

Osakidetza

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

STIMIAAREN BEREHALAKO ARRETA HOBETUZ

MEJORANDO LA ATENCIÓN INMEDIATA AL IAMCEST

Abel Andrés, Roberto Blanco, Angel Castañeda, Luis Javier Echevarría, Irene Elizondo, Koldobika García, Susana Gómez, Karlos Ibarguren, Jon Letona, Pedro Morrondo, Cristina Oria, Idoia Revilla, Rosana Rivas, Ainhoa Rubio¸ José Ramón Rumoroso, Mario Sadaba, Miren Tellería, Alfonso Torres, Jessica Vaquero, Pilar Vazquez

RB5 BIHOTZEZ

BIHOTZEZ bostgarren erregistroaren (RB5) emaitzaren laburpena: 2020ko urria – 2021ko apirila

Resumen del resultado del quinto registro BIHOTZEZ (RB5): octubre 2020 – abril 2021

Aurkibidea	Orr. / Pág.	Índice
Aurrekariak	3	Antecedentes
Metodologia	4	Metodología
RB5eko pazienteak	5	Pacientes de RB5
Pazienteen aurkezpena	6	Presentación de los pacientes
Birbaskularizazio primarioa	8	Revascularización primaria
Fibrinolisi	11	Fibrinolisis
LEK primarioa	11	ICP primaria
Biziraupen	14	Supervivencia
Ospitaleratze datuak	15	Datos de ingreso
Ibilbidearen eragina	15	Influencia del itinerario
Laburpena eta ondorio nagusiak	17	Resumen y principales conclusiones
Glosarioa (siglak y akronimoak)	19	Glosario (siglas y acrónimos)
Bibliografia	20	Bibliografía

Aurrekariak

BIHOTZEZ LAUGARREN ERREGISTROA (RB4). 2018ko urria – 2019ko apirila

Laugarren erregistroak STiMIA zuten 531 paziente sartu zituen sintomak hasi eta lehenengo 12 orduetan, kalitatea kontrolatzeko metodologia bera erabiliz.

Ondorio orokorrak (RB4)

- RB4ren adierazleak hobetzen jarraitzen dute RB3rekiko.
- RB4 erregistroan, 30 eta 180 eguneko hilkortasunaren hobekuntza progresiboa objektibatzen da, RB3n jadanik hasita.
- Angioplastia primarioa lehen aukerako birperfusio-metodo gisa mantentzen da, birperfusio-praktiketan gutxieneko heterogenizitatearekin. Fibrinolisia salbuespenezko egoeretara murriztu da, edo LEK gabeko ospitaleetatik datozen pazienteen pisu handiagoko zentroetan.
- Osasun-sistemarekin Emergentzien bidez harremanetan jartzen diren pazienteen artean emaitza hobeak ikusten jarraitzen da, batez ere LEK gabeko ospitaleetako larrialdi-zerbitzuen bidez harremanetan jartzen diren pazienteekin alderatuz gero. Hala ere, larrialdiekin harremanetan jartzen diren pazienteen ehunekoa egonkor mantendu da erregistro guztietan.
- Adierazleek hobera egin duten arren, hobekuntza-puntuek berdinak izaten jarraitzen dute: Emergentzien bidez harremanetan jartzen diren pazienteen proportzio txikia, LEK duten ospitaleetako ospitale barruko denborak eta LEK gabeko ospitaleetatik osasun-sisteman sartzen diren pazienteen denbora orokorra.

Antecedentes

CUARTO REGISTRO BIHOTZEZ (RB4). Octubre 2018 – Abril 2019

El cuarto registro incluyó a 531 pacientes con IAMCEST en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas, utilizando la misma metodología de control de calidad.

Conclusiones generales (RB4)

- Continúa la mejora en los indicadores del RB4 respecto al RB3.
- En el registro RB4 se objetiva la mejoría progresiva en la mortalidad a 30 y 180 días ya iniciada en el RB3.
- Se mantiene la angioplastia primaria como método de reperfusión de primera elección, con mínima heterogenicidad en las prácticas de reperfusión. La fibrinólisis ha quedado reducida a situaciones excepcionales o en centros con mayor peso de pacientes procedentes de hospitales sin ICP.
- Se continúa observando mejor resultado en los pacientes que contactan con el sistema sanitario a través de Emergencias, especialmente si se compara con los pacientes que contactan a través de los Servicios de Urgencias de los hospitales sin ICP. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que contactan con Emergencias se ha mantenido estable a lo largo de todos los registros.
- A pesar de la mejoría en los 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.

RB4ren ondorengo ekintza nagusiak

- Biztanleria orokorrarentzako kontzientziazio-kanpaina bat eta emakumeen lantalde espezifiko bat egitea, egungo emaitzak hobetzeko, batez ere emakumeen kasuan.
- MIA artatzeko osasun-prestakuntzako ikastaro bat egitea eta ematea MIA artatzen diharduten osasun-profesionalentzat.
- Medikuntzako egoiliarrei MIA artatzeko osasun-prestakuntzako ikastaroa 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 RB4

- 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.
- Elaboración e impartición de un curso de formación sanitaria en atención al IAM para profesionales sanitarios involucrados en la asistencia al IAM.
- Impartición 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 (RB5)

Kasuen definizioa

Miokardio-infartu baten berehalako fasean dauden pazienteak, ST igoera edo baliokidea dutenak eta osasun-sistemarekin edozein baliabideren bidez kontaktuan egon direnak eta berehalako birperfusio-tratamendurako hautagarriak izan daitezkeenak; hau da, sistemarekin duten kontaktua, ustez, oklusio koronarioaren lehenengo 12-24 orduetan izango da.

Erregistratzeko prozedura

1. Kasuen berehalako adierazpena (Hemodinamika / Unitate koronarioa)
2. Datu-basearen edukia betetzea (zentroko arduradunak, administrazio-laguntzarekin)

Metodología (RB5)

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. Erregistroan sartutako pazienteen informazioaren kalitate-kontrola (Bihotzez Bulegoa). Emergentzietako informazioarekin erkatzea.

4. Galdutako datuak bilatzea (Bihotzez Bulegoa), honako hauetatik abiatuta:

- Ospitaleetako MIA gisa kodetutako alten zerrenda (GNS-10-ES kodifikazio sistema erabilita).
- Larrialdietan hildakoen zerrenda

5. Aurreko puntuan lortutako informazioa baliozkotzea. Eboluzionatutako pazienteen eta kodearen aktibazio faltsuen kuantifikazioa.

