BIHOTZEZ TXOSTENA RB7
(2024-2025)



INFORME BIHOTZEZ RB7
(2024-2025)

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

STIMIAAREN BEREHALAKO ARRETA HOBETUZ



MEJORANDO LA ATENCIÓN INMEDIATA AL IAMCEST

Zazpigarren BIHOTZEZ erregistroaren (RB7) emaitzaren laburpena

2024ko urria – 2025eko apirila

Resumen del resultado del séptimo registro BIHOTZEZ (RB7)

octubre 2024 – abril 2025

Lan taldea / Grupo de trabajo:
Henar Sampedro, Koldobika García, Yon Sorarrain, Abel Andrés, Angel Castañeda, Miren Tellería, Santiago G. Solana, Gracia Garijo, Rosana Rivas, Jose Luis Cepeda, Mario Sadaba, Jessica Vaquero, Anai Moreno, Susana Gómez, Ainhoa Rubio y Pilar Vázquez

2026ko martxoa / Marzo de 2026

Aurkibidea	***Orr. / Pág.***	***Índice***
Aurrekariak	**4**	Antecedentes
Metodologia	**5**	Metodología
RB7ko pazienteak	**6**	Pacientes de RB7
Pazienteen aurkezpena	**7**	Presentación de los pacientes
Birbaskularizazio goiztiarra	**9**	Revascularización precoz
Fibrinolisia	**11**	Fibrinolisis
LZIK primarioa	**12**	ICP primaria
Biziraupena	**15**	Supervivencia
Ospitaleratze datuak	**16**	Datos de ingreso
Ibilbidearen eragina	**16**	Influencia del itinerario
Laburpena eta ondorio nagusiak	**18**	Resumen y principales conclusiones
Glosarioa (siglak y akronimoak)	**20**	Glosario (siglas y acrónimos)

Aurrekariak

SEIGARREN BIHOTZEZ ERREGISTROA (RB6). 2022ko urria – 2023ko apirila

Seigarren erregistroak STiMIA zuten 552 paziente sartu zituen sintomak hasi eta lehenengo 12 orduetan, kalitatea kontrolatzeko metodologia bera erabiliz.

Ondorio orokorrak (RB6)

- RB5ekin alderatuz, RB6an denboraren okerragotze arin bat zehaztu da, bai esku hartzeko denboretan, bai heriotza-datuetan.
- RB6 erregistroan, lehen aldiz objektibatzen da hilkortasunak (ospitalean eta 30 egunen buruan) okerrera egin duela arin.
- Sendotuta jarraitzen du angioplastia primarioak, aukerako birperfusio-prozedura gisa (% 97,2), eta are gehiago mugatzen da fibrinolisiaren erabilera (% 2,8).
- Erantzute denbora hobeak ikusten jarraitzen da, 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 badugu, nahiz eta denborak zertxobait hobetu diren RB5ekin alderatuta. Alabaina, Emergentzien bidez harremanetan jarri diren pazienteen portzentaia ere zerbait jaitsi da.
- Nahiz eta adierazle batzuen okerragotze arina izan, hobekuntza-puntuek 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

SEXTO REGISTRO BIHOTZEZ (RB6). Octubre 2022 – Abril 2023

El sexto registro incluyó a 552 pacientes con IAMCEST en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas, utilizando la misma metodología de control de calidad.

Conclusiones generales (RB6)

- Se objetiva un ligero empeoramiento en los datos del RB6, tanto en los tiempos de intervención como en los datos de mortalidad en comparación con RB5.
- En el registro RB6 se objetiva por primera vez un empeoramiento ligero en la mortalidad hospitalaria y a 30 días.
- Sigue consolidada la angioplastia primaria como el procedimiento de reperfusión de elección (97,2 %), limitándose aún más el uso de la fibrinólisis (2,8 %).
- Continúa observándose 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 tiempos más largos a pesar de una ligera mejora de los tiempos con respecto al RB5. 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.

RB6aren ondorengo ekintza nagusiak

- Herritarrak kontzientziatzeko kanpaina bat egin da, egungo emaitzak hobetzeko.
- Medikuntzako egoiliarrei MIA artatzeko osasun-prestakuntzako ikastaro sistematikoa ematea, haien prestakuntza-programaren barruan.
- Aurreko erregistroaren txostena eta Bihotzez proiektuaren laburpen bat Osakidetzaren webgune korporatiboan argitaratzea, Osakidetzako profesional guztien eskura egon daitezen.

Principales acciones tras RB6

- Elaboración de una campaña de concienciación para la población general para mejorar los actuales resultados.
- 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 (RB7)

Kasuen definizioaMetodologia (RB7)

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

Erregistratzeko prozedura

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

Eboluzionatutako pazienteen eta kodearen aktibazio faltsuen kuantifikazioa.

Metodología (RB7)

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.

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).

Cuantificación de pacientes evolucionados y activaciones falsas del código

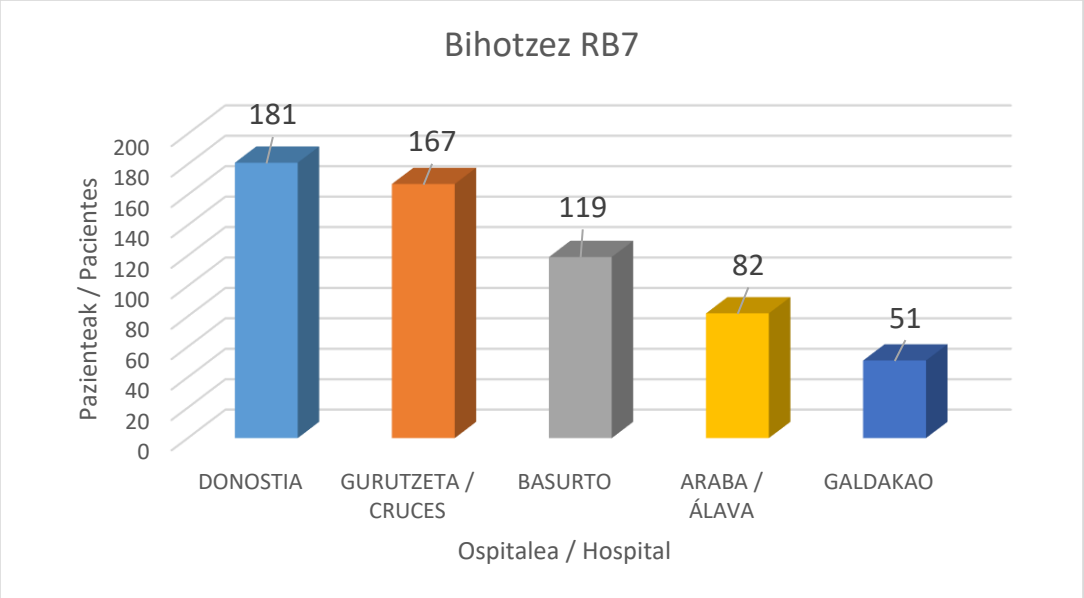
RB7ko pazienteak

600 paziente Bihotzez erregistratu dira.

