Datos de ingreso	
Aurreko MIA IAM anterior	46,4%
Killip IV Killip IV	12,4%
FB FV	7,6%
GHI ACV	0,7%
Birbask. osoa Rev. completa	85,7%
Birbask. kirurgikoa Rev. quirúrgica	1,5%

Ibilbidearen eragina

Emaitzarik onenak LZIK primarioa duten ospitaleetatik sartzen diren pazienteetan ikusten dira, eta jarraian Emergentzien bidez ospitaleratzen direnetan.

Influencia del itinerario

Los mejores resultados se observan en los pacientes que acceden a través de hospitales con ICP primaria, seguido de aquellos que ingresan a través de Emergencias.

RB6	Emergentziak	LEK 1^a gabeko osp. / Hosp. sin ICP 1^a	LEK 1^a duen osp. / Hosp. con ICP 1^a
AKAT / ACTP	95,1%	91,0%	98,3%
TRB (Fibrinolisia / Fibrinolisis)	2,3%	7,2%	0,6%
Birbask. Ez / No revasc.	2,6%	1,8%	1,1%
EKG-Gida pasa mediana / Mediana ECG-paso de guía	83	103	76

Bihotzez programan sartutako birbaskularizatu gabeko pazienteak guztien %2 dira. EKG indizea eta gida igaro arteko denboraren mediana mantendu egin da: 83 minutu bai RB5ean (Q1 = 66, Q3 = 113) bai RB6an (Q1 = 67, Q3 = 114).

Azkenik, DIDO denboraren mediana ("Door In – Door Out Time": paziente bat LEK egiteko gaitasunik gabeko ospitale batera iristen denetik lekualdatzen den arte igarotzen den denbora) 68 minutukoa da (Q1=52, Q3=100). 30eko helburutik urrun jarraitzen du, nahiz eta pixka bat jaitsi den, RB5ean 71 minutukoa izan baitzen (Q1 = 53, Q3 = 106).

Los pacientes incluidos en Bihotzez no revascularizados representan el 2% del total de pacientes; la mediana del tiempo ECG índice – balón se ha mantenido, siendo 83 minutos tanto en el RB5 (Q1=66, Q3=113) como en el RB6 (Q1=67, Q3=114).

Por último, el DIDO mediano ("Door in Door-Out Time": tiempo que transcurre desde que un paciente llega a un hospital sin capacidad para realizar ICP hasta que es trasladado hasta un hospital que sí dispone de esta técnica) es de 68 minutos (Q1=52, Q3=100). Sigue lejos del objetivo de 30 minutos, aunque ha disminuido ligeramente, ya que en RB5 fue de 71 minutos (Q1=53, Q3=106).

Laburpena eta ondorio nagusiak (RB6)

Oro har, azkeneko RB erregistroan ikusitako datuen okerragotze bat egiaztatu da. Txartze hau bai esku-hartze denboretan bai, aurreko erregistroekin alderatuz lehengo aldiz, hilkortasun denboretan atzeman da.

- Angioplastia primarioak, birperfusio goiztiar prozedura gisa, aukerako metodoa izaten jarraitzen du (%97,2)-. Hala ere, jeitsiera txiki bat izan du fibrinolisiarekin alderatzen badugu. Honek azken RB honetan igoera arin bat izan du (%2,8).
- Pazienteek sintomak hasi eta lehen orduetan osasun-sistemarekin harremanetan jartzen jarraitzen dute (80 minutuko mediana). Horrek RB5arekin konparatuz hobekuntza arin bat suposatzen du.
- Oraindik ere txikia da osasun-sistemara sartzeko gune gisa Emergentziak erabiltzen duten pazienteen proportzioa (%48,2; RB5 % 52); beraz, indarrean jarraitzen du biztanleria-mailan publizitate-kanpaina baten beharra, ehuneko horiek handitzeko.
- Birbaskularizazio goiztiarraren tasak jeitsiera arin bat izan du, baina altua izaten jarraitzen du (%98,0).
- Fibrinolisia erabiltzen denean, ia beti lehen harreman medikoan erabiltzen da, eta, batez ere, angioplastia primarioa ez duten ospitaleetan. Kasu guztietan, pazienteak berehala erreferentziazko LZIKadun zentrora eramaten zituzten. Hala, kasuen %60ak Larruazalean zeharreko erreskateko Interbentzio Koronarioa (LZEIK) behar izan zuen.

Resumen y principales conclusiones (RB6)

En general se objetiva un ligero empeoramiento de los datos observados en el último Registro RB. Este empeoramiento se objetiva tanto en los tiempos de intervención como, por primera vez en comparación con registros previos, también de los tiempos de mortalidad.