3. Control de calidad de la información de pacientes ingresados en el registro (Oficina Bihotzez). Cotejo con la información procedente de Emergentziak.

4. Búsqueda de datos perdidos (Oficina Bihotzez) a partir de:

- Listado de altas hospitalarias codificadas como IAM (sistema de codificación CIE-10-ES)
- Listado de fallecidos en Urgencias

5. Validación de la información obtenida en el punto anterior. Cuantificación de pacientes evolucionados y activaciones falsas del código.

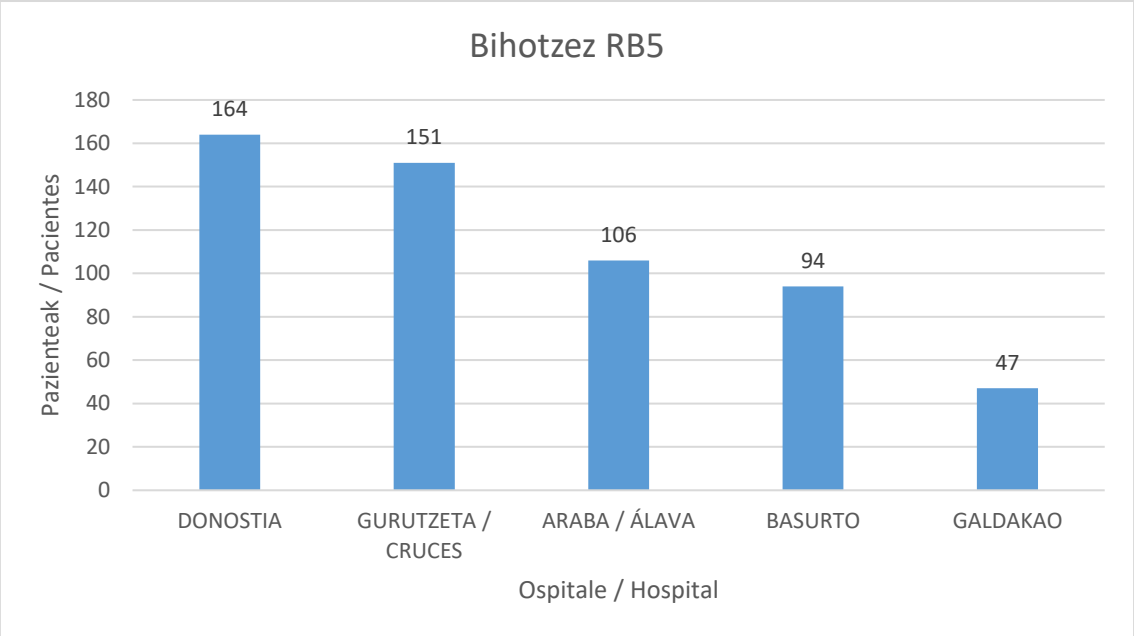
RB5eko pazienteak

562 paziente Bihotzez erregistratu dira, 12 eta 24 ordu bitarteko IAM eboluzionatua duten 8 pazienterekin batera.

Pacientes de RB5

Se han registrado un total de 562 pacientes Bihotzez, junto con 8 pacientes con IAM evolucionado de 12 a 24 horas.

Sexua **Sexo**	***Adin-talde*** **Grupo de edad**	**N**	**%**	***Batezbesteko adina*** **Edad media**
Gizonak **Hombres**	*75 urte edo gutxiago* 75 años o menos	372		
	75 urtetik gorakoak Mayores de 75 años	70		
	Guztira Total	442	77,5	61,6
Emakumeak **Mujeres**	*75 urte edo gutxiago* 75 años o menos	82		
	75 urtetik gorakoak Mayores de 75 años	46		
	Guztira Total	128	22,5	70,2
Bi sexuak **Ambos sexos**		570	100	63,5