Pacientes de RB7

Se han registrado un total de **600** pacientes Bihotzez.

Sexua **Sexo**	***Adin-talde*** **Grupo de edad**	**N**	**%**	***Batezbesteko adina*** **Edad media**
Gizonak **Hombres**	*75 urte edo gutxiago* 75 años o menos	359	75,2	64,5
	75 urtetik gorakoak Mayores de 75 años	92		
	Guztira **Total**	**451**		
Emakumeak **Mujeres**	*75 urte edo gutxiago* 75 años o menos	96	24,8	69,4
	75 urtetik gorakoak Mayores de 75 años	53		
	Guztira **Total**	**149**		
Bi sexuak **Ambos sexos**		**600**	100	65,7



Pazienteen aurkezpena

Pazienteek, batez ere, sintomak hasi eta lehen orduetan jarraitzen duten osasun-sistemarekin harremanetan jartzen; hala ere aurreko aldian baino azkarrago izan da oraingoan (mediana **67 minutu**; eta RB6an, 80 minutu).
Sexuaren arabera, batez bestekoa 60 minutukoa da emakumeetan eta 70 minutukoa gizonetan.

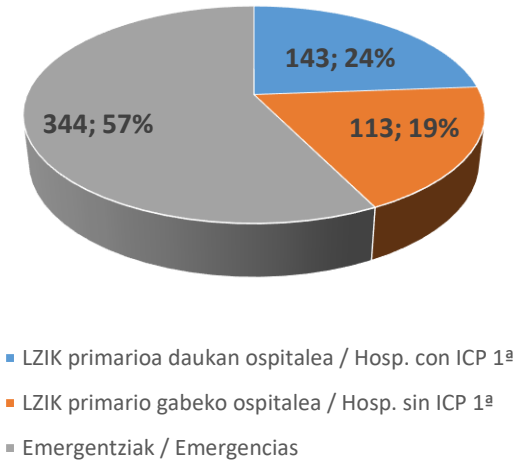
Larrialdien bidez sartzen diren pazienteen ehunekoak gora egin du (**% 57,3**, RB6an % 48 izan zen).

Presentación de los pacientes

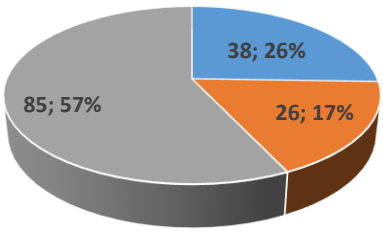
Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario fundamentalmente en las primeras horas del comienzo de los síntomas, de forma más precoz que en el periodo anterior (mediana **67 minutos**, frente a los 80 del RB6).
Por sexo, la mediana es de 60 minutos en mujeres y 70 en hombres.

Se ha incrementado el porcentaje de pacientes que acceden a través de Emergencias (**57,3 %,** frente al 48 % del RB6).

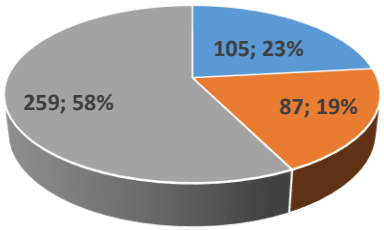
Pazienteen aurkezpena / Presentación de los pacientes
GUZTIRA / TOTAL