- El uso de la angioplastia primaria como procedimiento de reperfusión precoz continúa siendo el método de elección (97,2%), aunque con un mínimo descenso en su uso en comparación con la fibrinólisis, que ha tenido un ligero ascenso en este último RB (2,8%).
- Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario en las primeras horas del comienzo de los síntomas (mediana 80 minutos), lo que supone una ligera mejora con respecto al RB5.
- Sigue siendo baja la proporción de pacientes que utiliza Emergencias como punto de acceso al sistema sanitario (48,2%; RB5 52%), por lo que sigue vigente la necesidad de una campaña publicitaria a nivel poblacional para incrementar estos porcentajes.
- La tasa de revascularización precoz, sufre un ligero descenso, pero continúa siendo alta (98,0%).
- La fibrinólisis, cuando se emplea, sigue usándose casi siempre en el primer contacto médico y fundamentalmente en hospitales sin angioplastia primaria. En todos los casos, los pacientes fueron trasladados de forma inmediata al centro con ICP de referencia con necesidad de ICP de rescate en el 60% de los casos.

- Angioplastia primarioari lotutako denborak mantendu egin dira, lehen harreman medikutik 120 minutu baino lehen arteria irekita duten pazienteen igoera arin bat izanik (%78,4; RB5ean % 74,2): EKG indize-gida igaro mediana 83 minutukoa da eta ate-gida igaro 50 minutu (RB5ean 46 minututan).
- Lehenego aldiz ospitaletako eta 30 egunen buruan izandako heriotzen tasek okerrera egin dutela zehaztu da. RB5eko datuekin alderatuz, %1,5 eta %2,3ko igoera absolutoa izan dute hurrenez hurren. Hala ere, ospitalez kanpo bat-bateko heriotza izan duten pazienteen hilkotasunak jeitsiera izan du (%31,4; RB5ean %48), nahiz eta honek altua izaten jarraitu. 24 ordu baino gehigoz eboluzionatutako MIA-dun pazienteen heriotza-tasa %14,3 da 30 egunen buruan.
- Konplikazio garrantzitsuenen intzidentzia pixka bat aldatu egin da (fibrilazio bentrikularra eta shock kardiogenikoa: %7,6 eta %12,4; RB5ean % 8,9, % 8,5 hurrenez hurren). Iktusaren intzidentzia mantendu egin da. Birbaskularizazio kirurgikoaren premia erdira jaitsi da (%1,5; RB5ean %3,2). Ospitaleratze-aldian eginiko birbaskularizazio koronarioaren tasa arinki igo da (% 85,7; RB5ean %80,1).
- Erantzun-denbora onenak osasun-sistemarako sarbidea LZIK primariodun ospitaleen bidez izandakoan lortzen jarraitzen dela ikusi da (EKG-gida igarotzearen arteko denboraren mediana 76 minutu; RB5ean 74 minutu), Emergentzien bidez egindakoen kaltetan (EKG-baloi arteko denboraren mediana 83 minutu; RB5ean 78 minutu). LZIK primario gabeko ospitaleen erantzun denborak zerbait hobetu dira: EKG-gida igarotzearen arteko denboraren mediana 103 minutu (RB5ean 109 minutura) eta DIDO ("Door In – Door Out") 71 minutuan mantendu da.
- Se mantienen los tiempos asociados a la angioplastia primaria, con ligero aumento del porcentaje de pacientes con la arteria abierta en menos de 120 minutos desde el primer contacto médico (78,4%; en RB5 74,2%): mediana ECG índice-paso de guía 83 minutos y puerta-paso de guía 50 minutos (46 minutos en RB5).
- Por primera vez se objetiva empeoramiento en la mortalidad hospitalaria (6,5%) y a 30 días (7,5%), con aumentos absolutos del 1,5% y del 2,3% respectivamente en comparación con los datos del RB5. Sin embargo, se objetiva un descenso de la mortalidad en los pacientes con muerte súbita extrahospitalaria (31,4%; en RB5 48%) que continúa siendo elevada. La mortalidad de los pacientes con IAM evolucionados de más de 24 horas es del 14,3% a 30 días.
- Ha variado ligeramente la incidencia de algunas de las complicaciones más importantes (fibrilación ventricular y shock cardiogénico: 7,6% y 12,4%; en RB5 8,9% y 8,5% respectivamente). La incidencia de ictus se ha mantenido. La necesidad de revascularización quirúrgica disminuye a la mitad (1,5%; en RB5 3,2%). La tasa de revascularización coronaria durante el ingreso aumenta ligeramente (85,7%; en RB5 80,1%).
- Se sigue observando mejores tiempos de respuesta cuando el acceso al sistema sanitario se realiza a través de hospital con ICP primaria (tiempo ECG-paso de guía mediana 76 minutos; en RB5 74 minutos) en detrimento del acceso por Emergencias (tiempo ECG-paso de guía mediana 83 minutos; en RB5 78 minutos), con tiempos de respuesta de los hospitales sin ICP primaria ligera mejoría: tiempo ECG-paso de guía mediana 103 minutos (en RB5 109 minutos) y DIDO ("Door In – Door Out") se mantiene en 71 minutos.

GLOSARIO (SIGLAK ETA AKRONIMOAK)

RB1: Lehenengo Bihotzez erregistro-ebaketa
(2012ko urria – 2013ko apirila)

RB2: Bigarren Bihotzez erregistro-ebaketa
(2014ko urria – 2015ko apirila)

RB3: Hirugarren Bihotzez erregistro-ebaketa
(2016ko urria – 2017ko apirila)

RB4: Laugarren Bihotzez erregistro-ebaketa
(2018ko urria – 2019ko apirila)

RB5: Bostgarren Bihotzez erregistro-ebaketa
(2020ko urria – 2021ko apirila)

RB6: Seigarren Bihotzez erregistro-ebaketa
(2022ko urria – 2023ko apirila)

GNS-9-AK: Gaixotasun Nazioarteko
Saillapena, 9. edizio, Aldaketa Klinikoa

GNS-10-ES: Gaixotasun Nazioarteko
Saillapena, 10. edizio, Aldaketa Klinikoa
(Espainako bertsioa)

DIDO: “Door In - Door Out Time”

Q1: Lehenengo kuartil

Q3: Hirugarren kuartil

LKM: Lehen Kontaktuko Medikoa

LZIK: Larruazalean zeharreko Interbentzio
Koronario

FBR: Fibrinolisi

EKG: Elektrokardiograma

FB: Fibrilazio Bentrrikular

FB/TB: Fibrilazio Bentrrikular / Takikardia
Bentrrikular

MIA: Miokardioko Infartu Akutu

GLOSARIO (SIGLAS Y ACRÓNIMOS)

RB1: Primer corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2012 – Abril 2013)

RB2: Segundo corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2014 – Abril 2015)

RB3: Tercer corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2016 – Abril 2017)

RB4: Cuarto corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2018 – Abril 2019)

RB5: Quinto corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2020 – Abril 2021)

RB6: Sexto corte del Registro Bihotzez
(Octubre 2022 – Abril 2023)

CIE-9-MC: Clasificación Internacional de
Enfermedades, 9ª edición, Modificación
Clínica

CIE-10-ES: Clasificación Internacional de
Enfermedades, 10ª edición, Modificación
Clínica (versión española)

DIDO: “Door In - Door Out Time”

Q1: Primer cuartil

Q3: Tercer cuartil

PCM: Primer Contacto Médico

ICP: Intervención Coronaria Percutánea

FBR: Fibrinolisis

ECG: Electrocardiograma

FV: Fibrilación Ventricular

FV/TV: Fibrilación Ventricular / Taquicardia
Ventricular

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

STiMIA: ST segmentuaren igoerarekin Miokardioko Infartu Akutu	IAMceST: Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST
OIZ: Osasun Informazio Zerbitzua	SIS: Servicio de Información Sanitaria
DGOM: Datuen Gutxieneko Oinarrizko Multzoa	CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
AOU: Arabako Ospitale Unibertsitario	HUA: Hospital Universitario de Álava
AKAT: Azalean zeharreko Koronarioetako Angioplastia Transluminal	ACTP: Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea
STigSKA: ST segmentuaren igoerarik gabeko Síndrome Koronario Akutua	SCASEST: Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

¹ SEC Working Group for the 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-segment Elevation: Alfonso F, Sionis A, Bueno H, Ibáñez B, Sabaté M, Cequier Á, Barrabés J, Sanchis J, Abu-Assi E, Aboal J; Expert Reviewers for the 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-segment Elevation, López de Sá E, Martín Asenjo R, Pan M, Ojeda S, Pérez de Prado A, Jiménez Quevedo P, Serrador A, Roldán I, Ferreiro JL, Ruiz Nodar JM, López Sendón JL; SEC Guidelines Committee, San Román A, Alfonso F, Evangelista A, Ferreira-González I, Jiménez Navarro M, Marín F, Pérez de Isla L, Rodríguez Padial L, Sánchez Fernández PL, Sionis A, Vázquez García R. Comments on the 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-segment Elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2017 Dec; 70(12): 1039-1045. doi: 10.1016/j.rec.2017.11.009. English, Spanish. Erratum in: *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2018 Mar 1. PubMed PMID: 29198431