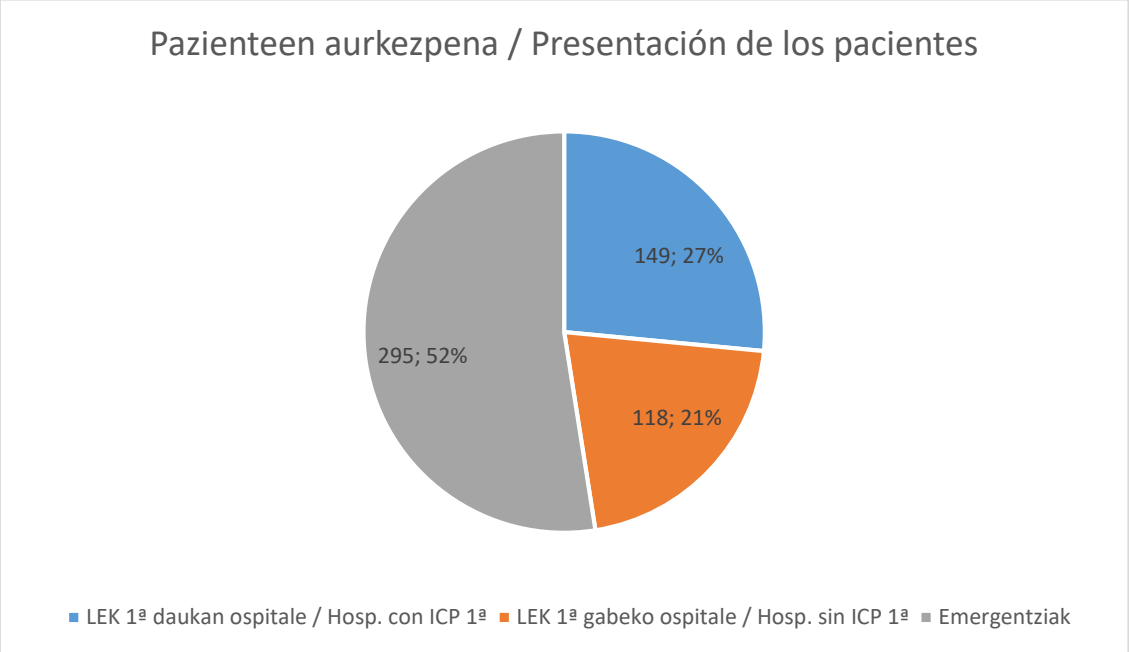


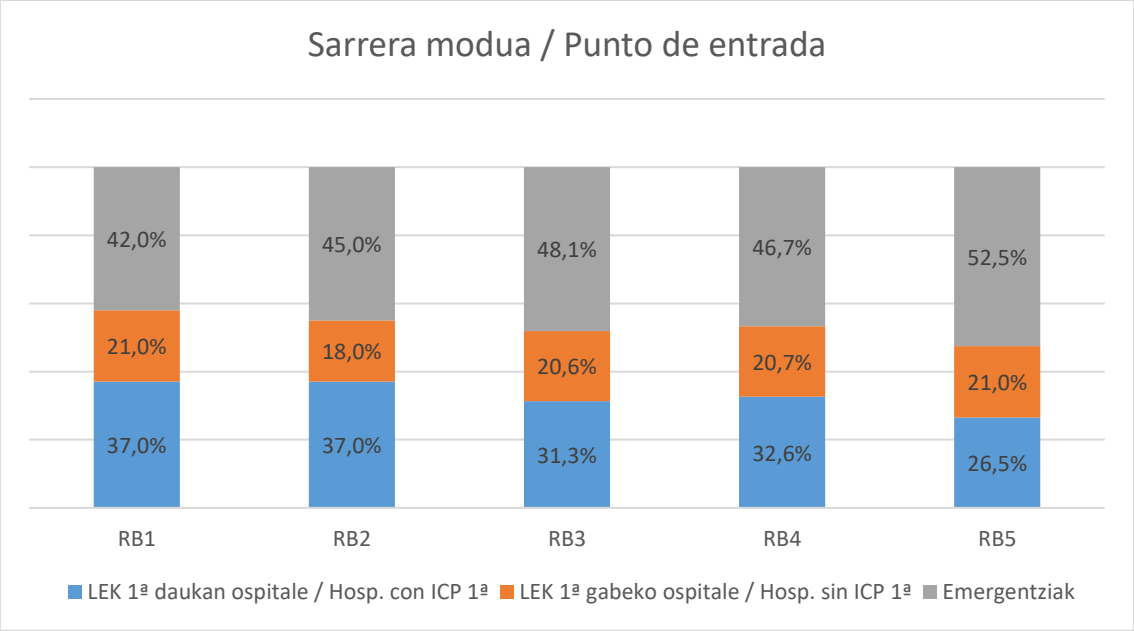
Pazienteen aurkezpena

Pazienteek osasun-sistemarekin harremanetan jartzen jarraitzen dute, batez ere sintomak hasten diren lehen orduetan, baina aurreko aldietan baino beranduxeago (mediana 86 minutu; eta RB4, 74 minutu). Erdiek baino gehiagok larrialdien bidez egiten dute. Aktibazio faltsuen ehunekoa % 5,2 izan da.

Presentación de los pacientes

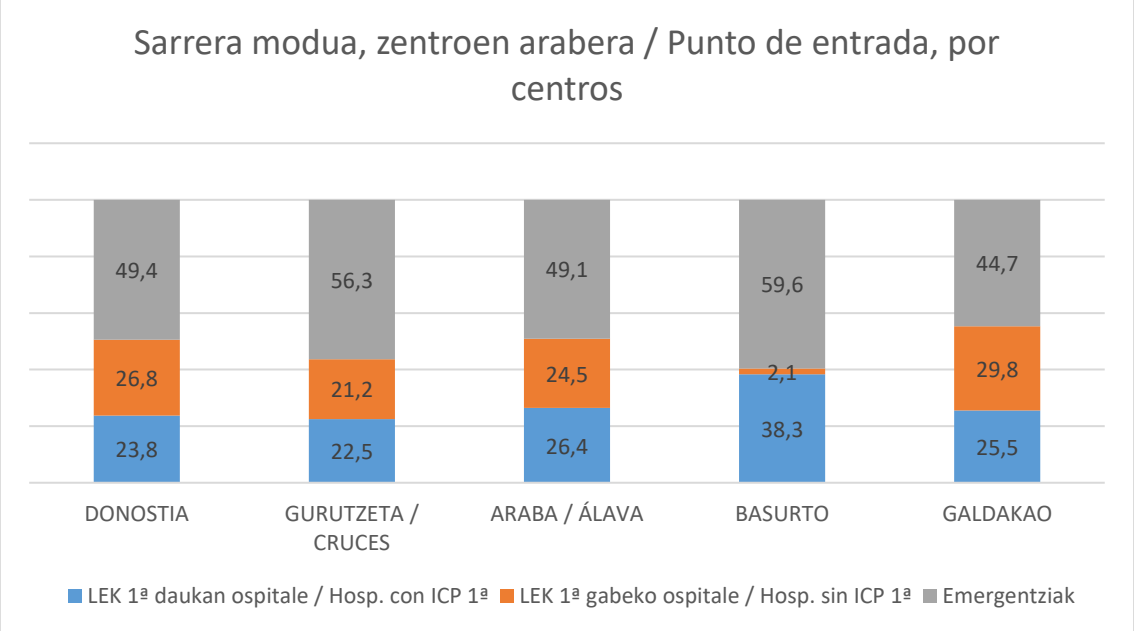
Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario fundamentalmente en las primeras horas del comienzo de los síntomas, aunque de forma algo más tardía que en periodos anteriores (mediana 86 minutos, frente a los 74 del RB4). Más de la mitad lo hacen a través de Emergencias.
El porcentaje de falsas activaciones ha sido del 5,2%.





Bide desberdinetatik kontaktuan jartzen diren pazienteen proportzioa pixka bat desberdina da zentroen artean.

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



67 paziente joan ziren lehenik osasun-zentro batera (guztien % 12, Emergentziek garraiatutakoen % 25). RB4an, 62 izan ziren, guztien % 12, Emergentziakoen % 25.