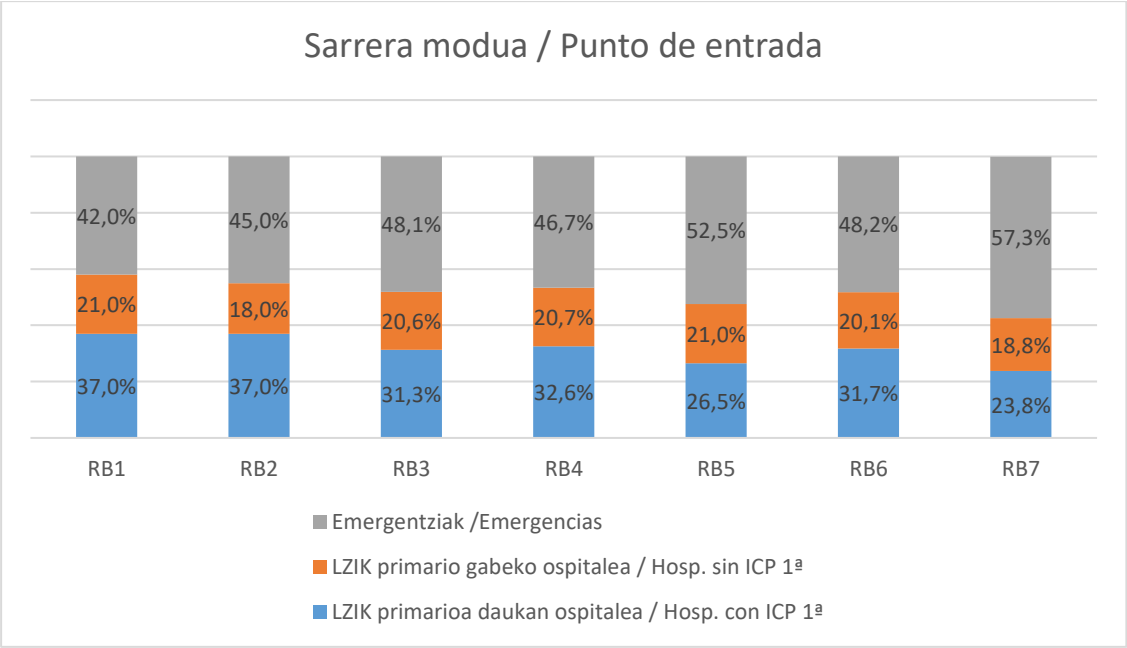


EMAKUMEAK / MUJERES



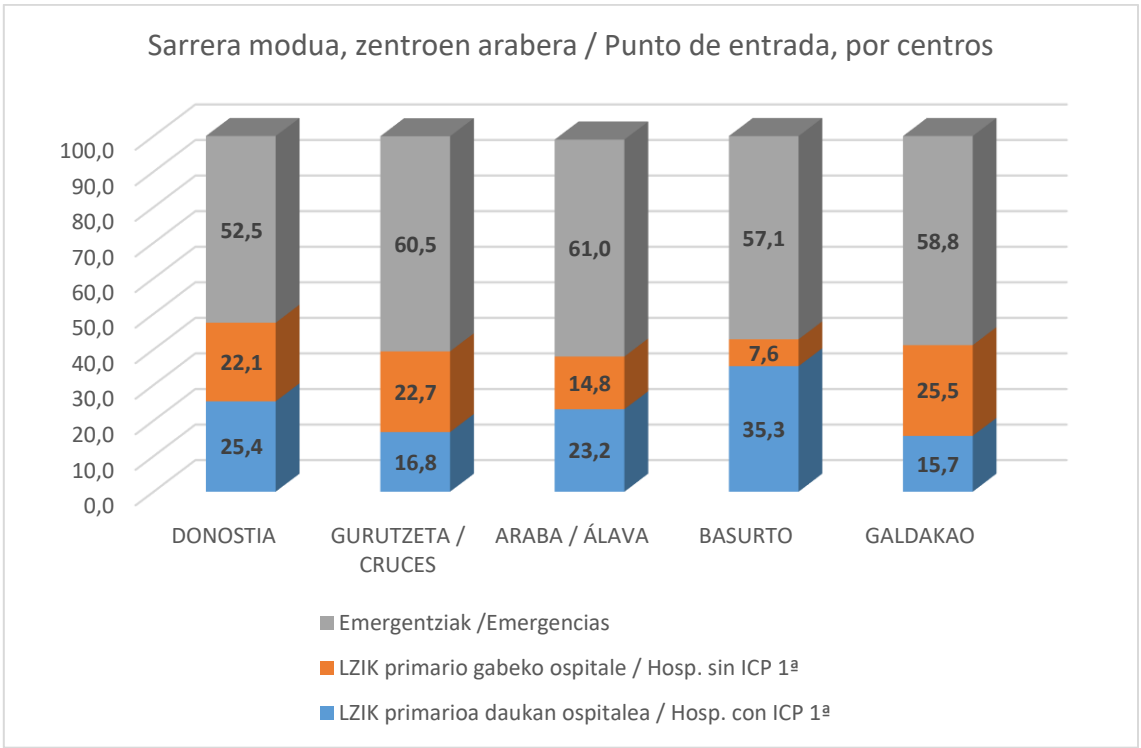
GIZONAK /HOMBRES





Zentroen arabera, zertxobait 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 **82** paziente joan ziren lehenik osasun-zentro batera (guztien % 13,7, Emergentziek garraiatutakoen % 23,8). RB6an, 69 izan ziren, guztien % 12,5 eta Emergentziakoen % 25,9.

Un total de **82** pacientes acudieron en primer lugar a un centro de salud (13,7 % del total, 23,8 % de los transportados por Emergencias). En el RB6 fueron 69, 12,5 % del total, 25,9 % de los de Emergencias.

Birbaskularizazio goiztiarra

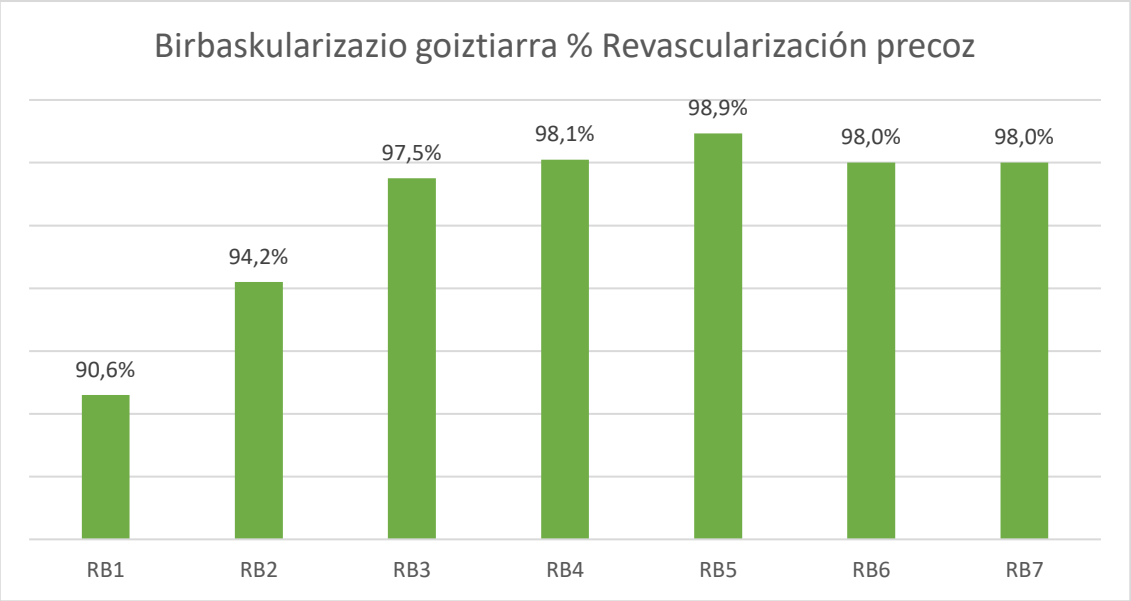
Birbaskularizazio goiztiarra **588** pazientetan egin da, hau da, kasuen **% 98,0**an.

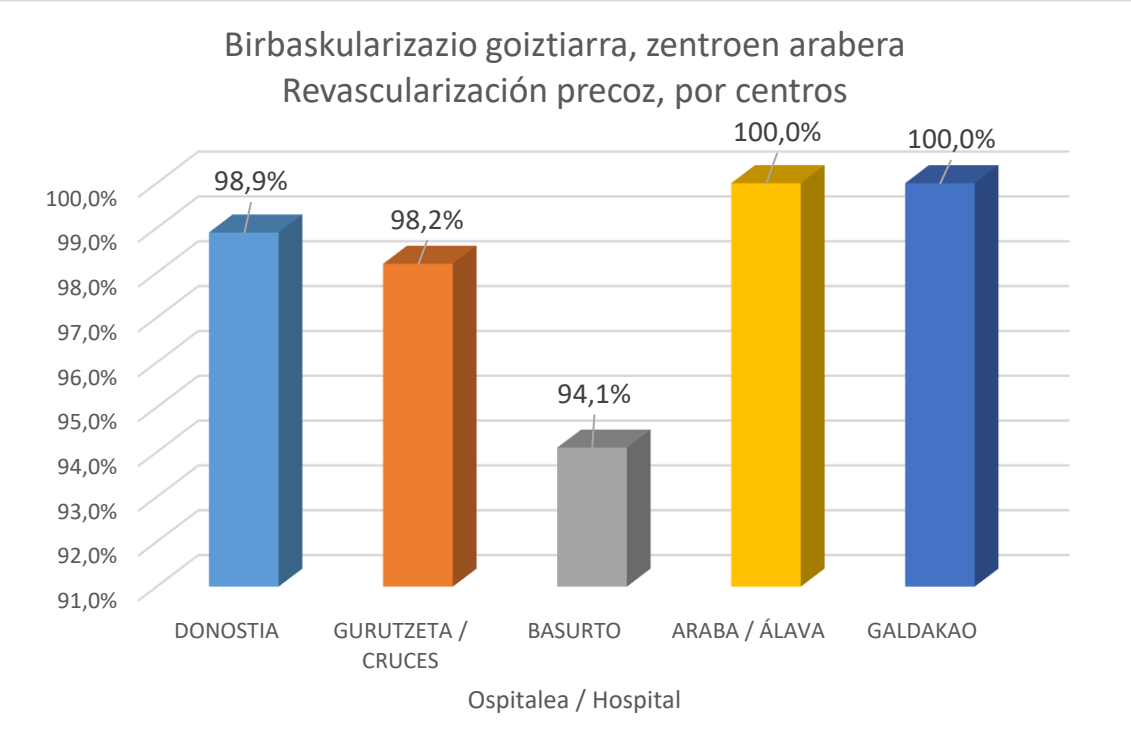
Birbaskularizatu gabeko Bihotzez pazienteek paziente guztien **% 2,0** osatzen dute.

Revascularización precoz

Se ha realizado revascularización precoz en **588** pacientes, es decir, en el **98,0 %** de los casos.

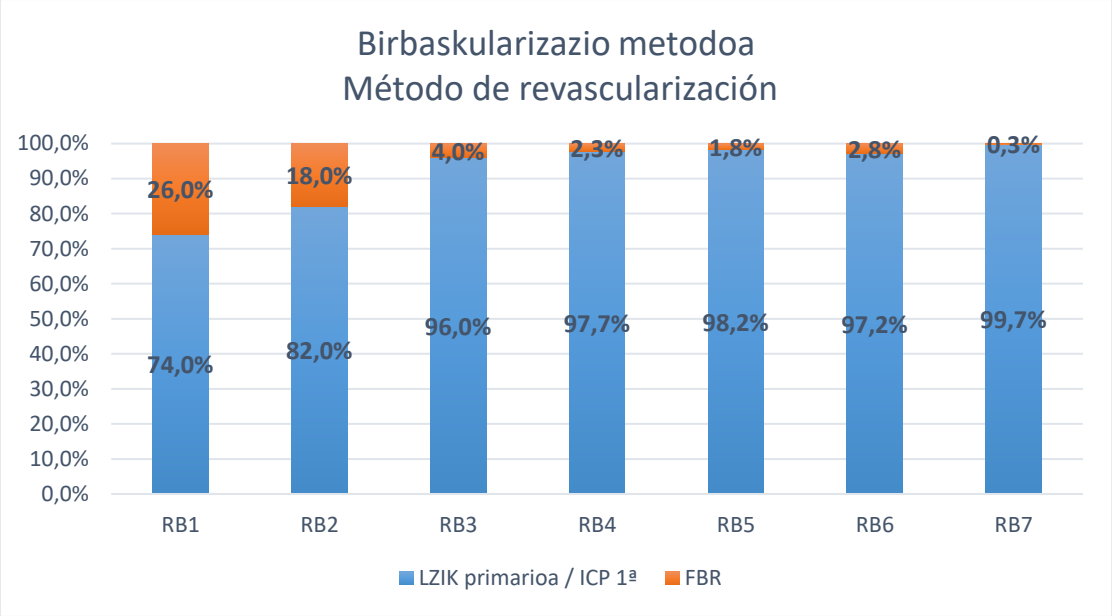
Los pacientes incluidos en Bihotzez no revascularizados representan el **2,0 %** del total de pacientes.

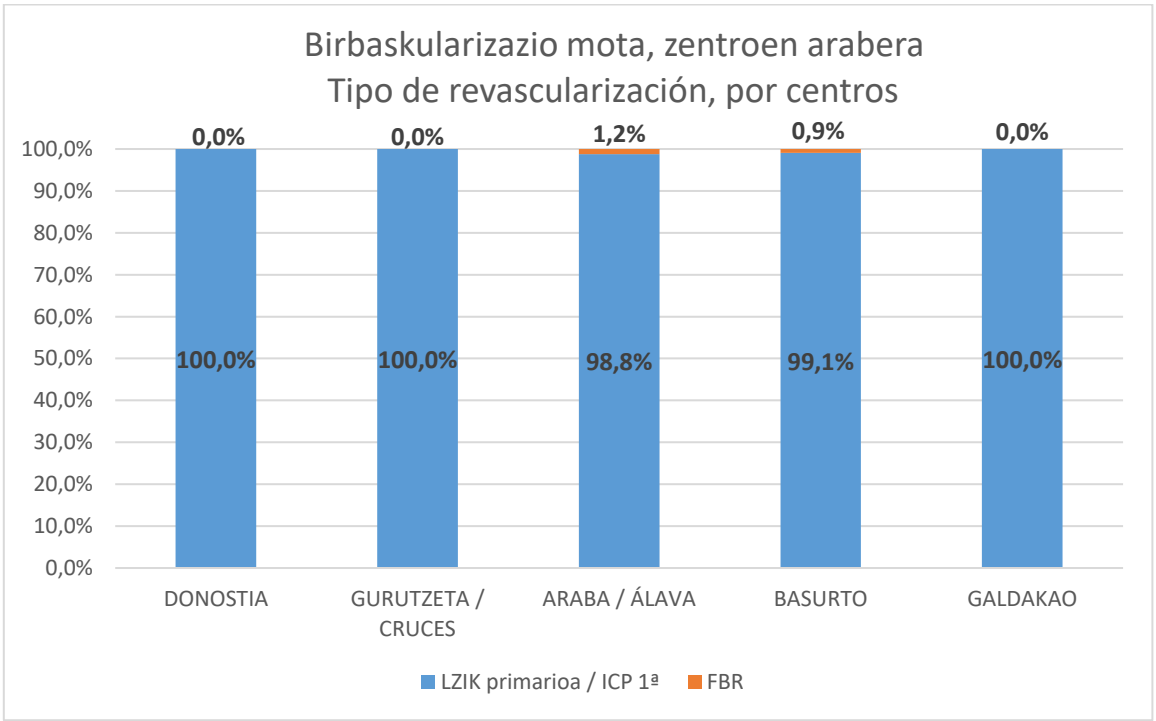




Birbaskularizazio goiztiarraren prozedurari dagokionez, kasu gehienetan angioplastia primarioaren bidez egin da (**% 99,7**); eta kasuen **% 0,3**an soilik egin da fibrinolisia (% 2,8 RB6an).