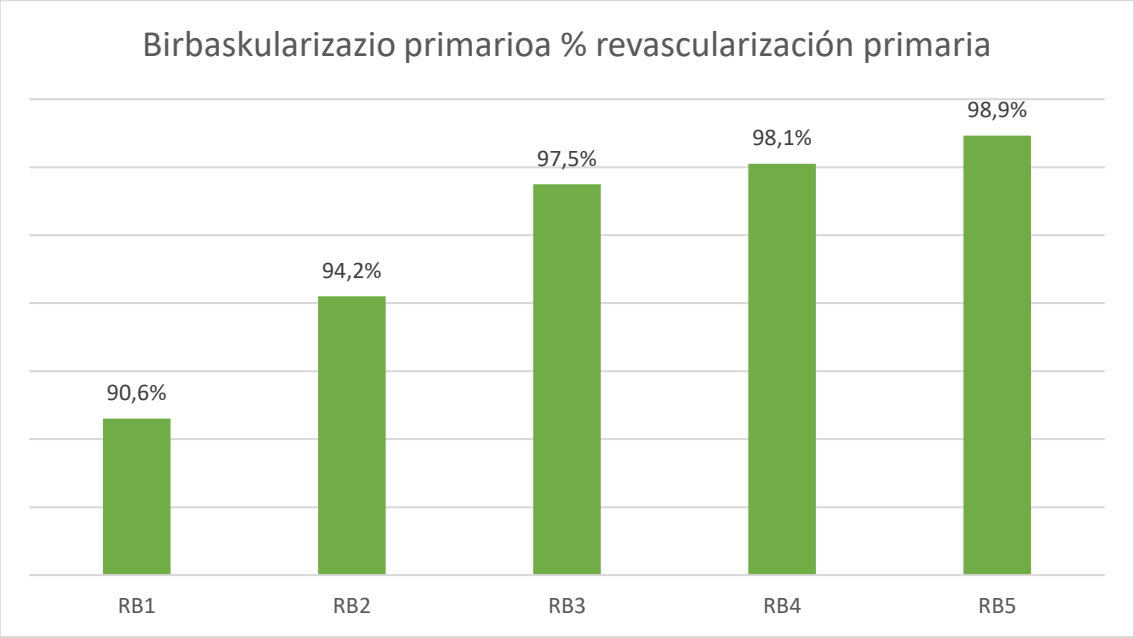
Un total de 67 pacientes acudieron en primer lugar a un centro de salud (12% del total, 29% de los transportados por Emergencias). En el RB4 fueron 62, 12% del total, 25% de los de Emergencias.

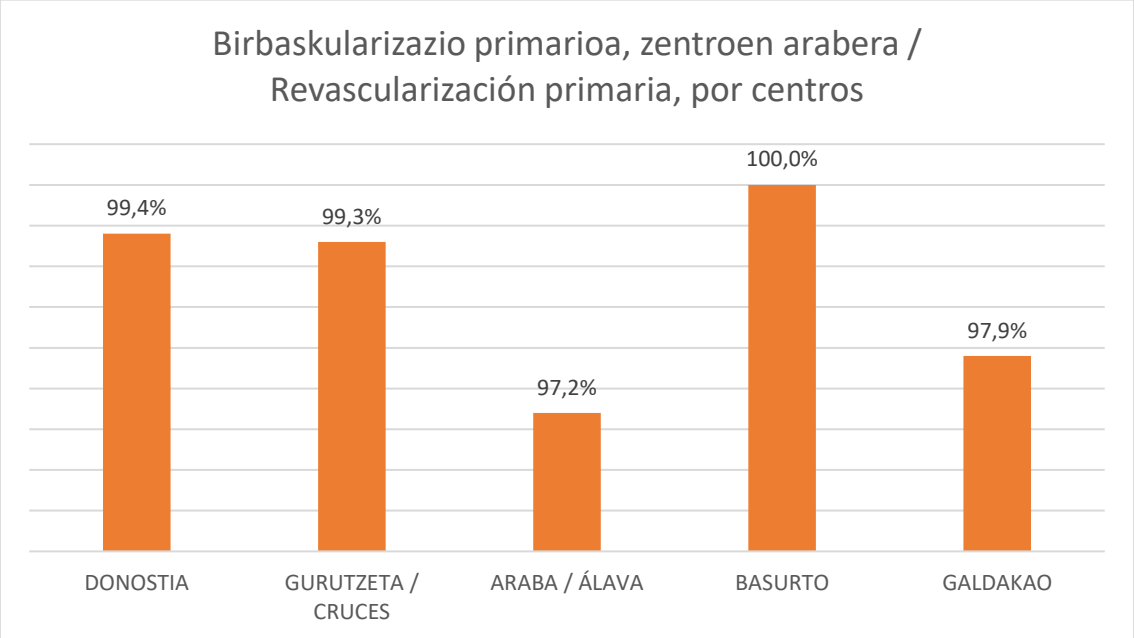
Birbaskularizazio primarioa

Birbaskularizazio primarioa egin da 556 pazientetan, hau da, kasuen % 98,9an.

Revascularización primaria

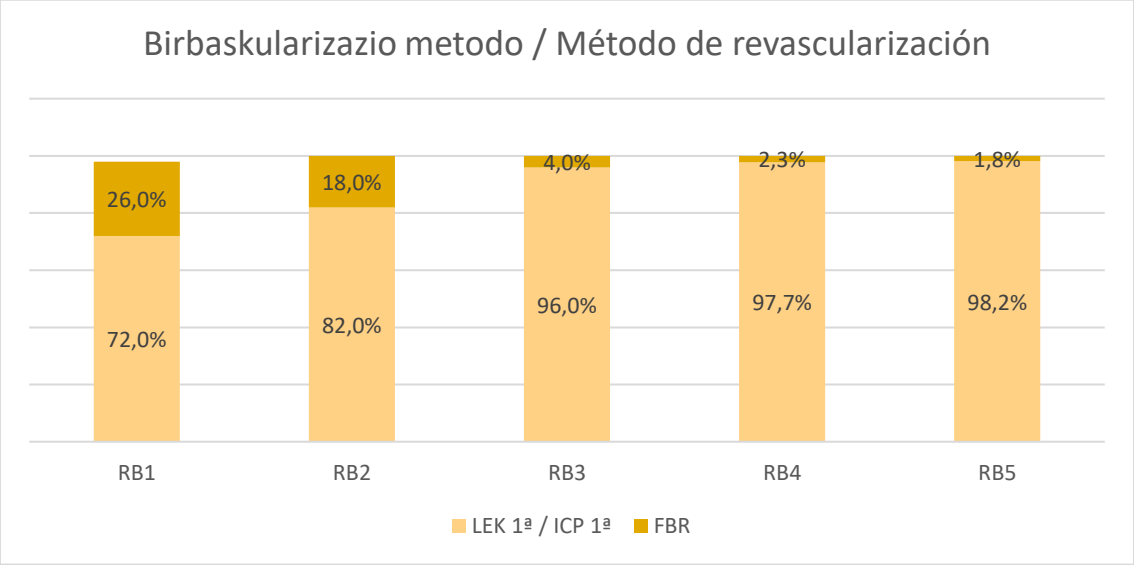
Se ha realizado revascularización primaria en 556 pacientes, es decir, en el 98,9% de los casos.