Respecto al procedimiento de revascularización, el método de elección en la mayoría de los casos es la angioplastia primaria (**99,7 %**) realizándose fibrinólisis solamente en el **0,3 %** (2,8 % en RB6) de los casos.





Infartu-kodea aktibatuta zuten **12** pazienteri ez zitzaien birbaskularizazio goiztiarrik egin lehen 24 orduetan. Arrazoiak askotarikoak izan ziren.

12 pacientes en los que se había activado el código infarto no fueron sometidos a revascularización precoz en las primeras 24 horas. Los motivos fueron variados.

Aktibazio faltsuen ehunekoa **% 4,8** izan da.

El porcentaje de falsas activaciones ha sido del **4,8 %**.

Hona hemen arrazoiak:

Los motivos han sido los siguientes:

Aktibazio faltsuak /Activaciones falsas

Arrazoia **Motivo**	**N**	**%**
STigSKA ***SCASEST***	12	23,1
Tako-Tsubo miokardiopatia **Tako-Tsubo**	6	11,5
Beste batzuk ***Otros***	5	15,4
EKG positibo faltsu **Falso positivo ECG**	5	9,6
Mioperikarditis **Miopericarditis**	2	3,8

Fibrinolisia

2 pazienteetan fibrinolisia egin da birbaskularizazio goiztiarreko prozedura gisa; gehienak LZIK primario gabeko ospitaleetan egin ziren. 2 kasutan, medikuarekin lehen harremana izandako lekuan egin zen fibrinolisia.

Lehen EKG indizearen eta fibrinolisiaren artean igarotako denboraren mediana **6,5 minutukoa** da.

Fibrinolisia egin zitzaien 2 pazienteetatik batean (%50), ondoren, LZIKadun zentroan erreskate-prozedura gauzatu zen.

Fibrinolisis

Se ha realizado fibrinólisis como procedimiento de revascularización precoz en **2** pacientes. En los 2 casos, el lugar donde se realizó la fibrinólisis fue el punto de primer contacto médico, realizado por los equipos de Emergencias.

La mediana del tiempo transcurrido entre el primer ECG y la realización de la fibrinólisis es de **6,5 minutos**.

En uno de los 2 pacientes (50 %) en los que se realizó fibrinolisis se ejecutó posteriormente procedimiento de rescate en centro con ICP.

LZIK primarioa

RB7an sartutako 600 pazienteetatik **586**ri angioplastia primarioa egin zaie, hau da, **%97,7**ri.

Paziente horien % 82,4an, gida EKG indizea egin eta lehenengo 120 minutuen barruan igaro zen, mediana 79 minutukoa izanik.

Sexuaren arabera, batez bestekoa 83,5 minutukoa da emakumeetan eta 78 minutukoa gizonetan.

ICP primaria

De los 600 pacientes incluidos en el RB7 se ha realizado angioplastia primaria a **586**, lo cual supone un **97,7 %.**

En el 82,4 % de estos pacientes el paso de guía se ha realizado dentro de los primeros 120 minutos desde el ECG índice, con una mediana de 79 minutos.

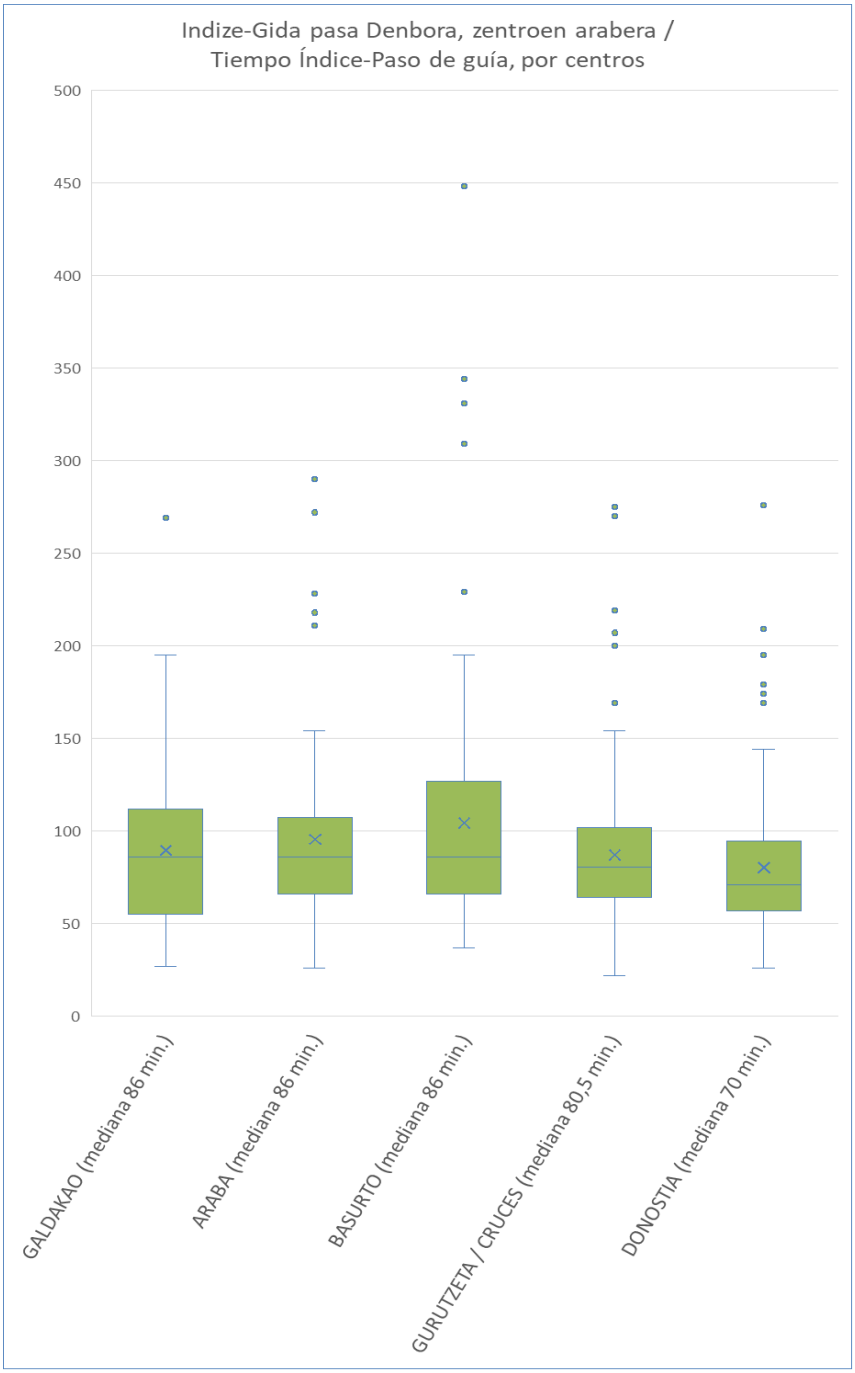
Por sexo, la mediana es de 83,5 minutos en mujeres y 78 minutos en hombres.

Bilakaera **Evolución**	***Indize-Gida pasa denbora (Mediana)*** **T-Índice-Paso de guía (Mediana)**
RB1	110
RB2	91
RB3	88
RB4	81
RB5	83
RB6	83
RB7	79 (83,5 en mujeres y 78 en hombres)

Zentroetan, medianak hauek dira:

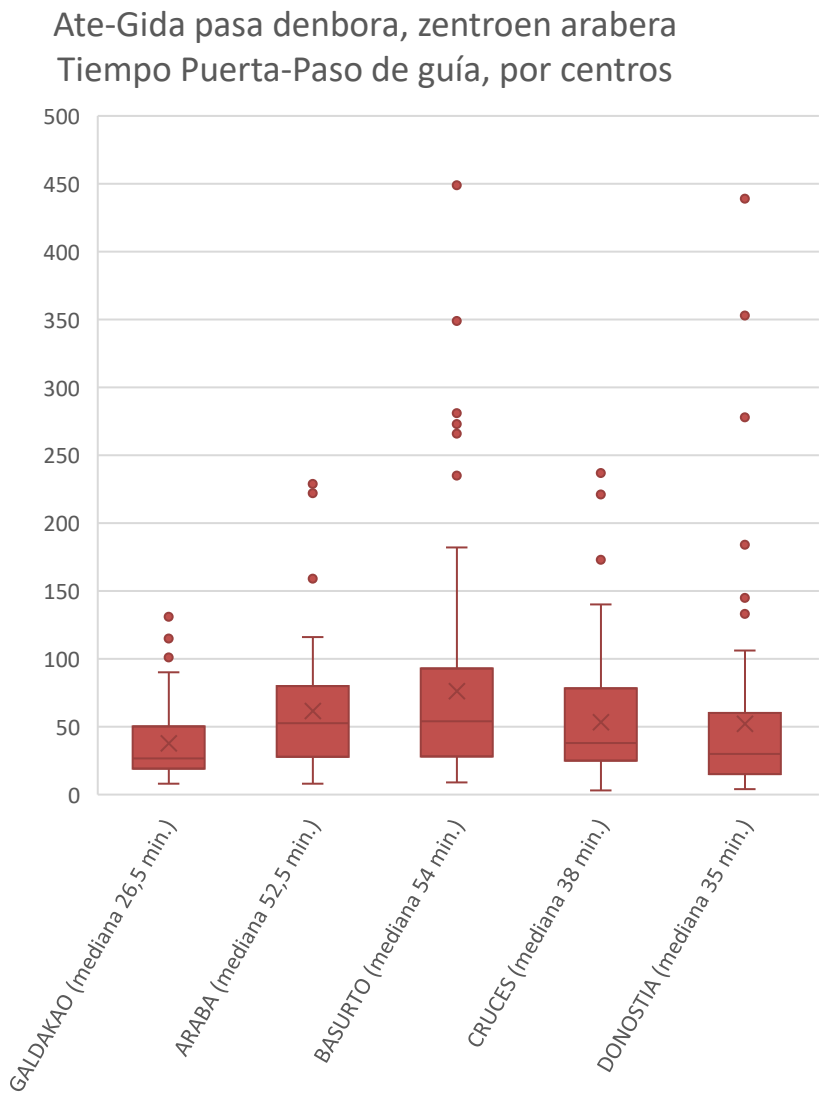
Por centros, las medianas son las siguientes:

ZENTROA / **CENTRO**	***Indize-Gida pasa denbora (Mediana)*** **T-Índice-Paso de guía (Mediana)**		
	MUJERES / EMAKUMEAK	HOMBRES / GIZONAK	BI SEXUAK / AMBOS SEXOS
GALDAKAO	95	75	86
ARABA	85	87	86
BASURTO	90	84,5	86
GURUTZETA / CRUCES	75	81	80,5
DONOSTIA	81	66	70



Bilakaera Evolución	*Ate-Gida pasa denbora (Mediana)* T-Puerta-Paso de guía (Mediana)
RB1	70
RB2	58
RB3	50
RB4	43
RB5	46
RB6	50
RB7	41 (44,5 en mujeres y 40 en hombres)

ZENTROA / CENTRO	*Ate-Gida pasa denbora (Mediana)* T-Puerta-Paso de guía (Mediana)		
	MUJERES / EMAKUMEAK	HOMBRES / GIZONAK	BI SEXUAK / AMBOS SEXOS
GALDAKAO	27	25	26,5
ARABA	46	53	52,5
BASURTO	69	48	54
GURUTZETA / CRUCES	35,5	38	38
DONOSTIA	33	35	35



Biziraupena

Aurreko erregistro-ebaketarekin alderatuta (RB6), hilkortasunak gora egin du arin (ospitalean eta 30 egunen buruan: % 0,8; eta % 0,2, hurrenez hurren). Ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza izandako programako pazienteen hilkortasuna 30 egunen buruan **% 40koa** da.

Ospitale barruko hilkortasuna eta 30 eguneko hilkortasuna ezberdinak dira sexuaren arabera, ondorengo taulan ikus daitekeen bezala:

Supervivencia

Respecto al corte anterior (RB6), la mortalidad ha ascendido ligeramente (intrahospitalaria y a 30 días, con ascensos absolutos de 0,8 % y 0,2 %; respectivamente). La mortalidad a 30 días de los pacientes que entran en el programa tras haber presentado muerte súbita extrahospitalaria es del **40 %**.