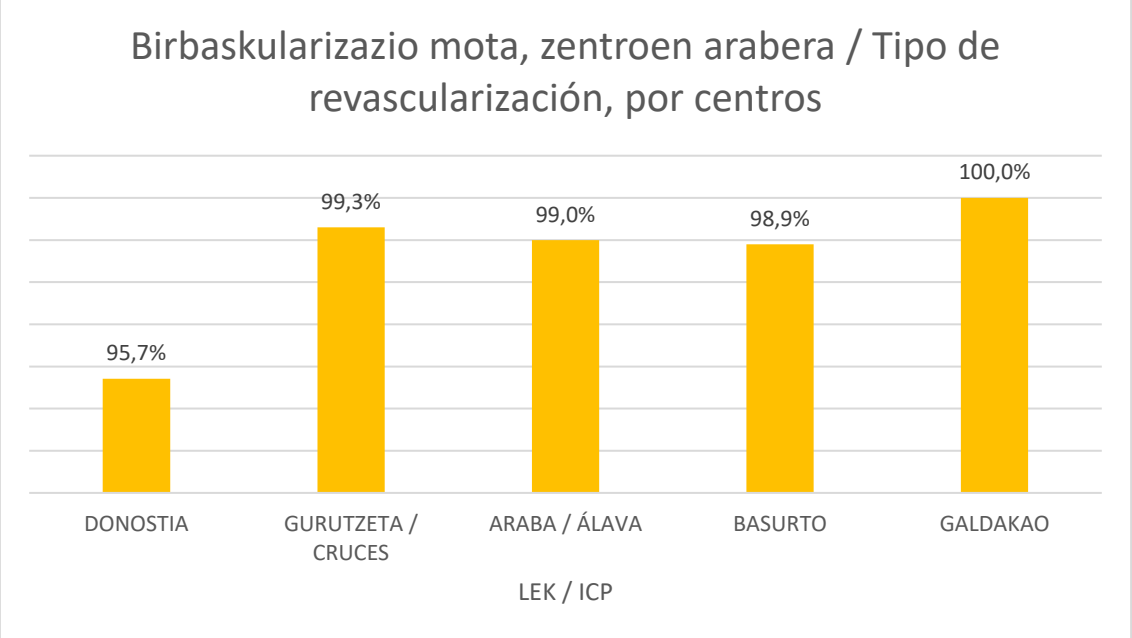




Birbaskularizazio primarioaren prozedurari dagokionez, kasu gehienetan angioplastia primarioaren bidez egin da; eta kasuen % 1,8an soilik egiten da fibrinolisia (% 2,3 RB4n)

Respecto al procedimiento de revascularización, el método de elección en la mayoría de los casos es la angioplastia primaria (98,2%) realizándose fibrinólisis solamente en el 1,8% (2,3% en RB4) de los casos.





Birbaskularizazio primarioa lehenengo 12 orduetan jasan ez zuten 82 pazienteen artean, arrazoi anitz egon ziren.

En los 82 pacientes con IAM que no fueron sometidos a revascularización primaria en las primeras 12 horas, los motivos fueron variados.

Arrazoia Motivo	N	%
24 ordu baino gehiago eboluzionatutako MIA IAM evolucionado de más de 24 horas	36	43,9
Beste batzuk Otros	11	13,4
24 ordu baino gutxiago eboluzionatutako MIA IAM evolucionado de menos de 24 horas	8	9,8
EKG positibo faltsu Falso positivo ECG	8	9,8
Takotsubo miokardiopatia Tako-Tsubo	8	9,8
STigSKA SCASEST	6	7,3
Mioperikarditis Miopericarditis	2	2,4
Berezko birperfusio Reperfusión espontánea	2	2,4
Akats diagnostiko Error diagnóstico	1	1,2

Fibrinolisi

Fibrinolisia egin da birbaskularizazio primarioko prozedura gisa 10 pazientetan; gehienak LEK primariorik gabeko ospitaleetan egin ziren. Kasu guztietan, lehen kontaktu medikoa izan zen fibrinolisia egin zen lekua.

Lehen EKG indizearen artean igarotako denboraren mediana (egungo erreferentziako giden arabera[1], denborak zenbatzeko erabili behar dena, lehen kontaktu medikoaren ordez) 22 minutukoa da fibrolisiaren kasuan.

Fibrinolisia egin zitzaien 10 pazienteetatik 8tan (% 80) erreskate-prozedura gauzatu zen ondoren, LEK zuen zentroan.

Fibrinolisis

Se ha realizado fibrinólisis como procedimiento de revascularización primaria en 10 pacientes; la mayoría se realizaron en hospitales sin ICP primaria. En todos los 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 referencia[1], debe utilizarse para la contabilización de los tiempos, en vez del primer contacto médico) es de 22 minutos en el caso de la fibrinólisis.

En 8 de los 10 pacientes (80%) en los que se realizó fibrinolisis se ejecutó posteriormente procedimiento de rescate en centro con ICP.

LEK primarioa

RB5n sartutako 562 pazienteetatik 556ri angioplastia primarioa egin zaie, hau da, % 98,9ri.