Tanto la mortalidad intrahospitalaria como la mortalidad a 30 días difieren según sexo, tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

Ospitale hilkortasuna **Mortalidad hospitalaria**	7,3 %	Emakumeak/ Mujeres	10,7 %
		Gizonak / Hombres	6,2 %
Heriotza-tasa 30 egunen buruan **Mortalidad a 30 días**	7,7 %	Emakumeak/ Mujeres	11,4 %
		Gizonak / Hombres	6,4 %
LZIK priomarioarekin 30 eguneko hilkortasuna **Con ICP1ª**	6,8 %		
Fibrinolisirekin **Con Fibrinolisis**	100,0 %		
Ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza **Muerte súbita extrahospitalaria**	40,0 %		

Osp. / Hosp.	BASURTO	GUR/CRUCES	DONOSTIA	GALDAKAO	ARABA/ÁLAVA	GUZ/TOTAL
BIHOTZEZ	119	167	181	51	82	600
30 egun. hilkortasuna **Mortalidad 30 días**	14	11	15	1	5	46
%	11,8	6,6	8,3	1,9	6,1	7,7

Bihotzez pazienteen eta infartu eboluzionatuak dituzten “Ez Bihotzez” pazienteen hilkortasuna batera aztertu da; azken hori 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 superior.

Talde / Grupo	***30 eguneko hildakoak*** **Fallecidos/as a los 30 días**	***30 eguneko bizirik*** **Vivos/as a los 30 días**	Guztira / Total
BIHOTZEZ	46 (7,7 %)	554 (92,3 %)	600
NO BIHOTZEZ ***Eboluz. MIA > 24 o.*** **IAM evoluc. > 24 h.**	4 (10,8 %)	33 (89,1 %)	37
Guztira / Total	50	587	637

Ospitaleratze datuak

Arritmia bentrikularren intzidentzia areagotu egiten da, baita shock kardiogenikoarena ere. Bestalde, Iktusaren intzidentzia zertxobait jaitsi da. Birbaskularizazio osoa egin zaien pazienteen proportzioa handitu egin da arin. Birbaskularizazio-prozedura kirurgikoen erabilerak behera egin du.

Datos de ingreso

Aumenta la incidencia de las arritmias ventriculares, también ligeramente la del del shock cardiogénico. La incidencia de ictus desciende ligeramente. La proporción de pacientes a quienes se realiza revascularización completa aumenta levemente. La utilización de procedimientos quirúrgicos de revascularización ha disminuido.

Ospitaleratze datuak Datos de ingreso	
Aurreko MIA IAM anterior	39,8 %
Killip IV Killip IV	13,0 %
Arritmia bentrikularrak Arritmias ventriculares	10,8 %
GHI ACV	0,5 %
Birbask. osoa Rev. completa	86,5 %
Birbask. kirurgikoa Rev. quirúrgica	1,2 %

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.

RB7	Emergentziak	LZIK 1ª gabeko osp. / Hosp. sin ICP 1ª	LZIK 1ª duen osp. / Hosp. con ICP 1ª
AKAT / ACTP	97,7 %	97,3 %	97,9 %
TRB	0,6 %	0,0 %	0,0 %
Ez birbask. / No revasc.	1,7 %	2,7 %	2,1 %
EKG-Gida pasa mediana / Mediana ECG-paso de guía	**77**	**102**	**71,5**

Azkenik, DIDO denboraren mediana ("Door In – Door Out Time": paziente bat LZIK egiteko gaitasunik gabeko ospitale batera iristen denetik lekualdatzen den arte igarotzen den denbora) **69,5 minutukoa** da (Q1=47, Q3=106). 30 minutuko helburutik urrun jarraitzen du. Gainera, pixka bat igo da, RB6an 68 minutukoa izan baitzen (Q1 = 52, Q3 = 100).

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 **69,5 minutos** (Q1=47, Q3=106). Sigue lejos del objetivo de 30 minutos, además de haber subido ligeramente, ya que en RB6 fue de 68 minutos (Q1=52, Q3=100).

Laburpena eta ondorio nagusiak (RB7)

Oro har, azken RB Erregistroan ikusitako datuen hobekuntza bat objektibatzen da, esku hartzeko denbora hobeekin. Hala ere, horrek ez du esan nahi hilkortasunari buruzko datuak hobetu direnik, datu horiek zertxobait igo baitira.

- Angioplastia primarioaren erabilera, birperfusio goiztiarreko prozedura gisa, hautatzeko metodoa izaten jarraitzen du (% 99,7; RB6an % 97,2), fibrinolisia lekukoki erabiliz (% 0,3).
- Pazienteek sintomak hasi eta lehen orduetan osasun-sistemarekin harremanetan jartzen jarraitzen dute (67 minutuko mediana; 80 minutuko mediana RB6an). Horrek hobekuntza txiki bat dakar aldez aurreko erregistroekin alderatuta.
- Osasun-sistemarako sarbide-puntu gisa Emergentziak erabiltzen dituzten pazienteen proportzioak pixka bat gora egin duela ikus daiteke (% 57,3; RB6an % 48,2), eta hori, aurreko puntuan aurkeztutako datuekin batera, biztanleria-mailan egindako publizitate-kanpainaren ondorioa izan daiteke.
- Birbaskularizazio goiztiarraren tasak jaitsiera arin bat izan du, baina altua izaten jarraitzen du (% 98,0).
- Fibrinolisia 2 pazientetan bakarrik erabili da, biak lehen kontaktu medikoan. LZIKaren erreskate-beharra kasuen % 50ean gertatu zen.
- Angioplastia primarioari lotutako denboretan hobekuntza txiki bat ikusten da, arteria lehen kontaktu medikoa izan zenetik 120 minutu baino gutxiagoan irekita duten pazienteen ehunekoa apur bat handituz (% 82,4; RB6an % 78,4): EKG indize-gida igaro mediana 79 minutukoa da (RB6an 83 minutu) eta ate-gida igaro mediana 41 minutukoa da (RB6an 50 minutu).

Resumen y principales conclusiones (RB7)

En general, se objetiva una mejoría de los datos observados en el último Registro RB, con mejores tiempos de intervención. Sin embargo, esto no se traduce en una mejora en los datos de mortalidad, los cuales presentan un ligero aumento.