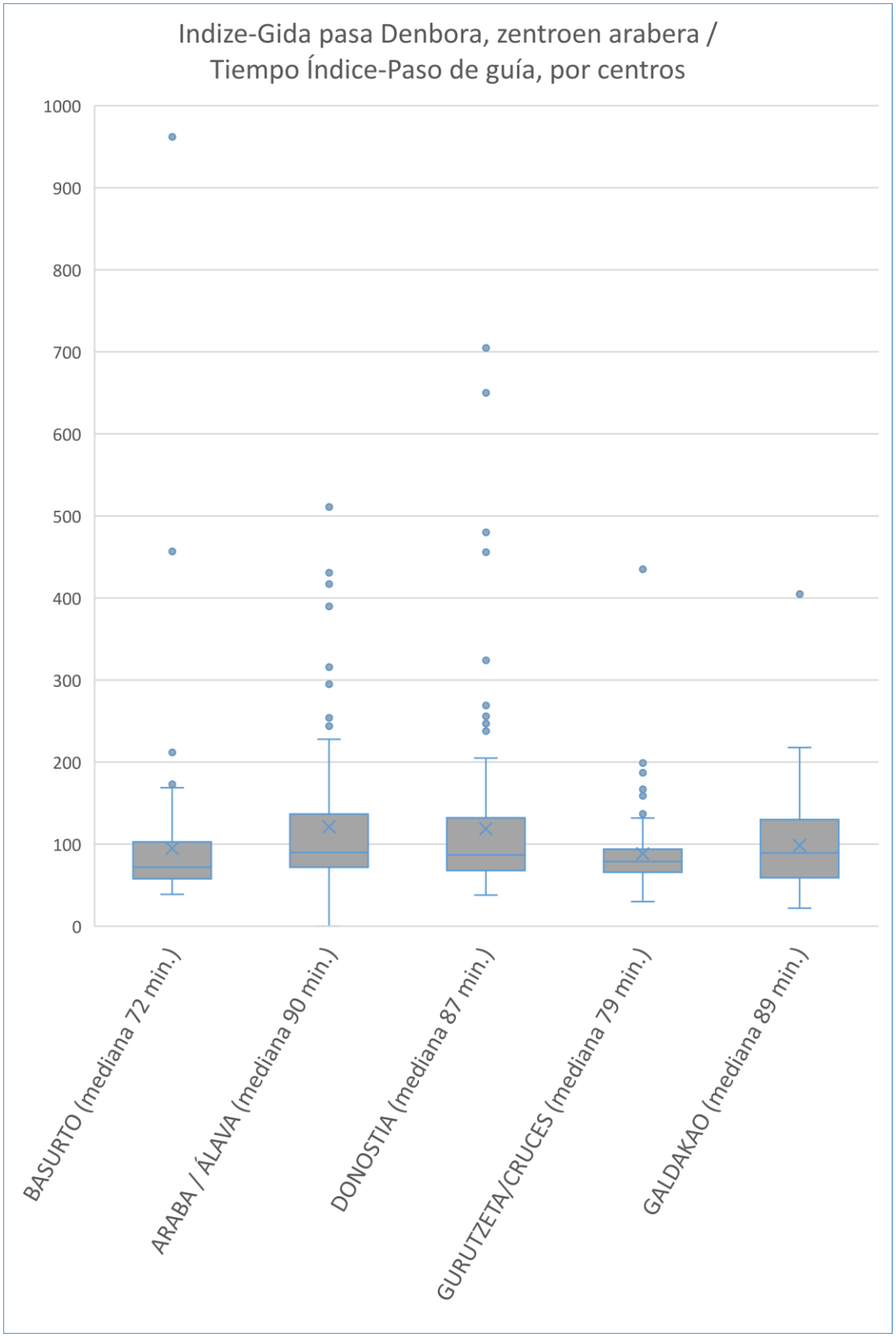
Paziente horien % 74,2an, gida pasatzea EKG indizearen lehenengo 120 minutuen barruan egin da, mediana 83 minutu izanda.

ICP primaria

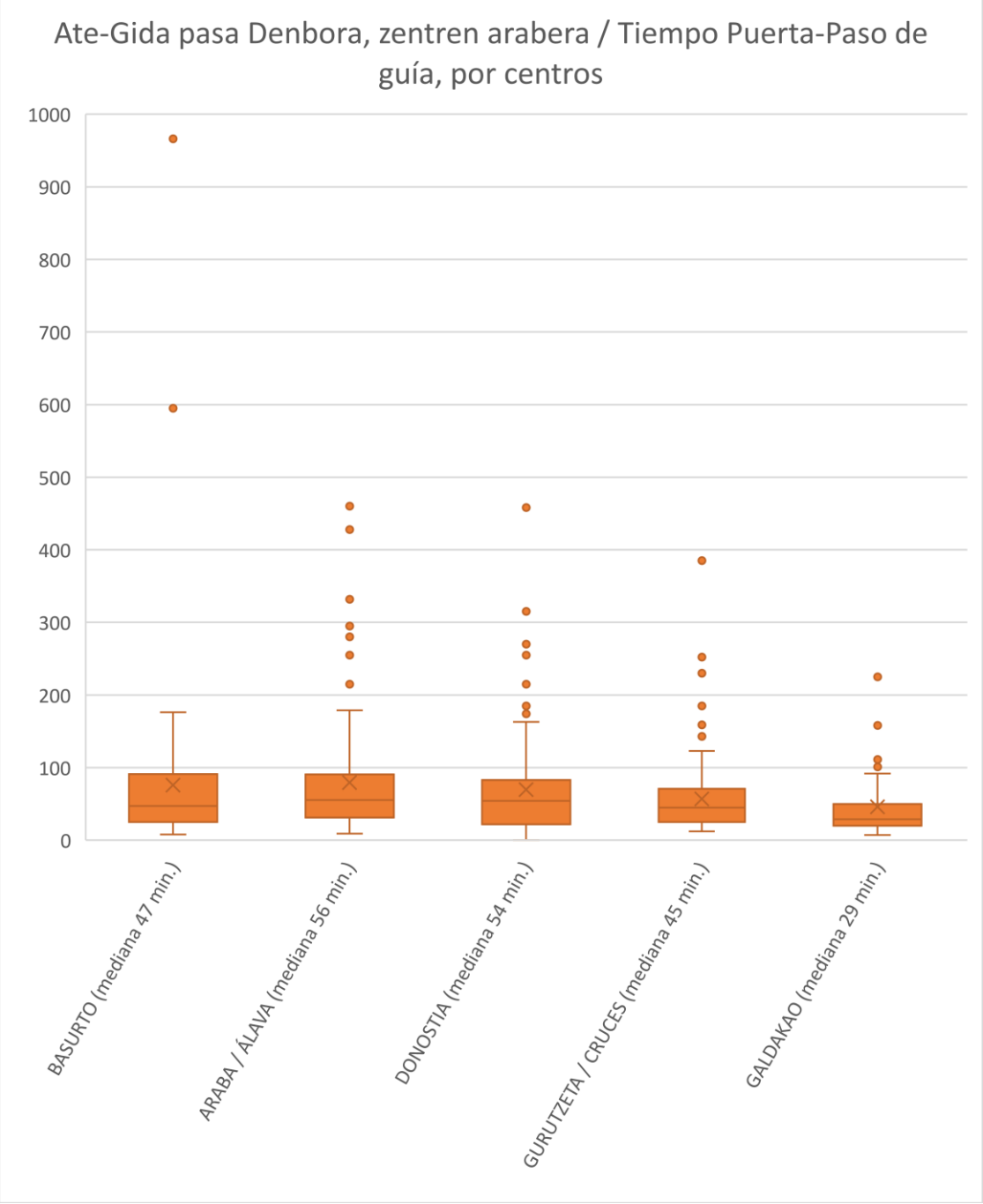
De los 562 pacientes incluidos en el RB5 se ha realizado angioplastia primaria a 556, lo cual supone un 98,9%.

En el 74,2% 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.

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


Indize-Gida pasa Denbora, zentroen arabera /
Tiempo Índice-Paso de guía, por centros
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
BASURTO (mediana 72 min.)
ARABA / ÁLAVA (mediana 90 min.)
DONOSTIA (mediana 87 min.)
GURUTZETA/CRUCES (mediana 79 min.)
GALDAKAO (mediana 89 min.)

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



Biziraupena

Aurreko erregistro-ebaketekin alderatuta (RB3, RB4), hilkortasunak beheranzko joera jarraitzen du (ospitalean eta 30 egunera: % 1,2; eta % 1,2, hurrenez hurren). Ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza izandako pazienteen 30 eguneko heriotza-tasa % 48koa da.

Supervivencia

Respecto a los cortes anteriores (RB3, RB4), la mortalidad continúa su tendencia descendente (intrahospitalaria y a 30 días con descensos absolutos de 1,2% y 1,2%; respectivamente). La mortalidad a 30 días de los pacientes que entran en el programa tras haber presentado muerte súbita extrahospitalaria es del 48%.

Hilkortasun orokorra **Mortalidad general**	
Ospitale hilkortasuna **Mortalidad hospitalaria**	5,0%
30 eguneko hilkortasuna **Mortalidad a 30 días**	5,2%
LEK 1ªrekin 30 eguneko hilkortasuna **Con ICP1ª**	4,8%
Fibrinolisirekin **Con Fibrinolisis**	20,0%
FB/TBrekin **Con FV/TV**	48%

Osp. / Hosp.	BAS	GUR/CRU	DON	GAL	ARA/ÁLA	GUZ/TOT
BIHOTZEZ	97	151	161	47	106	562
30 egun. Hilkort. / Mortalidad 30 días	7	7	12	0	3	29
%	7,2%	4,6%	7,5%	0,0%	2,8%	5,2%

Bihotzez pazienteen eta infartu eboluzionatuak dituzten “Ez Bihotzez” pazienteen hilkortasuna batera aztertu da; azken hori, 5 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 5 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	28 (5,3%)	502 (94,7%)	530
Eboluz. MIA < 24 o. IAM evoluc. < 24 h.	2 (25%)	6 (75%)	8
Eboluz. MIA > 24 o. IAM evoluc. > 24 h.	10 (27,8%)	26 (72,2%)	36
Guztira / Total	40	534	574

Ospitaleratze datuak

Konplikazio garrantzitsuenen intzidentzia (fibrilazio bentrikular primarioa, shock kardiogenikoa, iktusa) antzeko mailan mantentzen da, bai eta birbaskularizazio osoa egiten zaien pazienteen proportzioa ere. Birbaskularizaziorako prozedura kirurgikoen erabilerak gora egin du, nahiz eta oso gutxiengoa izaten jarraitu.

Datos de ingreso

La incidencia de las complicaciones más importantes (fibrilación ventricular primaria, shock cardiogénico, ictus) se mantiene en niveles similares, así como la proporción de pacientes a quienes se realiza revascularización completa. La utilización de procedimientos quirúrgicos de revascularización ha aumentado, aunque sigue siendo muy minoritaria.

Ospitaleratze datuak **Datos de ingreso**	
Aurreko MIA **IAM anterior**	38,1%
Killip IV **Killip IV**	8,5%
FB **FV**	8,9%
GHI **ACV**	0,7%
Birbask. osoa **Rev. completa**	80,1%
Birbask. kirurgikoa **Rev. quirúrgica**	3,2%

Ibilbidearen eragina

Emaitzarik onenak Emergentzien bidez ospitaleratzen diren pazienteetan ikusten dira, edo LEK primario duten ospitaleetatik sartzen diren pazienteetan.

Influencia del itinerario

Los mejores resultados se siguen observando en los pacientes que ingresan a través de Emergentziak, o bien en aquellos que acceden a través de hospitales con ICP primaria.

RB5	**Emergentziak**	**LEK 1ª gabeko osp. / Hosp. sin ICP 1ª**	**LEK 1ª duen osp. / Hosp. con ICP 1ª**
AKAT / ACTP	97,9%	93,2%	98,7%
TRB	0,7%	5,9%	0,7%
Birbask. Ez / No revasc.	1,4%	0,9%	0,7%
EKG-Gida pasa mediana / Mediana ECG-paso de guía	78	109	74

Bihotzez programan sartutako birbaskularizatu gabeko pazienteak % 2 baino gutxiago izaten jarraitzen dira. EKG indize-gida pasa denboraren mediana 81 (Q1 = 64, Q3 = 107) izatetik (RB4an) 83ra igo da (Q1 = 66, Q3 = 113)

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) 71 minutukoa da (Q1=53, Q3=106), 30eko helburutik urruntzen; RB4an 65 minutukoa izan baitzen (Q1=48,Q3=97).

Los pacientes incluidos en Bihotzez no revascularizados siguen representando menos del 2%; la mediana del tiempo ECG índice – balón ha subido ligeramente, de 81 (Q1=64, Q3=107) en el RB4, a 83 (Q1=66, Q3=113).

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 71 minutos (Q1=53, Q3=106), alejándose del objetivo de 30 minutos; ya que en RB4 fue de 65 minutos (Q1=48, Q3=97).

Laburpena eta ondorio nagusiak (RB5)

Oro har, mantendu egiten dira RB4 azken erregistroan ikusitako datuak,baita hobekuntza txiki bat hilkortasun-datuetan ere, baina operazio denborak pixka bat okerragoak izan dira.

- Angioplastia primarioaren erabilera, birperfusio primario prozedura gisa, sendotu egiten da, nahiz eta operazio denboren atzerapen txikiarekin, RB4rekin alderatuta.
- Pazienteek osasun-sistemarekin harremanetan jartzen jarraitzen dute sintomak hasi eta lehen orduetan (86 minutuko mediana); horrek RB4arekin alderatuta okerragoa da, eta baliteke Covid pandemia-egoerarekin lotuta egotea.
- Oraindik ere txikia da Emergentziak osasun-sistemara sartzeko gune gisa erabiltzen dituzten pazienteen proportzioa (52%; RB4 % 47), eta, beraz, indarrean jarraitzen du biztanleria-mailan publizitate-kanpaina baten beharra, ehuneko horiek handitzeko.
- Birbaskularizazio primarioaren tasa, aurreko RB4 erregistroan jadanik altua zena (% 98,1), hobetzen jarraitzen du eta % 98,9an dago.
- Angioplastia primarioa aukerako birperfusio-prozedura gisa finkatu da (% 98,), eta fibrinolisiaren erabilera are gehiago mugatu da (% 1,8).
- Fibrinolisia erabiltzen denean, ia beti lehen kontaktu medikoan erabiltzen da, eta, batez ere, LEK (Larruazaleko Ebakuntza Koronario) primarioa ez duten ospitaleetan. Kasu guztietan, pazienteak berehala eraman zituzten erreferentziazko LEK duen zentrora, eta erreskateko LEK behar izan zuten kasuen % 80 an.

Resumen y principales conclusiones (RB5)

En general se mantienen los datos observados en el último Registro RB4, con ligera mejoría en los datos de mortalidad aunque con un mínimo empeoramiento en los tiempos de intervención.

- El uso de la angioplastia primaria como procedimiento de reperfusión primaria se afianza, aunque con un mínimo retraso en los tiempos de intervención en comparación con el RB4.
- Los pacientes siguen contactando con el sistema sanitario en las primeras horas del comienzo de los síntomas (mediana 86 minutos), lo que supone un empeoramiento con respecto al RB4 y que puede estar en relación con la situación de pandemia Covid[2].
- Sigue siendo baja la proporción de pacientes que utiliza Emergencias como punto de acceso al sistema sanitario (52%; RB4 47%), por lo que sigue vigente la necesidad de una campaña publicitaria a nivel poblacional para incrementar estos porcentajes.
- La tasa de revascularización primaria, que en el anterior registro RB4 ya era alta (98,1%), sigue mejorando y se sitúa en el 98,9%.
- Se consolida la angioplastia primaria como el procedimiento de reperfusión de elección (98,2%), limitándose aún más el uso de la fibrinólisis (1,8%).
- La fibrinólisis, cuando se emplea, sigue usándose casi siempre en el primer contacto médico y fundamentalmente en hospitales sin ICP (Intervención Coronaria Percutánea) 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 80% de los casos.

- Lehenengo aldiz, angioplastia primarioari lotutako denborak pixka bat okertu egin dira. Kasuen % 74,2an arteria irekita dago lehen kontaktu medikutik 120 minutu baino gutxiagotan: EKG indize-gida pasa mediana 83 minututan eta ate-gida pasa 46 minututan.

- Por primera vez se observa un mínimo empeoramiento en los tiempos asociados a la angioplastia primaria, con ligera disminución del porcentaje de pacientes la arteria está abierta en menos de 120 minutos desde el primer contacto médico (74,2%): mediana ECG índice-paso de guía 83 minutos y puerta-paso de guía 46 minutos.

- Nahiz eta denborak okertu, ospitaleko hilkortasunaren beheranzko joerak jarraitzen du (% 5), baita 30 egunera (% 5,2), % 1,2ko murrizketa bi kasuetan, RB4ko datuekin alderatuta. Hala ere, ospitalez kanpoko bat-bateko heriotza duten pazienteen heriotza-tasa (% 48) handia da, eta gora egin du.

- A pesar del mínimo empeoramiento en los tiempos, continúa la tendencia descendente en la mortalidad hospitalaria (5%) y a 30 días (5,2%), con reducciones absolutas del 1,2% en ambos casos en comparación con los datos del RB4. Sin embargo, se objetiva un discreto aumento de la mortalidad en los pacientes con muerte súbita extrahospitalaria (48%) que continúa siendo elevada.

- Konplikazio garrantzitsuenen intzidentziak pixka bat gora egin du (fibrilazio bentrikularra, shock kardiogenikoa eta iktusa, % 8,9, % 8,5 eta % 0,7 hurrenez hurren), eta birbaskularizazio kirurgikoaren premia (% 3,2) ere. Birbaskularizazio koronarioaren tasa ospitaleratzean arinki gutxitu da (% 80,1).

- Ha aumentado ligeramente la incidencia de las complicaciones más importantes (fibrilación ventricular, shock cardiogénico e ictus, del 8,9%, 8,5% y 0,7% respectivamente y la necesidad de revascularización quirúrgica (3,2%). La tasa de revascularización coronaria durante el ingreso disminuye ligeramente (80,1%).

- Lehenengo aldiz, erantzun-denbora onenak gertatzen dira osasun-sistemarako sarbidea LEK duen ospitaleen bidez (EKG-gida pasa denbora mediana 74 minutu) egiten denean, Emergentzien bidez beharrean (EKG-baloi mediana 78 minutu). Lehen mailako LEK gabeko ospitaleen erantzun-denborak aurreko erregistroko datuen antzekoak dira: EKG-gida pasa denbora mediana 104 minututik 109 minutura igo da eta DIDO (“Door In – Door Out”) 65 minututik 71ra igotzen da.

- Por primera vez se observa 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 74 minutos) en detrimento del acceso por Emergencias (tiempo ECG-paso de guía mediana 78 minutos), con tiempos de respuesta de los hospitales sin ICP primaria similares a los datos del registro previo: el tiempo ECG-paso de guía mediana sube de 104 a 109 minutos y DIDO (“Door In – Door Out”) sube de 65 a 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)

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 kuartil

Q3: Hirugarren kuartil

LKM: Lehen Kontaktu Mediko

LEK: Larruazaleko Ebakuntza Koronario

FBR: Fibrinolisi

EKG: Elektrokardiograma

FB: Fibrilazio Bentrikular

FB/TB: Fibrilazio Bentrikular / Takikardia Bentricular

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)

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 Sindrome 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

[2] Wienbergen H, Retzlaff T, Schmucker J, Marin LAM, Rühle S, Garstka D, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Presentation and Outcome of Consecutive Patients Admitted to Hospital Due to ST-Elevation Myocardial Infarction. Am J Cardiol. 2021 Jul 15; 151:10-14