- El uso de la angioplastia primaria como procedimiento de reperfusión precoz continúa siendo el método de elección (99,7 %; RB6 97,2 %), con un uso testimonial de la fibrinólisis (0,3 %).
- Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario en las primeras horas del comienzo de los síntomas (mediana 67 minutos; en RB6 mediana 80 minutos), lo que supone una ligera mejora con respecto a registros previos.
- Se observa un ligero aumento de la proporción de pacientes que utiliza Emergencias como punto de acceso al sistema sanitario (57,3 %; en RB6 48,2 %), lo que junto a los datos presentados en el punto anterior puede ser consecuencia de la campaña publicitaria a nivel poblacional llevada a cabo.
- La tasa de revascularización precoz se mantiene en cifras previas y continúa siendo alta (98,0 %).
- La fibrinólisis se ha empleado únicamente en 2 pacientes, ambos en el primer contacto médico. La necesidad de ICP de rescate fue en el 50 % de los casos.
- Se objetiva una ligera mejoría en 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 (82,4 %; en RB6 78,4 %): mediana ECG índice-paso de guía 79 minutos (en RB6 83 minutos) y puerta-paso de guía 41 minutos (50 minutos en RB6).

- Interbentzio-denboren hobekuntza gorabehera, okerrera egin da ospitaleetako hilkortasunean (% 7,3; RB6an % 6,5) eta 30 egunerakoetan (% 7,7; RB6an % 7,5), % 0,8ko eta % 0,2ko hazkunde absolutuekin, hurrenez hurren, RB6ko datuekin alderatuta. Ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza duten pazienteen hilkortasunaren gorakada ere ikusten da (% 40; RB6an % 31,4), eta oraindik ere handia da. 24 ordutik gorako bilakaerako MIA duten pazienteen hilkortasuna % 10, 8koa da (RB6an % 14,3) 30 egunera.

- A pesar de la mejoría en los tiempos de intervención, se objetiva empeoramiento en la mortalidad hospitalaria (7,3 %; en RB6 6,5 %) y a 30 días (7,7 %; en RB6 7,5 %), con aumentos absolutos del 0,8 % y del 0,2 % respectivamente en comparación con los datos del RB6. También se objetiva un aumento de la mortalidad en los pacientes con muerte súbita extrahospitalaria (40 %; en RB6 31,4 %) que continúa siendo elevada. La mortalidad de los pacientes con IAM evolucionados de más de 24 horas es del 10, 8 % (en RB6 14,3 %) a 30 días.

- Konplikazio garrantzitsuenen intzidentzia pixka bat aldatu egin da (fibrilazio bentrikularra eta shock kardiogenikoa: % 10,8 eta % 13; RB6an % 7,6 eta % 12,4 hurrenez hurren). Iktusaren intzidentzia % 0,5era jaitsi da pixka bat (RB6an % 0,7) eta birbaskularizazio kirurgikoaren premia ere zertxobait jaitsi da (% 1,2; RB6an % 1,5). Birbaskularizazio koronarioaren tasak gora egiten jarraitzen du ospitaleratzean (% 86,5; RB6an % 85,7).

- Ha variado ligeramente la incidencia de algunas de las complicaciones más importantes (fibrilación ventricular y shock cardiogénico: 10,8 % y 13 %; en RB6 7,6 % y 12,4 % respectivamente). La incidencia de ictus ha disminuido ligeramente a 0,5 % (RB6 0,7 %) y la necesidad de revascularización quirúrgica disminuye también ligeramente (1,2 %; en RB6 1,5 %). La tasa de revascularización coronaria durante el ingreso continúa aumentando (86,5 %; en RB6 85,7 %).

- Erantzun-denbora onenak osasun-sistemarako sarbidea LZIK primariodun ospitaleen bidez izandakoan lortzen jarraitzen dela ikusi da (EKG-gida igarotzearen arteko denboraren mediana 71,5 minutu; RB6an 76 minutu), Emergentzien bidez egindakoen kaltetan (EKG-gida igarotzearen arteko denboraren mediana 77 minutu; RB6an 83 minutu). LZIK primario gabeko ospitaleen erantzun denborak mantentzen dira: EKG-gida igarotzearen arteko denboraren mediana 102 minutu (RB6an 103 minutu) eta DIDO ("Door In – Door Out") 69,5 minututan mantendu da (RB6an 68 minutu).

- 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 71,5 minutos; en RB6 76 minutos) en detrimento del acceso por Emergencias (tiempo ECG-paso de guía mediana 77 minutos; en RB5 83 minutos), con tiempos de respuesta de los hospitales sin ICP primaria mantenidos: tiempo ECG-paso de guía mediana 102 minutos (en RB6 103 minutos) y DIDO ("Door In – Door Out") en 69,5 minutos (RB6 68 minutos)

- Alde esanguratsuak aurkitu dira sexuaren arabera, bai ospitaleko hilkortasunean, bai 30 eguneko hilkortasunean, 60 urtetik beherakoen taldean. Alde horiek arrisku-faktore batzuen arabera doitu ondoren agertzen dira (HTA eta DM2), nahiz eta talde horretako heriotza-kopurua txikia izan (9, % 4,3).

- Se han encontrado diferencias significativas según el sexo, tanto en la mortalidad hospitalaria como en la mortalidad a los 30 días, en el grupo de menores de 60 años. Estas diferencias aparecen tras ajustar por ciertos factores de riesgo (HTA y DM2), si bien el número de fallecimientos en este grupo es bajo (9, un 4,3%).

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)
RB7: Zazpigarren Bihotzez erregistro-ebaketa (2024ko urria – 2025eko apirila)
GNS-9-AK: Gaixotasun Nazioarteko Sailkapena, 9. edizio, Aldaketa Klinikoa
GNS-10-ES: Gaixotasun Nazioarteko Sailkapena, 10. edizio, Aldaketa Klinikoa (Espainako bertsioa)

DIDO: "Door In - Door Out Time"
Q1: Lehenengo kuartila
Q3: Hirugarren kuartila
LKM: Lehen Kontaktu Medikoa
LZIK: Larruazalean zeharreko Interbentzio Koronarioa
FBR: Fibrinolisi
EKG: Elektrokardiograma
FB: Fibrilazio Bentrikular
FB/TB: Fibrilazio Bentrikular / Takikardia Bentrikularra
MIA: Miokardioko Infartu Akutua
STiMIA: ST segmentuaren igoerarekin Miokardioko Infartu Akutua
OIZ: Osasun Informazio Zerbitzua
DGOM: Datuen Gutxieneko Oinarrizko Multzoa
AOU: Arabako Ospitale Unibertsitarioa
AKAT: Azalean zeharreko Koronarioetako Angioplastia Transluminala
STigSKA: ST segmentuaren igoerarik gabeko Sindrome Koronario Akutua

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)
RB7: Séptimo corte del Registro Bihotzez (Octubre 2024 – Abril 2025)
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
IAMceST: Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST
SIS: Servicio de Información Sanitaria
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
HUA: Hospital Universitario de Álava
ACTP: Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea
SCASEST: Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST