

Informe ARIAM 2017

Métodos



Resultados



Conclusiones



Publicaciones



INFORME ARIAM 2017

Depósito Legal: M-15521-2019

ISBN: 978-84-941142-9-8

ARIAM

Análisis del corte

2017

M^a Ángeles Rodríguez Esteban
M^a Paz Fuset Cabanes
Celina Llanos Jorge
Laura Riesco de Vega
Oihane Badallo Arévalo
Rocío Gómez López

PRINCIPALES ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

AAG	Antiagregantes
AAS	Ácido acetilsalicílico
ACO	Anticoagulantes orales
ACVA	Accidente cerebrovascular agudo
ADO	Antidiabéticos orales
ARA-II	Antagonistas de los receptores de la angiotensina
ARIAM	Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio
BAVC	Bloqueo auriculo-ventricular completo
BCIA	Balón de contrapulsación intra-aórtico
BVD	Bivalirudina
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CCV	Cirugía cardiovascular
CICr	Aclaramiento de creatinina
DAI	Desfibrilador automático implantable
DLP	Dislipemia
DE	Desviación estándar
ECG	Electrocardiograma
EEF	Estudio electrofisiológico
ETE	Ecocardiografía transesofágica
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FA	Fibrilación auricular
FV	Fibrilación ventricular
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
HNF	Heparina no fraccionada
ICP	Intervención coronaria percutánea
IECA	Inhibidores del enzima conversor de la angiotensina

IMC	Índice de Masa Corporal
MP	Marcapasos
MPD	Marcapasos definitivo
PCM	Primer contacto médico
P25-P75	Percentil 25 a Percentil 75
RSN	Ritmo sinusal normal
SCA	Síndrome coronario agudo
SCACEST	Síndrome coronario agudo con elevación persistente del segmento ST
SCASEST	Síndrome coronario agudo sin elevación persistente del segmento ST
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
TAC-RNM	Tomografía Axial Computarizada – Resonancia Nuclear Magnética
TCIV	Trastorno de conducción intraventricular
TRL	Trombolisis
TS	Taquicardia sinusal
TSNM	Transporte sanitario no medicalizado
TVS	Taquicardia ventricular sostenida
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

INVESTIGADORES POR COMUNIDADES Y CENTROS

ANDALUCÍA

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme	José Antonio Sánchez Román (IP)
Hospital Virgen de la Victoria	José María Castillo Caballero María Nieto González Minerva Mateos Rodríguez

ARAGÓN

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	Luis Mariano Giner Smith (IP)
Hospital General San Jorge	Jorge Juan Carlos López Claver(IP) José Lorenzo Labarta Monzón Alicia Sanz Cardiel Jesús Oscar Escós Orta Arantxa Lander Azcona Daniel Martínez González Sonia Caballero Núñez Carlos Serón Arbeloa
Hospital Nuestra Señora de Gracia	Miriam Lafuente Mateo Nuria Fernández Abad Paula Sáez Escolano Ruth Noemí Jorge García Francisco Ruiz Valero José Ignacio Corchero Martín (IP)
Hospital de Barbastro	Mónica Zamora Elson Isabel Garrido Ramírez de Arellano Juan Carlos García Ronquillo
Hospital Maz (Mutua de Accidentes de Zaragoza)	Adrián Millán Lozano

CASTILLA Y LEÓN

Hospital Santa Bárbara de Soria	M. José Fernández Calavia (IP)
Complejo Asistencial Universitario de Burgos	Ángela Larrosa Arranz Pedro Granado Sáenz de Tejada Eva María Pérez Cabo (IP) Rebeca Vara Arlanzon Cristina Carbajales Pérez Oihane Badallo Arévalo Paula de la Torre Vélez
Hospital Recoletas de Burgos	Adriana Patricia Bolaño Navarro(IP)
Hospital El Bierzo	Ángeles de Celis Álvarez (IP)

CASTILLA Y LEÓN

Hospital Universitario del Río Hortega

Juan José Sanz Hernán (IP)
 Estefanía Prol Silva
 David Pérez Torres
 Virginia Fraile Gutiérrez
 Rubén Herrán Monge

CASTILLA LA MANCHA

Hospital General Universitario de Ciudad Real

María del Carmen Martín Rodríguez (IP)
 Mariana Portilla Botelho

CATALUNYA

Hospital de Terrassa

Joaquín Amador Amerigo (IP)
 Diego Rodríguez Giardinieri
 M^a Teresa Jurado Castro
 Laura Conde Merino

Hospital de Sant Pau I Santa Tecla

Yolanda del Castillo Durán (IP)

COMUNIDAD CANARIA

Hospital General de Fuerteventura

María A. Ripoll Lería
 Francisca Sinopoli Nocita
 Carlos de la Rubia de Gracia
 Leandro Fajardo Feo

COMUNITAT VALENCIANA

Hospital General Universitario de Alicante

José Cánovas Robles (IP)
 Francisco Ángel Jaime Sánchez
 Mónica Díaz Barranco
 Laura Medina Ramos

Hospital de Denia

Pedro Manzano Hinojosa

Hospital General de Elche

Cristina Portillo Requena (IP)
 Teresa Blanco Molina
 José David Simón Simón
 Fernando Mario Andrade Rodado

Hospital de Torrevieja

Alberto Fernández Zapata (IP)
 Alberto Márquez de la Plata Panchana

Hospital Universitario del Vinalopó

David A. Martín Langerwerf (IP)
 Antonio Sangio Ferreyros

Hospital Virgen de los Lirios

Rosa Pérez Mateos (IP)

Hospital Arnau de Vilanova

Moisés Rico Sala (IP)
 Eloína Casanoves Laparra



COMUNITAT VALENCIANA

Hospital de Manises	Concepción Cortés Navalón
Hospital de Lliria	Javier Ruiz Ruiz Luis Alberto Pallás Beneyto
Hospital Universitari i Politècnic la Fe	María Paz Fuset Cabanes (IP) Karla Vacacela Córdova Tania Ciges Chornet
Hospital de Sagunto	Regina Calvo Embuena (IP)
Hospital de Requena	Eva M ^a Gómez Martínez (IP) José Luengo Peiró
Hospital Universitario de la Ribera	Martín Parejo Montell Carmen García Martínez Alejandra Romero Rodrigo Alicia Barrios Pérez Ana Abalos García (IP) Lucia Arias Portaceli
Hospital Universitario Dr. Peset	Luis García Ochando (IP) Santiago Borrás Pallé Cornelio Núñez Lozano
Hospital General de Castelló	Clara Martínez Valero Enver Rodríguez Martínez Amparo Ferrandiz Selles
Hospital de La Plana	Elena Porcar Rodado (IP) Belén Jiménez Ruano Rosa Álvaro Sánchez

EXTREMADURA

Complejo Hospitalario de Cáceres	M ^a Carmen Sánchez García (IP)
Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida	Fernando Vázquez Fuentes (IP)

GALICIA

Complejo Hospitalario de Ourense	María José de la Torre Fernández (IP) Francisco Javier Cid López
C. Hosp. Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos	Carmen Josefina Fernández González (IP)
Hospital Miguel Domínguez	Rocío Gómez López(IP)
Hospital Lucus Augusti	Esther Portugal Rodríguez(IP)

ILLES BALEARS

Fundación Hospital Comarcal de Inca Sara Nogueras Guijarro(IP)

LA RIOJA

Complejo Hospital San Pedro M. de la Concepción Pavía Pesquera (IP)
Elisa Monfort Lázaro

MADRID

Hospital de Torrejón Laura Riesco de Vega (IP)

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
María del Consuelo Pintado Delgado
Esther López Ramos
María Trascasa Muñoz de la Peña
Beatriz Llorente Ruiz
Patricia Villa Díaz
María Cristina Martínez Díaz(IP)
Ana Pardo Guerrero
Blanca Pilar Gracia Gutiérrez
Yaiza Ortiz de Zárate Ansótegui
Sara Glauce Martin Sancho
Madian Manso Álvarez

Hospital del Sureste
Ana María de Pablo Hermida (IP)
Patricia Albert de la Cruz
Manuel Cruz Tejedor
Esther García Sánchez
Susana Zubillaga
Emilio Nevado Losada
Eva María Hernández Sánchez

Hospital Universitario Severo Ochoa
Miguel Ángel Blasco Navalpotro
Alberto Orejas Gallego
Blanca Rosa Chávez Soto
Irene Jiménez del Rio
Victoria Benítez Ferreiro
José Luis Flordelis Lasierra (IP)
Mónica Fuentes Ponte

Hospital Quirón Salud Sur
Jimena Luján Varas (IP)
Amparo Paredes Sánchez

Hospital Universitario del Henares
Inés Torrejón Pérez (IP)

Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Natalia de la Calle Pedrosa (IP)

Hospital del Tajo
Miriam Chana García(IP)

Hospital Infanta Elena
M.Carmen García Torrejón (IP)

Hospital Universitario Infanta Sofía
Eugenia De la Fuente O'Connor (IP)



MURCIA

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena	Ángela Díaz Pastor Marina Moreno Barranco Juan Antonio Fernández Germán Escudero García
Hospital Los Arcos	María del Pilar Murcia Hernández (IP) M ^a Elena Martínez Quintana María Rosa Navarro Ruiz Carmen Rita Hernández Romero
Hospital General Universitario Reina Sofía	José Luis Espinosa Berenguel (IP) Lisa Ortin Katnich Cesar Palazón Sánchez
Hospital J.M. Morales Meseguer	Pedro Jara Pérez (IP) Manuel José Párraga Ramírez

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Hospital San Agustín	Josefa Rengel Jiménez (IP) Marta Martín Cuadrado
Hospital Central de Asturias	M ^a Ángeles Rodríguez Esteban(IP)
Hospital Valle del Nalón	Moisés Sánchez Pérez(IP)

ÍNDICE

1. Introducción	19
2. Métodos	19
3. Resultados	20
3.1. Centros e investigadores participantes en el corte	20
3.2. Pacientes y centros participantes en el corte 2017	24
3.3. Datos sociodemográficos	26
3.4. Antecedentes	30
3.4.1. Factores de riesgo	30
3.4.2. Antecedentes patológicos	31
3.4.3. Tratamiento y procedimientos previos al ingreso	32
3.5. Fase prehospitalaria	33
3.5.1. Forma de acceso	34
3.5.2. Intervalos de acceso	35
3.5.3. Calidad de la atención pre-hospitalaria	41
3.6. Ingreso hospitalario	43
3.6.1. ECG inicial	43
3.6.2. Características clínicas al ingreso	46
3.6.3. Reperusión coronaria	50
3.6.4. Tratamiento médico	54
3.6.5. Otros tratamientos y procedimientos diagnósticos	58
3.6.6. Evolución clínica	61
3.6.7. Calidad de la atención hospitalaria	67
4.- Conclusiones	70
5. Publicaciones	71

Figuras

1.	Número de pacientes y centros participantes desde 2012 a 2017	21
2.	Distribución por edad en SCACEST y SCASEST	29
3.	Índice de Masa Corporal	29
4.	Tiempo Síntomas-Primer ECG en pacientes que acuden a través del sistema sanitario	37
5.	Tiempo ECG-Llegada al centro en pacientes que acuden a través del sistema sanitario	38
6.	Tiempo Síntomas-Llegada al centro en pacientes que acuden a través del sistema sanitario ..	39
7.	Tiempo Síntomas-Llegada al centro según la forma de acceso	40
8.	Tiempo Síntomas-reperusión según la forma de transporte	40
9.	Tiempo Síntomas-reperusión según la forma de acceso	41
10.	Cambios en el segmento ST-T en SCACEST	44
11.	Cambios en el segmento ST-T en SCASEST	45
12.	Localización del SCASEST	45
13.	Killip al ingreso	48
14.	Puntuación GRACE	49
15.	Puntuación TIMI inicial (SCACEST)	49
16.	Puntuación TIMI inicial (SCASEST)	49
17.	Evolución de la trombolisis	51
18.	Lugar de realización de trombolisis	51
19.	Angioplastia post-trombolisis	52
20.	Tiempo Urgencias-Reperusión primaria	53
21.	Tiempo puerta-aguja y puerta-balón	54
22.	Estudio de la mortalidad 2015-2017	65

Tablas

1.	Datos demográficos y de procedencia	21
2.	Distribución de pacientes por Comunidades Autónomas	23
3.	Características basales de los pacientes (cortes 2012-2017)	
•	Tabla 3a.- SCACEST	24
•	Tabla 3b.- SCASEST	25
4.	Datos demográficos de los pacientes	26
5.	Factores de riesgo coronario	30
6.	Antecedentes patológicos	31
7.	Tratamiento previo	33
8.	Lugar del primer contacto sanitario	34
9.	Modo de transporte	34
10.	Procedencia de los pacientes.....	35
11.	Pacientes que acuden a través del sistema sanitario	35
12.	Intervalos de asistencia prehospitalaria en pacientes con SCA que acuden por sistema sanitario	36
13.	Calidad de la atención pre-UCI en pacientes que acuden por el sistema sani.....	42
14.	Calidad de la atención pre-hospitalaria según tipo de SCA.....	43
15.	ECG inicial en el SCACEST	43
16.	ECG inicial en el SCASEST	44
17.	Arritmias al ingreso	46
18.	Arritmias al ingreso	47
19.	Reperusión en el SCACEST.....	50
20.	Causas de exclusión de trombolisis	50
21.	Intervalos hasta la reperusión primaria	52
22.	Tratamiento antitrombótico inicial	55
23.	Tratamiento médico no antitrombótico durante la estancia en UCI	56
24.	Tratamiento no farmacológico durante la estancia en UCI	58
25.	Procedimientos diagnósticos durante la estancia en UCI	59
26.	Cateterismo en SCASEST por sexo	60
27.	Uso de antagonistas IIb-IIIa en el cateterismo en SCASEST.....	60
28.	Cateterismo en SCACEST.....	60
29.	Complicaciones durante la estancia en UCI.....	61
30.	Días de estancia y destino al alta de UCI	63
31.	Días de estancia y mortalidad hospitalaria	64
32.	Estudio de mortalidad 2016-2017	64
33.	Causas de muerte en UCI	65
34.	Causas de muerte hospitalaria	66
35.	Mortalidad en el SCACEST según el modo de reperusión	66
36.	Indicadores de calidad hospitalaria	67
37.	Indicadores de calidad hospitalaria por sexo	68

1. INTRODUCCIÓN

En el corte anual realizado del 20 de febrero al 19 de mayo de 2017, hemos mantenido la alta participación de 56 hospitales con inclusión de 1914 pacientes.

La recogida de datos se llevó a cabo en la misma plataforma web de los años anteriores (<https://ariam.investigacion-intensivos.org/>). Durante el corte no se produjo ninguna incidencia informática destacable y se han implementado algunos cambios en la aplicación informática.

Hemos de destacar el meritorio trabajo de la coordinadora del proyecto durante este último año, la Dra. Fuset que tuvo que asumir en el último momento dicha coordinación.

2. MÉTODOS

Los métodos se describen de forma clara y precisa en el Manual de Registro Ariam, que se puede consultar desde la propia aplicación informática, por todos los investigadores registrados: <https://ariam.investigacion-intensivos.org/login.php> o desde la página de la Sociedad

2.1. Criterios de inclusión

La participación es voluntaria, se ofreció a todas las unidades de cuidados intensivos afiliadas a SEMICYUC por correo electrónico mediante su red de distribución.

En este informe se presentan los resultados de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos participantes durante el periodo de reclutamiento (desde el 20 de febrero de 2017 a las 00:00h hasta el 19 de mayo a las 23:59h) con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) de menos de 48h de evolución desde el inicio de los síntomas.

Se excluyeron 2 centros por baja tasa de reclutamiento.

2.2. Análisis

Se presentan los resultados, en primer lugar, de forma agregada (todos los pacientes) y posteriormente son segregados en dos grupos: Pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) y sin elevación del segmento ST (SCASEST).

El análisis gráfico incluye diagramas de barras y sectores, las inversas de las curvas de supervivencia estimadas por el método Kaplan-Meier y gráficos de las líneas de tendencias.

En el análisis estadístico descriptivo se presentan las medianas con rango intercuartílico y los porcentajes. Para facilitar la interpretación de los datos en los casos que ha sido posible, se presenta numerador y denominador.

El análisis inferencial incluyó la estimación de intervalos de confianza del 95% para proporciones y medianas y el contraste de hipótesis.

En variables continuas, los contrastes de hipótesis se realizaron mediante el test de Mann Whitney (para comparación de 2 grupos) o de Kruskal-Wallis (para comparación de 3 o más grupos). En el caso de análisis de tiempos de espera, el contraste de hipótesis se hizo mediante el test del log-Rank. En el caso de los tiempos puerta a aguja/balón se aplicó una censura por la derecha a los 1440 minutos.

En el caso de variables categóricas se utilizó el test ji-cuadrado o –cuando alguno de los valores esperados de una celda era menor de 5- mediante un test exacto. En el caso de variables ordinales se realizó un test ji-cuadrado para la tendencia.

Todos los contrastes fueron bilaterales, con un nivel de significación del 5%.

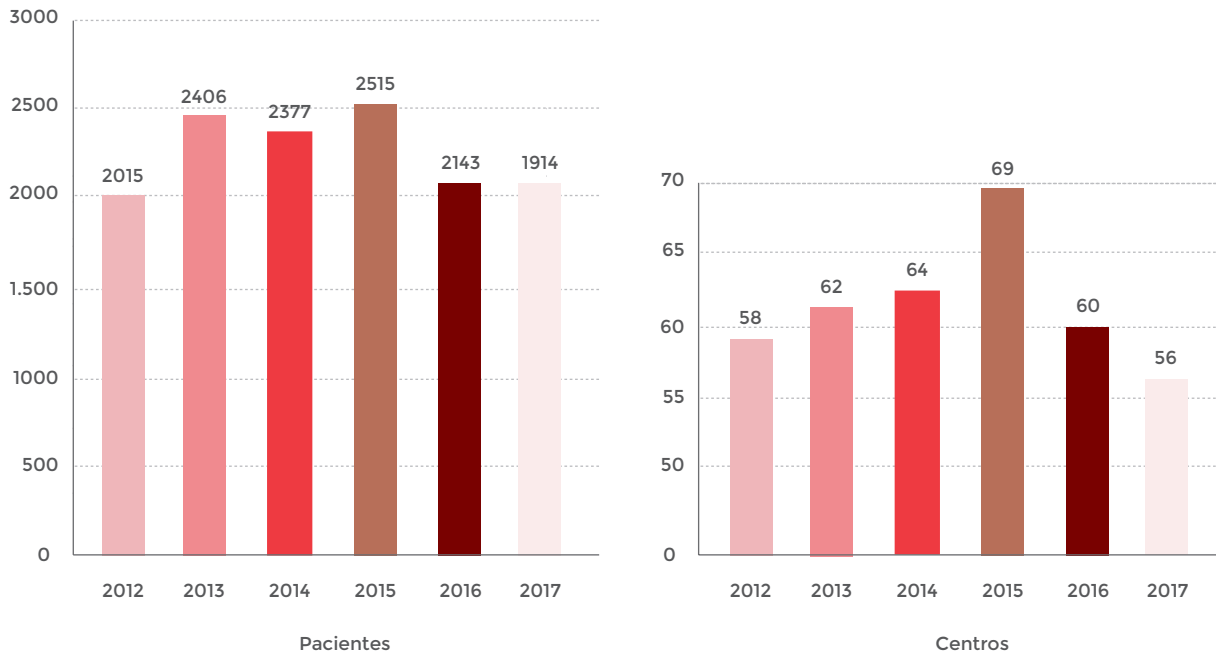
3. RESULTADOS

3.1. Centros e investigadores participantes en el corte

Se mantiene el número de centros participantes (56), así como leve descenso en el número de pacientes reclutados (de 1914 en 2017 frente a 2139 pacientes en 2016) (Figura 1). Se excluyeron 2 centros que registraron menos de 4 pacientes.

ARIAM incluye hospitales de todos los niveles, con una amplia representación de las distintas comunidades autónomas. Las comunidades con mayor presencia en el registro son: Comunidad Valenciana con 17 centros, de la Comunidad de Madrid participan 10 centros; Murcia, Aragón y Galicia con 4 centros respectivamente, Castilla-León con 3 centros (Tablas 1 y 2).

El grado de cumplimentación de las principales variables del registro es notable, sobre todo en estratificación del riesgo e intervalos de demora asistencial. El seguimiento a los 30 días se realiza en torno al 70% del registro, inferior a años anteriores.

Figura 1: Número de pacientes y centros participantes desde 2012 a 2017

Tabla 1: Tabla de datos demográficos y procedencia

Centro ¹	Registros	Relativo
Hospital Universitario y Politécnico la Fe (Valencia)	108	5,7%
Hospital General Universitario de Ciudad Real (Ciudad Real)	106	5,6%
Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria (Málaga)	73	3,8%
Complejo Hospital San Pedro (Logroño)	66	3,5%
Hospital J.M. Morales Meseguer (Murcia)	64	3,4%
Hospital Lucus Augusti (Lugo)	64	3,4%
Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia)	57	3,0%
Complejo Asistencial Universitario de Burgos (Burgos)	57	3,0%
Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón)	56	2,9%
Hospital General de Elche (Elche/Elx)	54	2,8%
Hospital de Torrevieja (Torrevieja)	54	2,8%
Hospital General de Castelló (Castellón de La Plana)	54	2,8%
Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)	49	2,6%
Hospital de Sant Pau I Santa Tecla (Tarragona)	47	2,5%

Tabla 1: Tabla de datos demográficos y procedencia (cont.)

Centro ¹	Registros	Relativo
Hospital General Universitario de Alicante (Alicante/Alacant)	47	2,5%
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos (Ferrol)	47	2,5%
Hospital Universitario de la Ribera (Alzira)	43	2,3%
Hospital San Agustín (Avilés)	42	2,2%
Hospital Universitario del Río Hortega (Valladolid)	39	2,0%
Complejo Hospitalario de Cáceres (Cáceres)	38	2,0%
Hospital de La A.V.S. Vega Baja (Orihuela)	36	1,9%
Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)	36	1,9%
Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme (Sevilla)	35	1,8%
Hospital de La Plana (Villareal / Vila-Real)	33	1,7%
Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)	33	1,7%
Hospital Valle del Nalón (Langreo)	32	1,7%
Hospital Universitario del Henares (Coslada)	31	1,6%
Hospital de Terrassa (Terrassa)	30	1,6%
Hospital de Sagunto (Sagunto/Sagunt)	29	1,5%
Hospital de Denia (Dénia)	28	1,5%
Hospital de Requena (Requena)	28	1,5%
Hospital Los Arcos (San Javier)	28	1,5%
Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena (Cartagena)	26	1,4%
Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)	23	1,2%
Complejo Hospitalario de Ourense (Ourense)	22	1,2%
Hospital Santa Bárbara (Puertollano)	20	1,0%
Hospital de Torrejón (Torrejón de Ardoz)	20	1,0%
Hospital de Llíria (Llíria)	20	1,0%
Hospital del Vinalopo (Elche/Elx)	19	1,0%
Hospital Quirónsalud Sur (Alcorcón)	18	0,9%

Tabla 1: Tabla de datos demográficos y procedencia (cont.)

Centro¹	Registros	Relativo
Hospital del Tajo (Aranjuez)	17	0,9%
Complejo Hospitalario del Área de Salud de Mérida (Mérida)	17	0,9%
Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy/Alcoi)	16	0,8%
Hospital del Sureste (Arganda del Rey)	16	0,8%
Hospital de Barbastro (Barbastro)	15	0,8%
Hospital Infanta Elena (Valdemoro)	15	0,8%
Hospital Universitario Infanta Sofía (S. Sebastián de Los Reyes)	12	0,6%
Hospital General San Jorge (Huesca)	11	0,6%
Hospital General de la Defensa de Zaragoza (Zaragoza)	8	0,4%
Fundación Hospital Comarcal de Inca (Inca)	7	0,4%
Hospital Miguel Domínguez (Pontevedra)	6	0,3%
Hospital de Manises (Manises)	6	0,3%
Total	1.909	100,0%

Se excluyen 2 centros que registraron menos de 4 pacientes.

Tabla 2: Distribución de pacientes por comunidades autónomas

Comunidad/País	Centros¹	Registros	Relativo
Comunitat Valenciana	17	665	34,8%
Madrid	10	260	13,6%
Murcia	4	154	8,1%
Galicia	4	139	7,3%
Castilla-La Mancha	2	126	6,6%
Castilla y León	3	121	6,3%
Andalucía	2	108	5,7%
Catalunya	2	77	4,0%
Principado de Asturias	2	74	3,9%

Tabla 2: Distribución de pacientes por comunidades autónomas (cont.)

Comunidad/País	Centros ¹	Registros	Relativo
La Rioja	1	66	3,5%
Aragón	4	57	3,0%
Extremadura	2	55	2,9%
Illes Balears	1	7	0,4%
Total	54	1.909	100,0%

Se excluyen 2 centros que registraron menos de 4 pacientes.

3.2. Pacientes participantes en el corte

Este año desciende discretamente el número de centros (56) y de pacientes (1914), con un descenso del 8% y del 18.3% con respecto a los últimos años publicados. Se fragmentan en dos grupo: El integrado por pacientes con SCACEST con 974 pacientes y SCASEST con 940 pacientes, en torno a 50% ambos grupos de población. Siendo el grado de cumplimentación de las variables alto.

Las características demográficas de los pacientes ingresados (tabla 3a) son semejantes a las de años anteriores tanto la distribución por edad (65 años) siendo de forma significativa mayor media de edad en el grupo de pacientes SCASEST(68 años) frente a 63 años del SCACEST. Las mujeres representaron un 26% de los pacientes incluidos, siendo este porcentaje algo mayor en el grupo SCASEST del 30%de forma significativa.

Tabla 3a: Características basales de los pacientes con SCACEST (cortes 2012-2017)

	SCACEST					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Edad (años)	63 (53-75)	64 (54-75)	64 (54-75)	63 (53-75)	63 (53-73)	62 (53-73)
Mujeres	207/990 (20,9%)	301/1.219 (24,7%)	302/1.315 (23,0%)	324/1.385 (23,4%)	265/1.175 (22,6%)	232/974 (23,8%)
IMC (kg/m²)	27,1 (24,7-29,4)	27 (24,9-29,7)	27,1 (24,7-29,8)	27 (24,8-29,4)	26,9 (24,7-29,4)	27,2 (24,8-29,7)
Infarto previo	107/987 (10,8%)	130/1.214 (10,7%)	156/1.308 (11,9%)	174/1.382 (12,6%)	140/1.150 (12,2%)	129/924 (14,0%)


Tabla 3a: Características basales de los pacientes con SCACEST (cortes 2012-2017) (cont.)

	SCACEST					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Diabetes	228/983 (23,2%)	288/1.200 (24,0%)	350/1.300 (26,9%)	328/1.378 (23,8%)	283/1.144 (24,7%)	221/920 (24,0%)
Insuficiencia renal	30/988 (3,0%)	40/1.215 (3,3%)	51/1.311 (3,9%)	56/1.384 (4,0%)	54/1.151 (4,7%)	43/926 (4,6%)
Killip II-IV	208/986 (21,1%)	270/1.211 (22,3%)	268/1.310 (20,5%)	287/1.383 (20,8%)	220/1.144 (19,2%)	151/920 (16,4%)

En la población con SCACEST vemos que se mantiene la edad por encima de los 60 años ,esta ha descendido 2 años en los últimos cortes, ha aumentado la proporción de mujeres en el último corte en un 2%. También se objetiva un aumento de los antecedentes de infarto de miocardio previo de forma progresiva desde 2012 hasta este corte un 4%, también aunque en menor medida el antecedente de Diabetes, la insuficiencia renal y sobre todo, la tendencia al descenso del Killip al ingreso(3%) de forma progresiva en los últimos cortes.

Tabla 3b.- Características basales de los pacientes con SCASEST (cortes 2012-2017)

	SCASEST					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Edad (años)	69 (58-78)	69 (58-78)	68 (57-77)	67 (57-77)	67 (57-76)	68 (58-77)
Mujeres	275/1.035 (26,6%)	335/1.187 (28,2%)	297/1.062 (28,0%)	317/1.130 (28,1%)	263/968 (27,2%)	277/940 (29,5%)
IMC (kg/m²)	27,3 (24,9-30,2)	27,3 (25-30,5)	27,6 (25,1-30,5)	27,5 (25-30,8)	27,7 (25,2-30,5)	27,6 (25-30,7)
Infarto previo	274/1.029 (26,6%)	297/1.184 (25,1%)	274/1.058 (25,9%)	280/1.123 (24,9%)	225/954 (23,6%)	223/916 (24,3%)
Diabetes	320/1.027 (31,2%)	425/1.171 (36,3%)	395/1.055 (37,4%)	378/1.117 (33,8%)	317/947 (33,5%)	325/910 (35,7%)
Insuficiencia renal	87/1.033 (8,4%)	116/1.185 (9,8%)	99/1.060 (9,3%)	100/1.125 (8,9%)	86/955 (9,0%)	84/919 (9,1%)
Killip II-IV	206/1.032 (20,0%)	285/1.180 (24,2%)	265/1.058 (25,0%)	238/1.123 (21,2%)	164/951 (17,2%)	162/911 (17,8%)

Los valores se expresan como porcentajes o como mediana (recorrido intercuartílico).

El grupo del SCASEST objetivamos una edad media mayor (68 años), y con mayor porcentaje de mujeres el 30%, pero se mantiene las tendencias somatométricas con IMC (Índice de masa corporal) en torno a 27 mantenido en los últimos años, se mantienen los porcentajes de pacientes con infarto previo e insuficiencia renal. Se observa también un aumento de los pacientes diabéticos un 4,5% en los últimos años y, como en el grupo del SCACEST, han descendido de forma llamativa los pacientes que ingresan en situación Killip II-IV.

3.3. Datos sociodemográficos

La gran mayoría de los pacientes son de origen español (93%), seguido de pacientes procedentes del Reino Unido (1.4%), curiosamente con un mayor porcentaje en el grupo de SCASEST (1.5%), Rumania 0.9% y Marruecos 0.8% de la población, el resto, hasta 38 nacionalidades, en pequeños porcentajes (Tabla 4).

Tabla 4. Países de origen de los pacientes

País de origen				P = 0,4068
España	1.780/1.914 (93,0%)	893/974 (91,7%)	887/940 (94,4%)	
Reino Unido	27/1.914 (1,4%)	13/974 (1,3%)	14/940 (1,5%)	
Rumania	17/1.914 (0,9%)	10/974 (1,0%)	7/940 (0,7%)	
Marruecos	15/1.914 (0,8%)	13/974 (1,3%)	2/940 (0,2%)	
Alemania	6/1.914 (0,3%)	4/974 (0,4%)	2/940 (0,2%)	
Italia	4/1.914 (0,2%)	1/974 (0,1%)	3/940 (0,3%)	
Venezuela	3/1.914 (0,2%)	0/974 (0,0%)	3/940 (0,3%)	
Cuba	3/1.914 (0,2%)	2/974 (0,2%)	1/940 (0,1%)	
Francia	3/1.914 (0,2%)	2/974 (0,2%)	1/940 (0,1%)	
Dinamarca	3/1.914 (0,2%)	3/974 (0,3%)	0/940 (0,0%)	

Tabla 4. Países de origen de los pacientes (cont.)

País de origen				P = 0,4068
Bélgica	2/1.914 (0,1%)	2/974 (0,2%)	0/940 (0,0%)	
Finlandia	2/1.914 (0,1%)	2/974 (0,2%)	0/940 (0,0%)	
Guinea Ecuatorial	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Argentina	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Países Bajos	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Armenia	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Georgia	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Argelia	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Bulgaria	2/1.914 (0,1%)	2/974 (0,2%)	0/940 (0,0%)	
Ucrania	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Colombia	2/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	1/940 (0,1%)	
Corea del Sur	1/1.914 (0,1%)	0/974 (0,0%)	1/940 (0,1%)	
Azerbaiyán	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Andorra	1/1.914 (0,1%)	0/974 (0,0%)	1/940 (0,1%)	
China	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Bolivia	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Ecuador	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	

Tabla 4. Países de origen de los pacientes (cont.)

País de origen				P = 0,4068
Hungría	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Suecia	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
República Árabe Saharaui Democrática	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Polonia	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Estados Unidos	1/1.914 (0,1%)	0/974 (0,0%)	1/940 (0,1%)	
Lituania	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Pakistán	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Honduras	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Portugal	1/1.914 (0,1%)	0/974 (0,0%)	1/940 (0,1%)	
India	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Eslovenia	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Rusia	1/1.914 (0,1%)	0/974 (0,0%)	1/940 (0,1%)	
Suiza	1/1.914 (0,1%)	1/974 (0,1%)	0/940 (0,0%)	
Desconocido	11/1.914 (0,6%)	5/974 (0,5%)	6/940 (0,6%)	

Figura 2: Distribución por edad en SACCEST y SCASEST

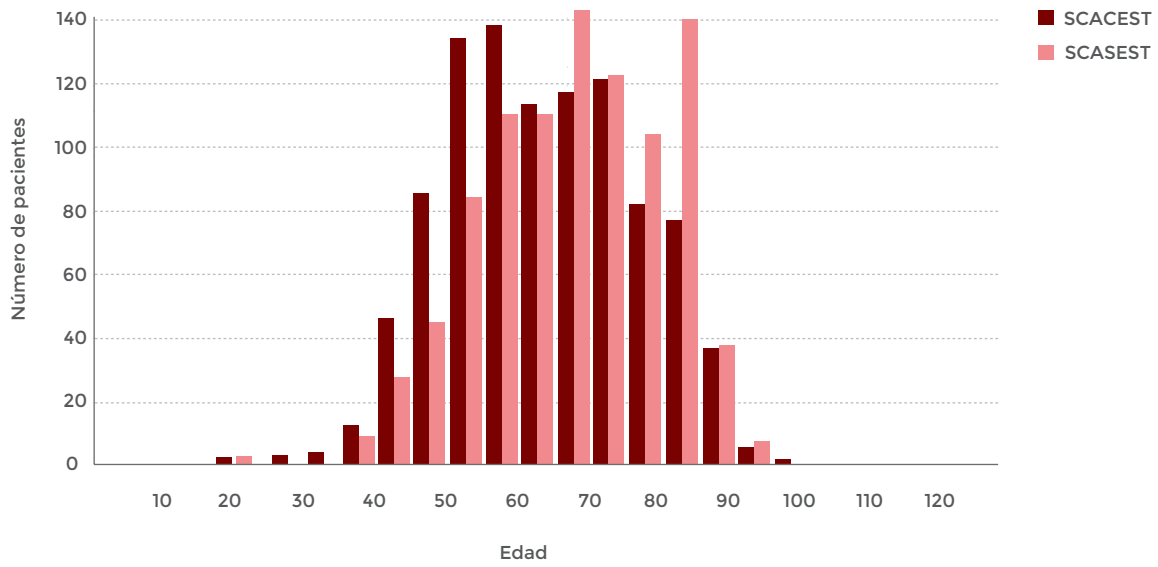
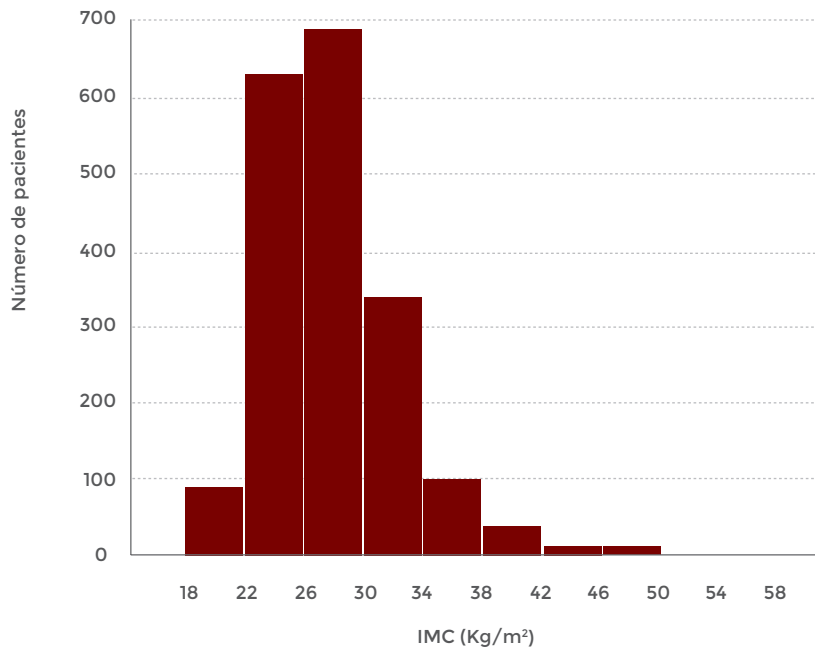


Figura 3: Índice de masa corporal



El IMC de la población se mantiene en torno al 27, sin diferencias entre ambas poblaciones.

Han aumentado los pacientes que ingresan en Killip I en torno al 84% en los pacientes con SCACEST, manteniéndose en torno al 82% en el grupo del SCASEST.

3.4. Antecedentes

3.4.1. Factores de riesgo coronario

La prevalencia de fumadores sigue en ascenso en los últimos 4 cortes: del 36% en 2013 al 42% en el corte actual, manteniéndose en este porcentaje desde el año anterior. La prevalencia de tabaquismo activo sigue siendo mayor en el SCACEST, donde casi la mitad de los pacientes son fumadores activos. Los exfumadores y aquellos que no presentan hábito tabáquico son más frecuentes en el SCASEST (Tabla 5), lo mismo que otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipemia y diabetes tipo 1 y 2).

Más de la cuarta parte del total de los pacientes son obesos, este porcentaje es mucho mayor de forma significativa en la población con SCACEST, llegando hasta el 29.3%. El consumo reciente de cocaína se mantiene en un 1.4 % de la población atendida.

Tabla 5: Factores de riesgo coronario

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Tabaquismo				P < 0,0001
• Fumador actual	658/1.560 (42,2%)	399/811 (49,2%)	259/749 (34,6%)	
• Exfumador (<1 año)	49/1.560 (3,1%)	19/811 (2,3%)	30/749 (4,0%)	
• Exfumador (≥1 año)	383/1.560 (24,6%)	168/811 (20,7%)	215/749 (28,7%)	
• No fumador	470/1.560 (30,1%)	225/811 (27,7%)	245/749 (32,7%)	
Hipertensión arterial	1.141/1.831 (62,3%)	517/917 (56,4%)	624/914 (68,3%)	P < 0,0001
Dislipemia	997/1.827 (54,6%)	458/915 (50,1%)	539/912 (59,1%)	P = 0,0001
Historia familiar	203/1.691 (12,0%)	96/853 (11,3%)	107/838 (12,8%)	P = 0,3382

Tabla 5: Factores de riesgo coronario (cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Diabetes				P < 0,0001
• Tipo I	35/1.830 (1,9%)	13/920 (1,4%)	22/910 (2,4%)	P = 0,1167
• Tipo II	511/1.830 (27,9%)	208/920 (22,6%)	303/910 (33,3%)	P < 0,0001
Obesidad	502/1.846 (27,2%)	232/926 (25,1%)	270/920 (29,3%)	P = 0,0382
Cocaína	25/1.837 (1,4%)	16/921 (1,7%)	9/916 (1,0%)	P = 0,1627

3.4.2. Antecedentes patológicos

No se aprecian cambios respecto al corte anterior. Los pacientes con SCASEST presentan una mayor comorbilidad que los pacientes con SCACEST, aunque llama la atención el aumento de incidencia de la cardiopatía isquémica previa, a su vez se mantiene la incidencia de angina previa y de angina reciente. Aumenta la incidencia de lesiones coronarias previas en ambos grupos, así como de insuficiencia cardiaca de forma significativa en ambos grupos.

Se mantiene la incidencia tanto de forma global como en ambos grupos de EPOC y de insuficiencia renal (Tabla 6). Se constata la menor incidencia de angina previa, angina grave reciente y de las lesiones coronarias conocidas en ambos grupos en los datos recogidos este año con respecto a los previos. Hay una menor incidencia global de historia de sangrado tanto de forma global como en la división por grupos.

Tabla 6: Antecedentes patológicos

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Arteriopatía periférica	119/1.842 (6,5%)	33/925(3,6%)	86/917 (9,4%)	P < 0,0001
Infarto de miocardio	352/1.840 (19,1%)	129/924 (14,0%)	223/916 (24,3%)	P < 0,0001
Angina previa	333/1.840 (18,1%)	107/924 (11,6%)	226/916 (24,7%)	P < 0,0001
Angina severa reciente	154/1.844 (8,4%)	46/926 (5,0%)	108/918 (11,8%)	P < 0,0001

Tabla 6: Antecedentes patológicos (cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Lesiones coronarias	340/1.836 (18,5%)	125/924 (13,5%)	215/912 (23,6%)	P < 0,0001
ACVA	95/1.844 (5,2%)	35/925 (3,8%)	60/919 (6,5%)	P = 0,0258
Insuficiencia cardíaca	73/1.841 (4,0%)	23/925 (2,5%)	50/916 (5,5%)	P = 0,0011
Historia de sangrado	28/1.844 (1,5%)	6/926 (0,6%)	22/918 (2,4%)	P = 0,0021
EPOC	127/1.843 (6,9%)	54/925 (5,8%)	73/918 (8,0%)	P = 0,0732
Insuf. renal crónica	127/1.845 (6,9%)	43/926 (4,6%)	84/919 (9,1%)	P = 0,0001

3.4.3. Tratamiento previo

De forma global los pacientes llegan al hospital con mayor cantidad de tratamiento previo (tabla 7), en todos los grupos de fármacos (AAS, betabloqueantes, IEKAs, estatinas, diuréticos, calcioantagonistas, anticoagulantes orales) excepto los nitratos, los antidiabéticos y los bloqueadores P2Y12 (Prasugrel o Ticagrelor).

Si realizamos un análisis en el grupo SCACEST, llama la atención el aumento del número de enfermos tratados con betabloqueantes, IEKAs, diuréticos y anticoagulante orales. Probablemente la situación basal de la población es peor.

El grupo del SCASEST, como en años anteriores, tiene mucho más tratamiento previo de forma significativa y aumentan su porcentaje con respecto a ellos salvo los bloqueadores de P2 Y12 y los diuréticos.

Tabla 7: Tratamiento previo

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
AAS	517/1.846 (28,0%)	195/926 (21,1%)	322/920 (35,0%)	P < 0,0001
Bloqueadores P2Y12	112/1.846 (6,1%)	27/926 (2,9%)	85/920 (9,2%)	P < 0,0001
Nitratos	131/1.846 (7,1%)	35/926 (3,8%)	96/920 (10,4%)	P < 0,0001
Betabloqueantes	418/1.846 (22,6%)	145/926 (15,7%)	273/920 (29,7%)	P < 0,0001
IECAs/ARAII	796/1.844 (43,2%)	337/925 (36,4%)	459/919 (49,9%)	P < 0,0001
Estatinas/ hipolipemiantes	761/1.846 (41,2%)	297/926 (32,1%)	464/920 (50,4%)	P < 0,0001
Diuréticos	351/1.845 (19,0%)	141/926 (15,2%)	210/919 (22,9%)	P < 0,0001
Calcioantagonistas	239/1.842 (13,0%)	96/923 (10,4%)	143/919 (15,6%)	P = 0,0010
Anticoagulantes orales	110/1.846 (6,0%)	34/926 (3,7%)	76/920 (8,3%)	P < 0,0001
Antidiabéticos				
• Insulina	69/1.845 (3,7%)	27/926 (2,9%)	42/919 (4,6%)	P = 0,0611
• ADO	304/1.845 (16,5%)	126/926 (13,6%)	178/919 (19,4%)	P = 0,0009
• Insulina + ADO	84/1.845 (4,6%)	31/926 (3,3%)	53/919 (5,8%)	P = 0,0127

3.5. Fase prehospitalaria

No hay cambios en los últimos años. El porcentaje más elevado de pacientes con SCA acuden directamente a las urgencias hospitalarias (41%), siendo significativamente más frecuente en los pacientes con SCASEST (45% frente al 37% de los SCACEST). Un tercio de los pacientes que presentan un SCA utilizan como primer contacto médico el Centro de Salud (31%) y hacen uso de los servicios de emergencias médicas (SEM-112) un 20%, siendo significativamente mayor en los pacientes con SCACEST (26% frente al 14% de los SCASEST) (Tabla 8).

El uso del SEM-112 como transporte al hospital se realiza con más frecuencia también en pacientes con SCACEST (Tabla 9). Estos pacientes ingresan en UCI procedentes de la sala de Hemodinámica en un 52.7% de los casos, mientras que los pacientes con SCASEST proceden mayoritariamente (76.9%) de los servicios de Urgencias hospitalarias de forma significativa (Tabla 10), estos acuden al centro hospitalario por sus propios medios (casi el 60%), manteniéndose las tendencias con respecto años anteriores y de forma significativa más elevada que el grupo de SCASEST.

3.5.1. Forma de acceso

Tabla 8: Lugar del primer contacto

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Médico	54/1.830 (3,0%)	28/916 (3,1%)	26/914 (2,8%)	P = 0,7886
Centro de Salud	570/1.830 (31,1%)	279/916 (30,5%)	291/914 (31,8%)	P = 0,5240
061-112	371/1.830 (20,3%)	239/916 (26,1%)	132/914 (14,4%)	P < 0,0001
Paciente hospitalizado	108/2.365 (4,6%)	35/1.310 (2,7%)	73/1.055 (6,9%)	< 0,0001
Urgencias hospitalarias	748/1.830 (40,9%)	337/916 (36,8%)	411/914 (45,0%)	P = 0,0004
Otros	24/1.830 (1,3%)	14/916 (1,5%)	10/914 (1,1%)	P = 0,4142

Tabla 9. Transporte

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Paciente-familiar	915/1.830 (50,0%)	388/916 (42,4%)	527/914 (57,7%)	P < 0,0001
061-112	752/1.830 (41,1%)	469/916 (51,2%)	283/914 (31,0%)	P < 0,0001
Transporte sanitario no medicalizado	101/1.830 (5,5%)	40/916 (4,4%)	61/914 (6,7%)	P = 0,0307
Otros	62/1.830 (3,4%)	19/916 (2,1%)	43/914 (4,7%)	P = 0,0019

Tabla 10: Procedencia ⁽¹⁾

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Ingreso directo SEM	110/1.830 (6,0%)	78/916 (8,5%)	32/914 (3,5%)	P < 0,0001
Hemodinámica	516/1.830 (28,2%)	483/916 (52,7%)	33/914 (3,6%)	P < 0,0001
Urgencias	957/1.830 (52,3%)	254/916 (27,7%)	703/914 (76,9%)	P < 0,0001
Consultas externas	8/1.830 (0,4%)	4/916 (0,4%)	4/914 (0,4%)	P = 0,9975
Planta	65/1.830 (3,6%)	12/916 (1,3%)	53/914 (5,8%)	P < 0,0001
Quirófano	2/1.830 (0,1%)	1/916 (0,1%)	1/914 (0,1%)	P = 0,9988
Otro hospital	149/1.830 (8,1%)	77/916 (8,4%)	72/914 (7,9%)	P = 0,6793
Otros	23/1.830 (1,3%)	7/916 (0,8%)	16/914 (1,8%)	P = 0,0583

⁽¹⁾ Ubicación inmediatamente anterior al ingreso en UCI.

Tabla 11: Acuden a través del sistema sanitario⁽¹⁾

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Sistema Sanitario	1.124/1.830 (61,4%)	617/916 (67,4%)	507/914 (55,5%)	P < 0,0001

⁽¹⁾ Se considera que no acuden a través del sistema sanitario aquellos pacientes que ingresan procedentes de planta y a aquellos cuyo primer contacto fue urgencias con transporte propio/familiar.

La mayor parte de los pacientes siguen acudiendo a través del Sistema sanitario pero de forma significativamente mayor en el grupo de pacientes con SCACEST.

3.5.2. Intervalos de acceso

El intervalo desde que el paciente tiene dolor hasta el momento PCM (primer contacto médico) es uno de los parámetros más difícil de reducir ya que depende fundamentalmente del paciente. En este último registro ha aumentado este tiempo tanto de forma global como en ambos subgrupos, más significativo en el grupo del SCASEST.

Si analizamos el tiempo desde el PCM hasta la realización del EKG, en que se realiza el diagnóstico llamado también MOMENTO 0, ha disminuido hasta 8 minutos, algo menor en el grupo del SCASEST mientras que está en el límite de 10 minutos en el grupo del SCASEST.

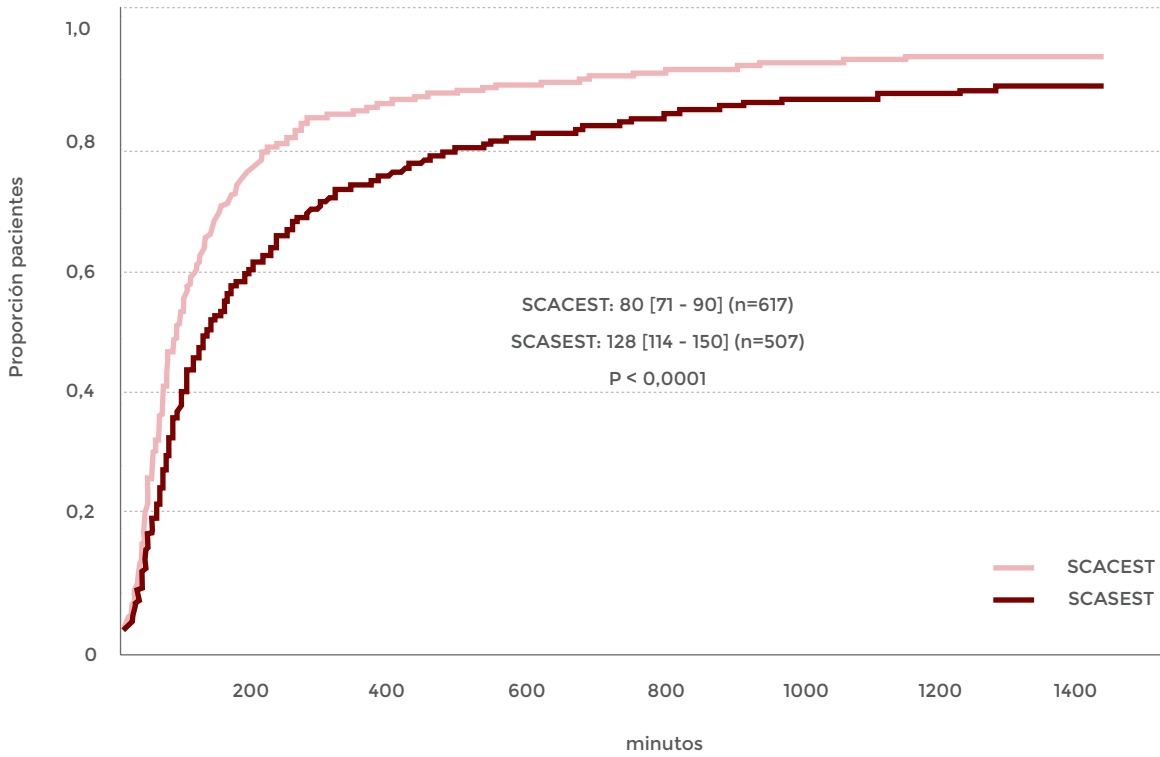
Tabla 12: Intervalos de asistencia prehospitalaria en pacientes con SCA que acuden por sistema sanitario⁽¹⁾

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Inicio síntomas - primer contacto	90 (40-250), (n=817)	73 (31-169), (n=373)	110 (45-347,75), (n=444)	P = 0,0001
Primer contacto - Primer ECG	8 (5-16), (n=817)	7 (5-15), (n=373)	10 (5-20), (n=444)	P = 0,0038
Primer ECG - Llegada a urgencias	51 (32-80), (n=598)	52 (33-85), (n=269)	50 (30-79), (n=329)	P = 0,5836
Inicio síntomas - Llegada a urgencias	158 (90-340), (n=817)	141 (85-253), (n=373)	178 (100-427), (n=444)	P = 0,0001

⁽¹⁾ Los valores se expresan como mediana con (percentil 25 - percentil 75).

Para aquellos pacientes que no acuden directamente al Servicio de Urgencias se mantiene el tiempo entre la realización del primer EKG y la llegada a dicho Servicio mientras que aumenta de forma significativa el tiempo desde el inicio de los síntomas a la llegada al S de urgencias, probablemente secundario al aumento de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico.

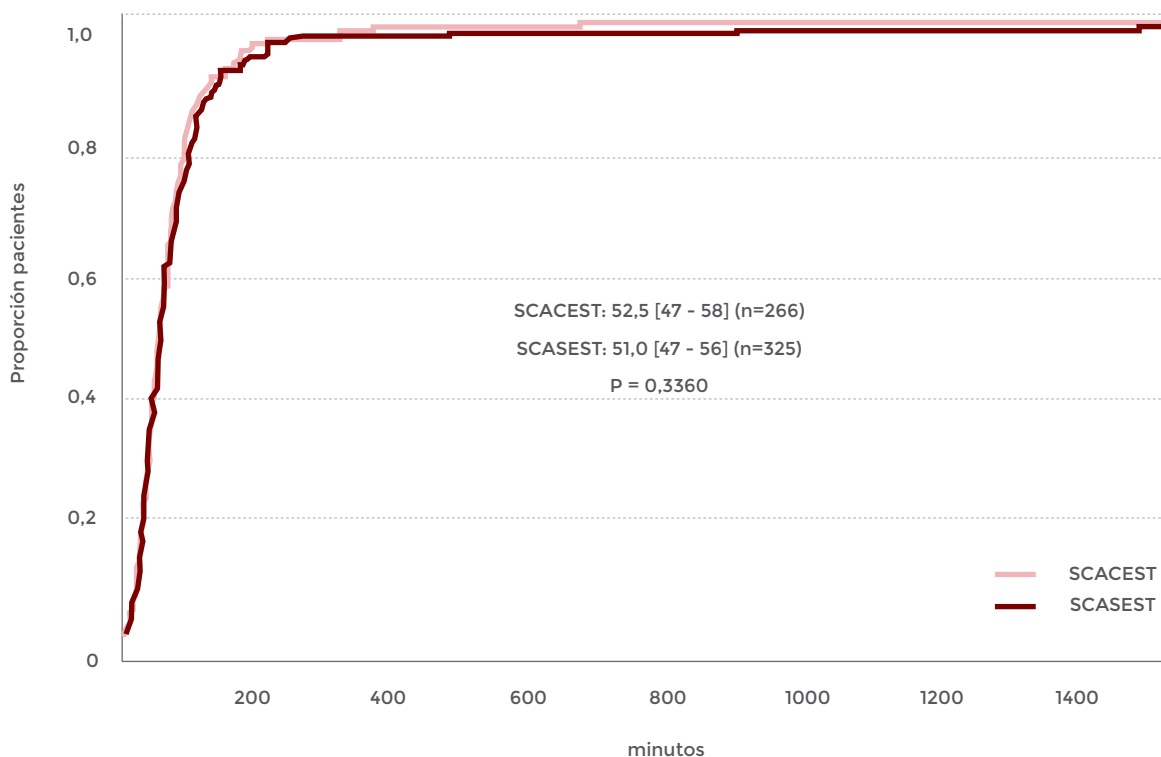
Figura 4: Tiempo síntomas - 1º ECG en pacientes que acuden por sistema sanitario.



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

No hay diferencias de tiempo desde el primer contacto (a través del S. de Urgencias) hasta la realización del primer electrocardiograma entre 51-52 minutos, siendo algo mayor que en el registro del año anterior que oscilaba entre 48-50 minutos. Aunque hay que comentar que se realiza antes en los pacientes con SCASEST.

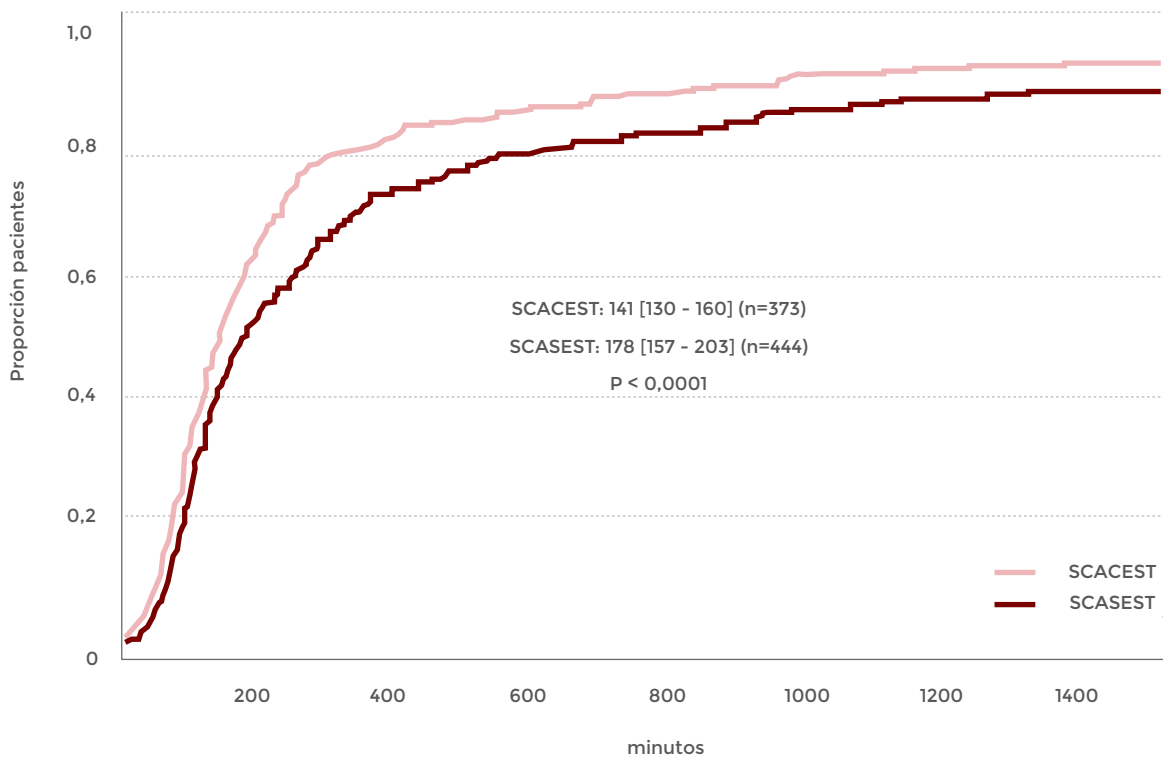
Figura 5: Tiempo 1º ECG - Llegada a urgencias en pacientes que acuden por sistema sanitario



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

Se puede afirmar que se tarda más en acudir al S de Urgencias desde el inicio de los síntomas en aquellos pacientes que sufren SCASEST, de forma significativa. También podemos afirmar que los tiempos han aumentado con respecto a años anteriores con una media de 10 minutos más en cada subgrupo.

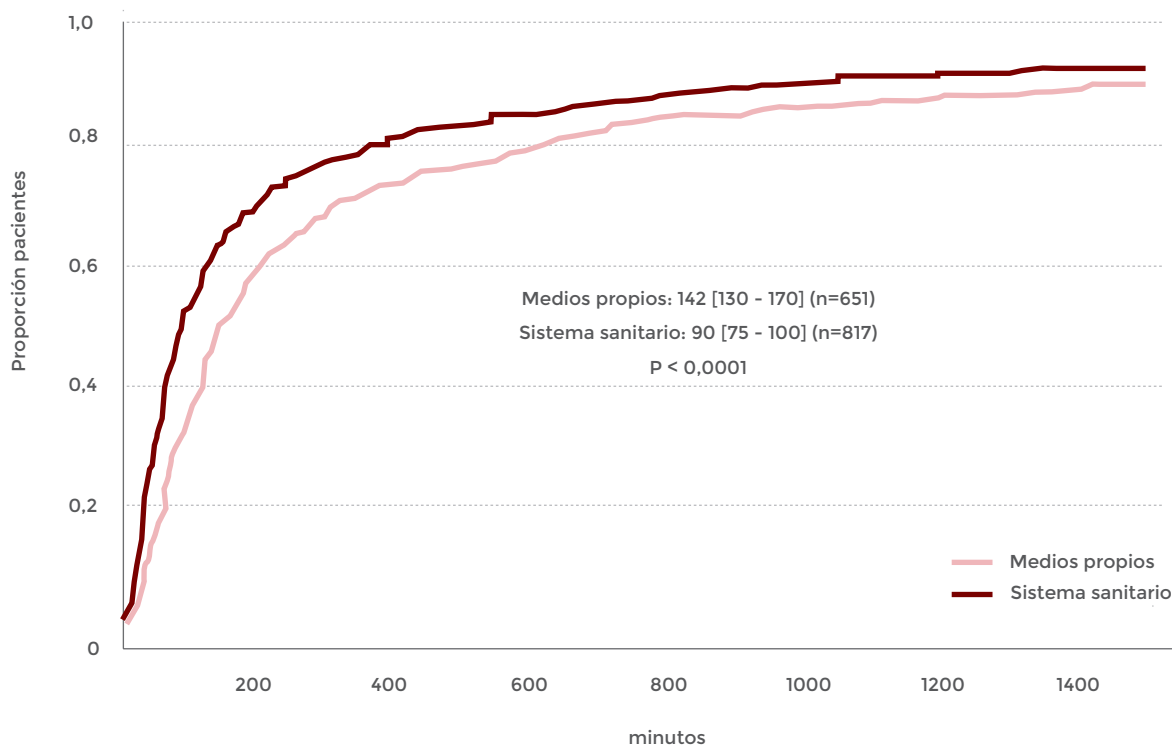
Figura 6: Tiempo síntomas - Llegada a urgencias en pacientes que acuden por sistema sanitario



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

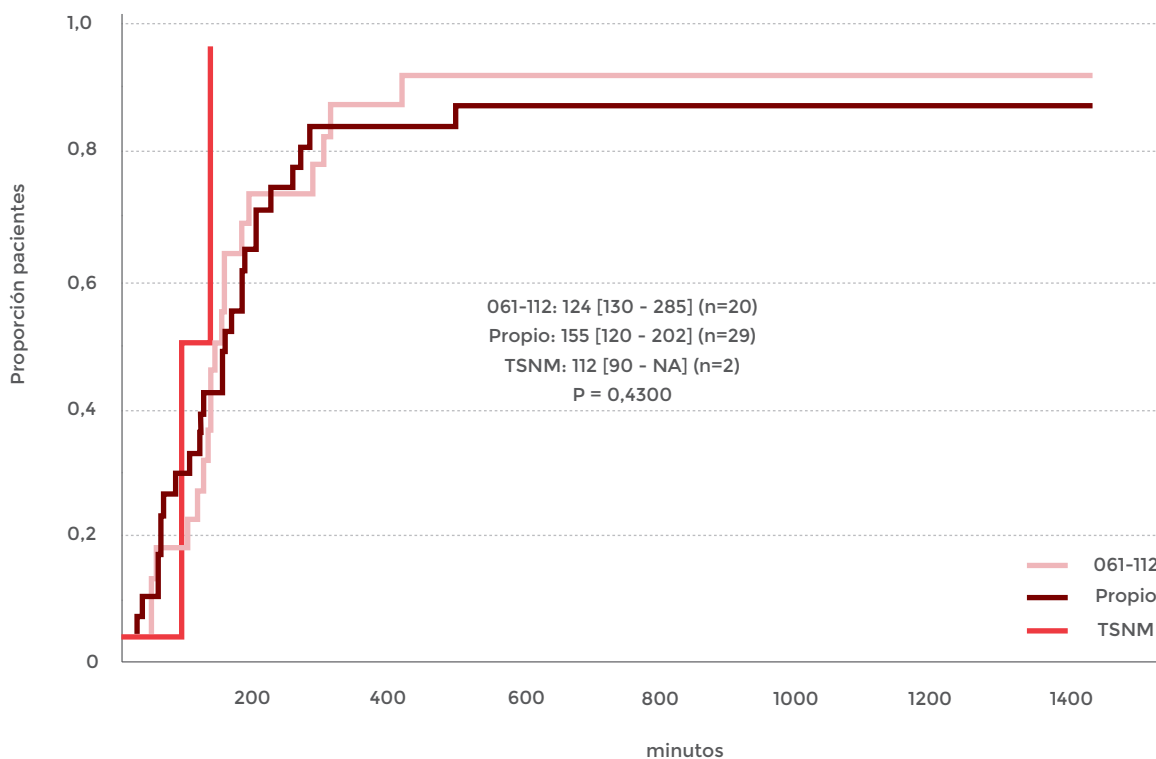
También se puede constatar que desde el momento del inicio de los síntomas acuden más rápidamente al sistema sanitario el subgrupo de pacientes que acuden a través del S Sanitario (SEM), que por medios propios. Se han aumentado los tiempos con respecto a los anteriores 11 minutos más de media en el grupo del S sanitario con un rango entre 75 y 100 minutos, mientras que en el grupo que acude por medios propios la media es de 142 minutos con un rango más amplio entre 130 y 170 minutos. Y también más lento que en el registro del año anterior que tenía una media de 129 minutos.

Figura 7: Tiempo síntomas - Primer contacto sanitario según forma de acceso (sistema sanitario vs medios propios)



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

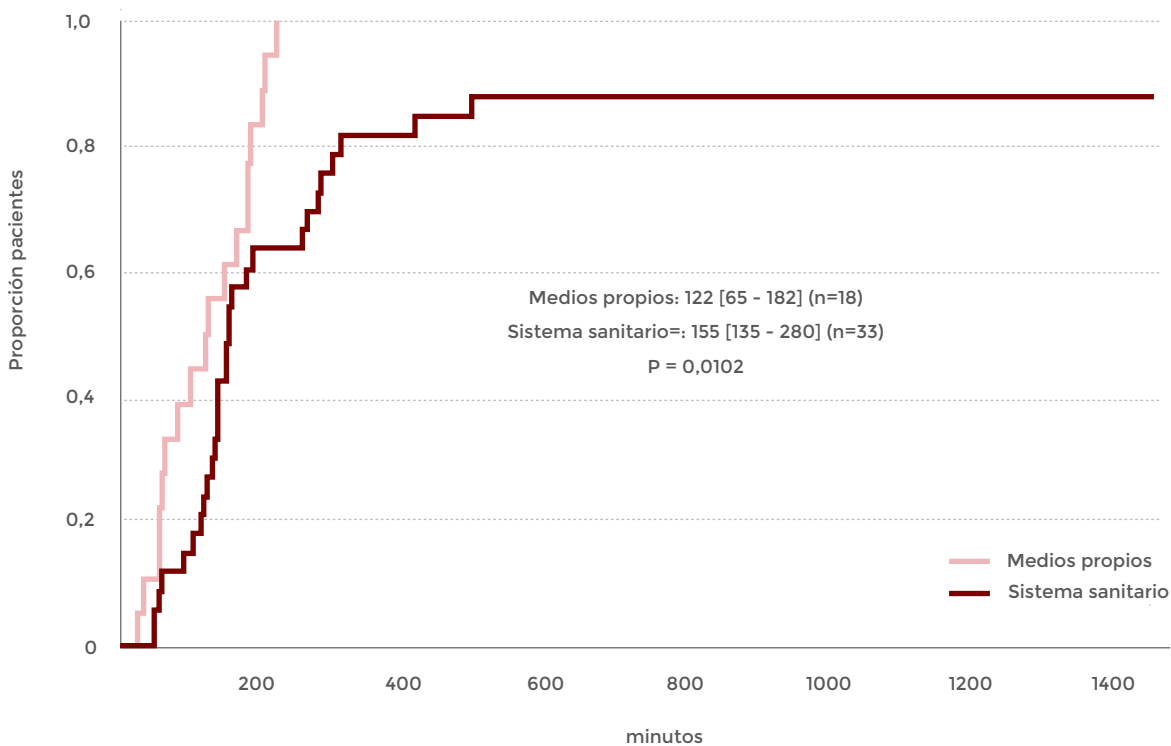
Figura 8: Tiempo síntomas - reperfusión en pacientes con SCACEST según el transporte



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

En los pacientes con SCACEST acuden mucho más rápidamente los que acuden por medios propios con respecto a los que usan los medios sanitarios tanto como una media de 32 minutos de diferencia, mantenida en años anteriores. Aunque hay que resaltar que se han alargado los tiempos una media de 30 minutos con respecto a años anteriores.

Figura 9: Tiempo síntomas - reperfusión en pacientes con SCACEST según la forma de acceso al hospital



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

3.5.3. Calidad de la atención pre-UCI

En este corte se siguen apreciando datos de infrautilización de recursos terapéuticos en el periodo previo a la llegada al hospital.

En el ámbito extrahospitalario, se mantiene la optimización de la terapia en los centros de atención primaria en algunas intervenciones. La realización de un EKG en un centro de salud es del 83% de los pacientes, la administración precoz de AAS (se mantiene en los últimos cortes en torno al 42%) aunque las recomendaciones indican que debe darse al 100% de los pacientes con sospecha de SCA sin contraindicaciones para su administración. Sin embargo, sigue siendo escasa la monitorización de arritmias potencialmente malignas (sólo se realiza al 21% de los pacientes), con una discreta mejoría en el momento actual. Aunque llama la atención el aumento del número de pacientes a los que se les canaliza una vía venosa central que

llega al 31%, por primera vez (Tabla 13). Este aspecto es especialmente importante teniendo en cuenta que casi un tercio de los pacientes (31,1%) acuden al centro de salud como primer contacto.

(Tabla 8). Afortunadamente, cuando el paciente llega a UCI estos problemas ya se han corregido en los sucesivos escalones asistenciales (Tabla 14).

Tabla 13: Calidad de la atención pre-UCI en pacientes que acuden por el sistema sanitario

	Centro de Salud ¹	061-1121	Urgencias ²	Otros ¹
ECCG	473/570 (83,0%)	298/371 (80,3%)	69/73 (94,5%)	20/78 (25,6%)
Analgesia	76/570 (13,3%)	128/371 (34,5%)	31/73 (42,5%)	4/78 (5,1%)
AAS/AAG	237/570 (41,6%)	216/371 (58,2%)	56/73 (76,7%)	9/78 (11,5%)
Monitorización	119/570 (20,9%)	266/371 (71,7%)	63/73 (86,3%)	7/78 (9,0%)
Vía venosa	175/570 (30,7%)	268/371 (72,2%)	65/73 (89,0%)	10/78 (12,8%)

⁽¹⁾ Se excluyen los pacientes que ingresan procedentes de planta y aquellos cuyo primer contacto fue urgencias habiendo acudido con transporte propio/familiar.

⁽²⁾ Se excluyen los pacientes trasladados desde otro hospital, ingresados directamente en UCI por el 112 y los procedentes de planta.

Si se analizan las dos subpoblaciones hay diferencias significativas justificadas fundamentalmente por la clínica en la administración de analgésicos en el grupo del SCACEST, así como en la administración de AAS. Sin importantes diferencias con respecto a años anteriores (Tabla 14).

Tabla 14: Calidad de la atención pre-UCI según tipo de SCA en pacientes que acuden por el sistema sanitario¹

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
ECG	1.086/1.124 (96,6%)	594/617 (96,3%)	492/507 (97,0%)	P = 0,4777
Analgesia	484/1.124 (43,1%)	303/617 (49,1%)	181/507 (35,7%)	P < 0,0001
AAS/AAG	954/1.124 (84,9%)	549/617 (89,0%)	405/507 (79,9%)	P < 0,0001
Monitorización	980/1.124 (87,2%)	531/617 (86,1%)	449/507 (88,6%)	P = 0,2123
Vía venosa	1.025/1.124 (91,2%)	561/617 (90,9%)	464/507 (91,5%)	P = 0,7262

⁽¹⁾ Se considera que no acuden a través del sistema sanitario aquellos pacientes que ingresan procedentes de planta y a aquellos cuyo primer contacto fue urgencias con transporte propio/familiar.

3.6. Fase hospitalaria

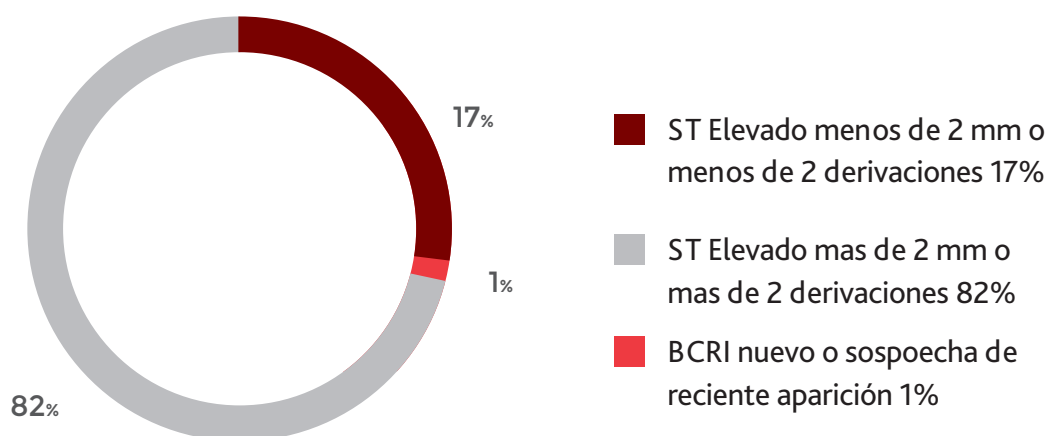
3.6.1. ECG al ingreso

Las características electrocardiográficas tanto en el SCACEST como en el SCASEST repiten los patrones de cortes anteriores. El 81% de los pacientes se diagnostica por elevación del ST en dos o más derivaciones concordantes, aunque el diagnóstico por BRIHH de nueva aparición ha descendido hasta el 1.4% con respecto a registros previos (Tabla 15).

Tabla 15: ECG inicial (SCACEST)

Característica	Incidencia
ST Elevado más de 2 mm o más de 2 derivaciones	742/910 (81,5%)
ST Elevado menos de 2 mm o menos de 2 derivaciones	155/910 (17,0%)
BCRI nuevo o sospecha de reciente aparición	13/910 (1,4%)

Figura 10. - Cambios de ST en el SCASEST



En la forma de presentación del SCASEST se mantiene la forma de presentación electrocardiográfica con respecto años anteriores (Tabla 16).

Tabla 16: ECG inicial (SCASEST)

Característica	Incidencia
Descenso de ST $\geq 0,5$ mm	208/896 (23,2%)
Descenso ST $< 0,5$ mm	168/896 (18,8%)
Inversión de T	167/896 (18,6%)
ECG normal	146/896 (16,3%)
Elevación transitoria ST (< 20 min)	75/896 (8,4%)
Patrón de tronco/multivaso	16/896 (1,8%)
Otros/desconocido	116/896 (12,9%)

Figura 11: Cambios de ST-T en el SCASEST

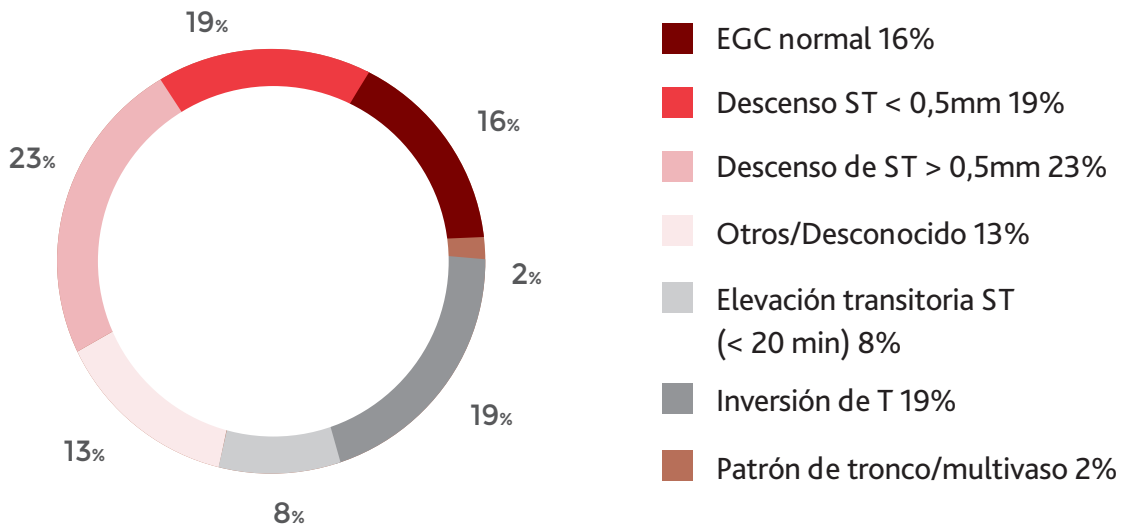
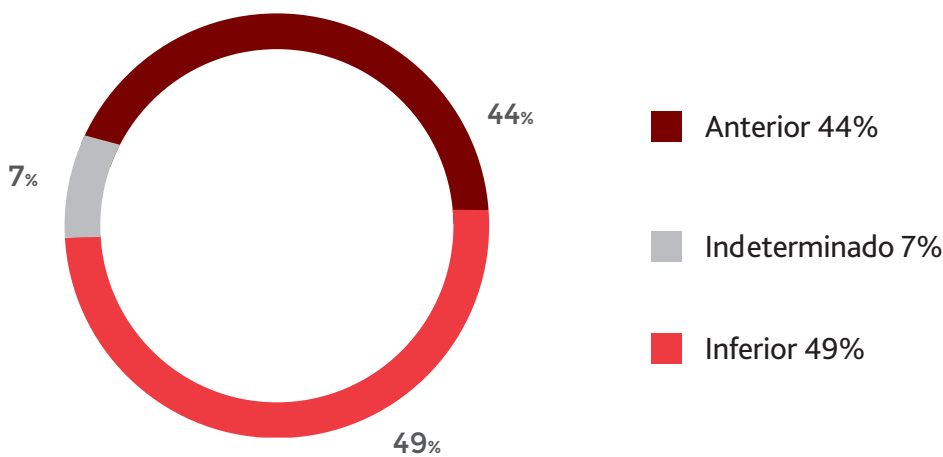


Figura 12: Localización en el SCACEST



Se mantiene de forma global la distribución en cuanto a localización del SCACEST, el 7% son de localización indeterminada, manteniéndose como en años anteriores, con casi el 50% de localización inferior, en detrimento de los localizados en la cara anterior (44%) Fig 12.

Las arritmias más frecuentes fueron, globalmente, la fibrilación auricular(6,9%) ,seguida de la bradicardia sintomática (3,7%), la taquicardia sinusal que se iguala a la fibrilación ventricular en este registro. La fibrilación auricular (FA) fue significativamente más frecuente en SCASEST (8,2%). La fibrilación ventricular, la bradicardia sintomática y el bloqueo cardiaco de alto grado fueron más frecuentes en el SCACEST: (Tabla 17).Se mantiene el resto de los hallazgos eléctricos con respecto a años anteriores.

Tabla 17: Arritmias al ingreso

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Taquicardia sinusal	63/1.831 (3,4%)	27/920 (2,9%)	36/911 (4,0%)	P = 0,2326
FV	61/1.831 (3,3%)	53/920 (5,8%)	8/911 (0,9%)	P < 0,0001
TVS	38/1.831 (2,1%)	27/920 (2,9%)	11/911 (1,2%)	P = 0,0095
Bradicardia sintomática	68/1.831 (3,7%)	56/920 (6,1%)	12/911 (1,3%)	P < 0,0001
Fibrilación / Flutter auricular	126/1.830 (6,9%)	51/919 (5,5%)	75/911 (8,2%)	P = 0,0234
Taquicardia supraventricular	18/1.831 (1,0%)	8/920 (0,9%)	10/911 (1,1%)	P = 0,6208
BAVC/AG	53/1.831 (2,9%)	43/920 (4,7%)	10/911 (1,1%)	P < 0,0001
Trastorno de conducción intraventricular agudo	13/1.831 (0,7%)	7/920 (0,8%)	6/911 (0,7%)	P = 0,7944
Disociación electromecánica	4/1.831 (0,2%)	4/920 (0,4%)	0/911 (0,0%)	P = 0,0463
Asistolia	13/1.831 (0,7%)	11/920 (1,2%)	2/911 (0,2%)	P = 0,0129

3.6.2. Características clínicas al ingreso

La gravedad de los pacientes incluidos en el corte es similar a la de años anteriores, aproximadamente un 20% de los pacientes presenta algún grado de insuficiencia cardiaca en el momento del ingreso (Tabla 18). El shock cardiogénico es más frecuente en el SCACEST (4.7%) mientras que el edema pulmonar sigue siendo más prevalente en el SCASEST (6%).

Los pacientes con SCASEST muestran mayor prevalencia de disfunción renal y mayor riesgo hemorrágico, de forma significativa, medido con la puntuación CRUSADE (Tabla 18).

La media de riesgo medida por GRACE Score es de 144,8, semejante al de años anteriores, pero alta dada la heterogeneidad de las unidades que participan en el registro. Siendo mayor de 152,3 en el grupo del SCACEST.

Tabla 18: Características clínicas al ingreso

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Frecuencia cardiaca				
• n	1.831	920	911	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	76 (66-88)	76 (65-87,25)	76 (66-89)	P = 0,1803
TA				
• n	1.831	920	911	
• sistólica	135 (119-153)	130 (114-149)	140 (122,5-159)	P < 0,0001
• diastólica	76 (65-89)	75 (65-89)	77 (66-88)	P = 0,3599
Killip al ingreso (%)				
• I	1.518/1.831 (82,9%)	769/920 (83,6%)	749/911 (82,2%)	P < 0,0001 (tendencia)
• II	178/1.831 (9,7%)	80/920 (8,7%)	98/911 (10,8%)	
• III	84/1.831 (4,6%)	30/920 (3,3%)	54/911 (5,9%)	
• IV	51/1.831 (2,8%)	41/920 (4,5%)	10/911 (1,1%)	
Escala TIMI				
• n		897	898	
• media (DS)		3,7 (2,2)	2,6 (1,3)	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)		3 (2-5)	2 (2-3)	
Puntuación GRACE				
• n	1.795	897	898	
• media (DS)	144,8 (37,8)	152,3 (35,6)	137,3 (38,4)	P < 0,0001
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	141 (120-167,5)	147 (127-172)	133 (110-161)	

Tabla 18: Características clínicas al ingreso (Cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
ClCr				
• n	1.800	902	898	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	84,03 (60,6-109,15)	88,43 (65,51-111,8)	80,18 (56,42-104,75)	P < 0,0001
>= 60 ml/min	1.361/1.800 (75,6%)	720/902 (79,8%)	641/898 (71,4%)	P = 0,0001
30-59 ml/min	370/1.800 (20,6%)	156/902 (17,3%)	214/898 (23,8%)	(tendencia)
< 30 ml/min	69/1.800 (3,8%)	26/902 (2,9%)	43/898 (4,8%)	
Riesgo hemorrágico (CRUSADE)				
• n	1.799	901	898	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	24 (14-36)	22 (12-33)	26 (16-39)	P < 0,0001

Fig 13: Killip de ingreso

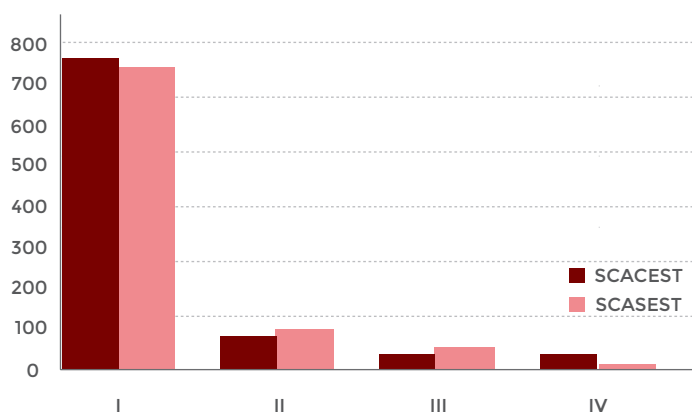
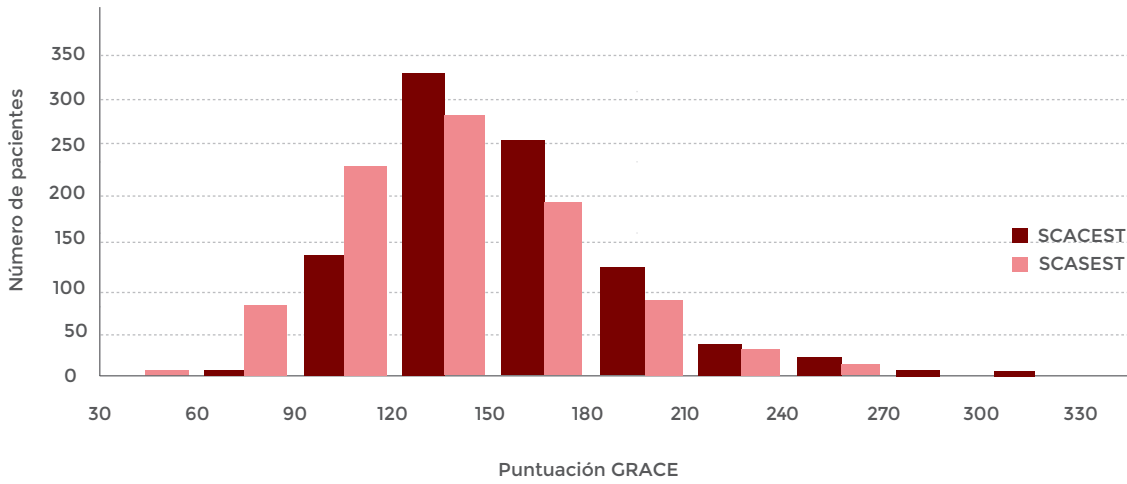


Figura 14: Puntuación GRACE



No hay cambios importantes con respecto a años anteriores en cuanto a la puntuación en la escala TIMI SCASEST en torno a 3,7 y 2,9 en el SCASEST.

Figura 15: Puntuación TIMI inicial (SCACEST)

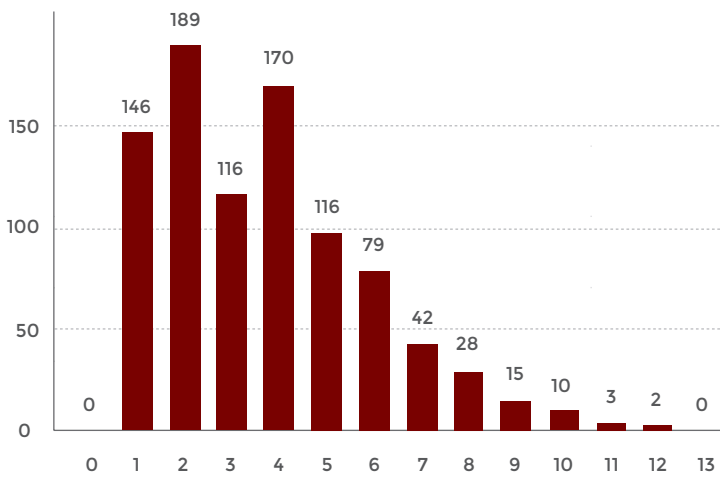
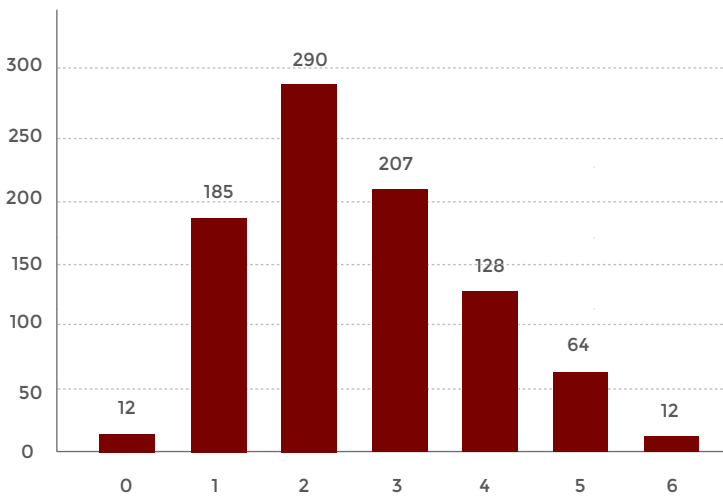


Figura 16: Puntuación TIMI inicial (SCASEST)



3.6.3. Reperusión coronaria

La reperusión coronaria mediante ICP (intervencionismo coronario percutáneo) y concretamente la angioplastia primaria se lleva a cabo de forma mayoritaria (84%), un 4% más que en el corte anterior (tabla 19, figura 18), creciendo en los dos últimos años en torno a un 9%. Cabe destacar que el 94% se reperfunden en las primeras 12 horas, semejante al año anterior.

Tabla 19: Método de reperusión en el SCACEST

Método	SCACEST (todos)
ICP primaria	772/920 (83,9%)
No realizada	56/920 (6,1%)
Trombolisis	51/920 (5,5%)
ICP tardía	41/920 (4,5%)

Tabla 20: Causas de exclusión de trombolisis en pacientes con SCACEST⁽¹⁾

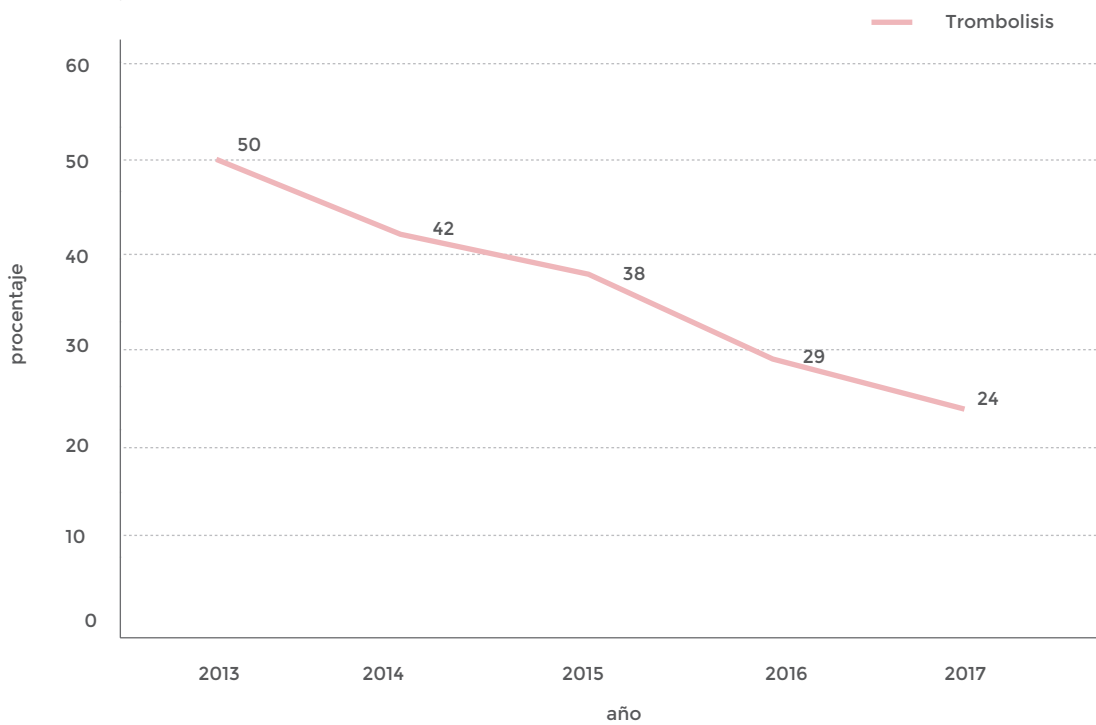
Causa de exclusión	n (%)
Retraso horario	11/91 (12,1%)
ECG en el límite	3/91 (3,3%)
Limitación de esfuerzo	2/91 (2,2%)
Otros	2/91 (2,2%)
Contraindicación absoluta	0/91 (0,0%)
Contraindicación relativa	0/91 (0,0%)

⁽¹⁾ Un paciente puede tener varias causas de exclusión. Se excluyen pacientes tratados con ICP primaria.

La principal causa de no realización de trombolisis (en ausencia de ICP) sigue siendo el retraso horario (12% de los casos de no trombolisis). Va disminuyendo el porcentaje de trombolisis que se realizan en UCI (50% en 2013, 42% en 2014 y 38% en el corte 2015 y 29% en el actual corte de 2016), este año es de un 24% y van aumentando las que se realizan a

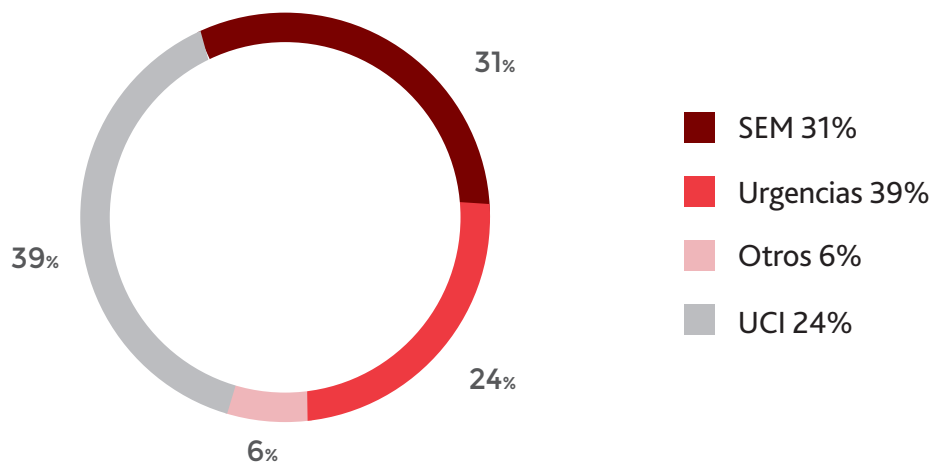
través del SEM desde 2013 (del 25 al 37%). El 29% de las trombolisis se realizan en Urgencias (figura 17).

Fig 17. Evolución de la trombolisis



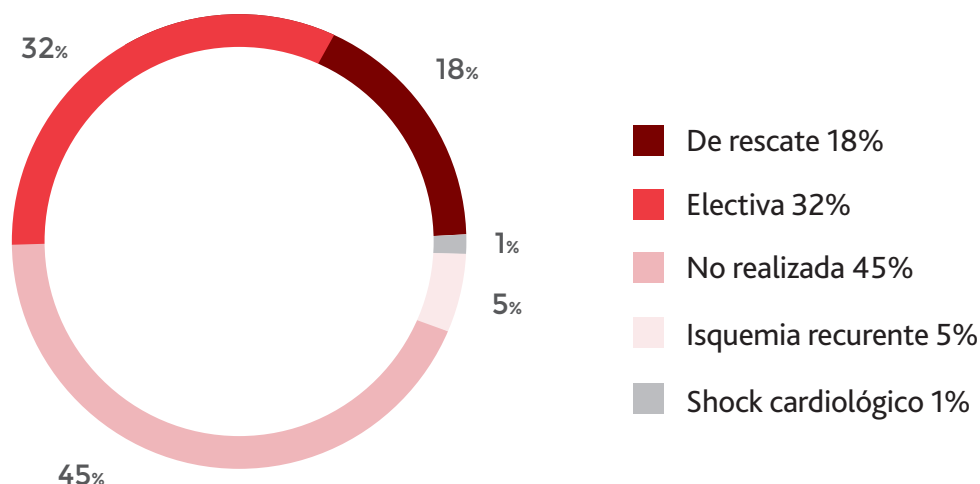
Principalmente la trombolisis se realiza en los S de Urgencias, ha aumentado un 10% con respecto a años anteriores en detrimento de los servicios de emergencia que desciende un 6 % y un 5% las unidades de cuidados intensivos, se mantiene en un 6% el epígrafe "otros" donde se incluyen centros de A. Primaria.

Figura 18: Lugar de realización de la trombolisis



Durante este corte se observa que las angioplastias posttrombolisis se mantienen cercanas al 20% las de rescate, descienden un 8% con respecto años anteriores las electivas y aumentan en ese mismo porcentaje las no realizadas. Aumentan en un 4% las angioplastias realizadas por isquemia recurrente y en un 2% las que se realizan por situación de shock cardiogénico (Fig 19).

Figura 19: Angioplastia post-trombolisis



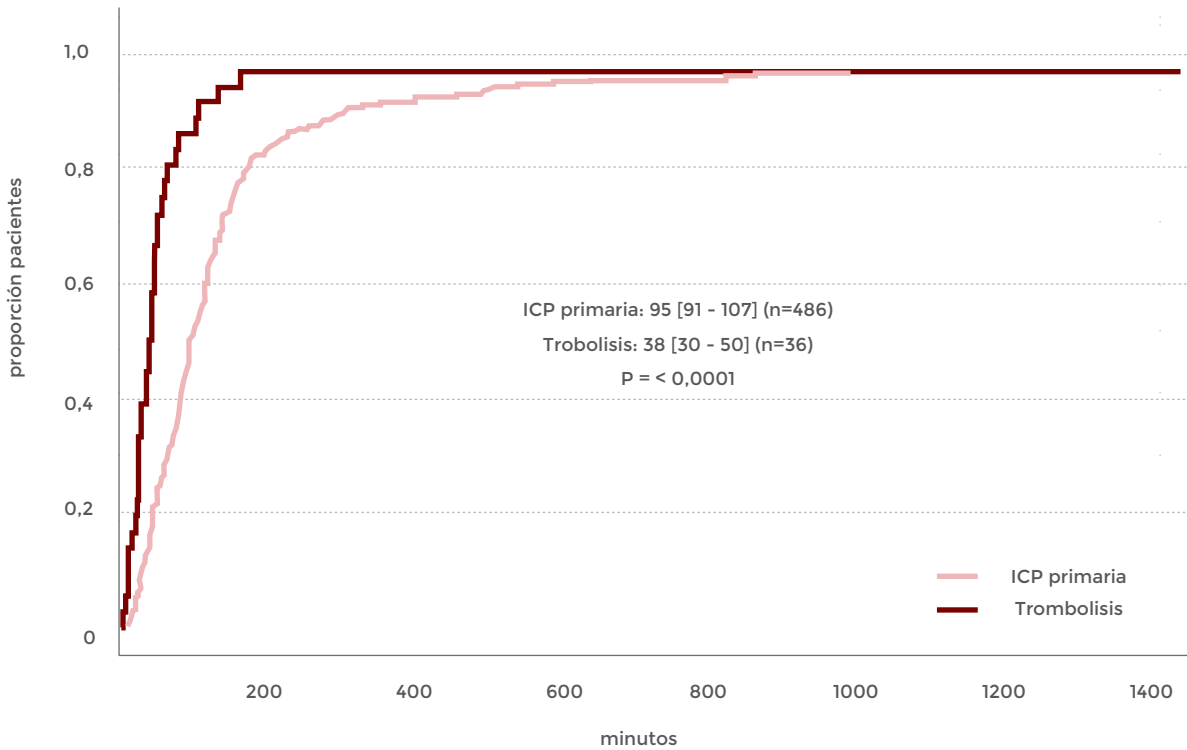
En el estudio del SCACEST, la mediana de tiempo desde la llegada a Urgencias del hospital y la trombolisis es de 38 minutos (tabla 21), menor que en años anteriores. En la cuarta parte de los pacientes se realiza la trombolisis dentro de los primeros 30 minutos desde su llegada al hospital. La mediana desde la llegada a Urgencias hasta la realización de ICP es de 95 minutos, (recorrido intercuartílico 55-153). En descenso claro en los últimos años.

El tiempo entre el comienzo de los síntomas y el primer contacto sanitario, en la trombolisis ha aumentado 30 minutos con respecto al año pasado, sin embargo en la rama de ICP el aumento es sólo de 4 minutos.

Tabla 21: Intervalos hasta la reperusión primaria

	Trombolisis	ICP primaria	P
Dolor-primer contacto	74 (30-138,25), (n=44)	84 (40-177), (n=529)	P = 0,2717
Dolor-urgencias	108 (57,5-168), (n=44)	120 (70-222), (n=529)	P = 0,1327
Urgencias-reperusión 1ª	38 (26,5-57,75), (n=36)	95 (55-153), (n=486)	P < 0,0001

Figura 20: Demora desde la llegada a urgencias hasta la reperusión primaria

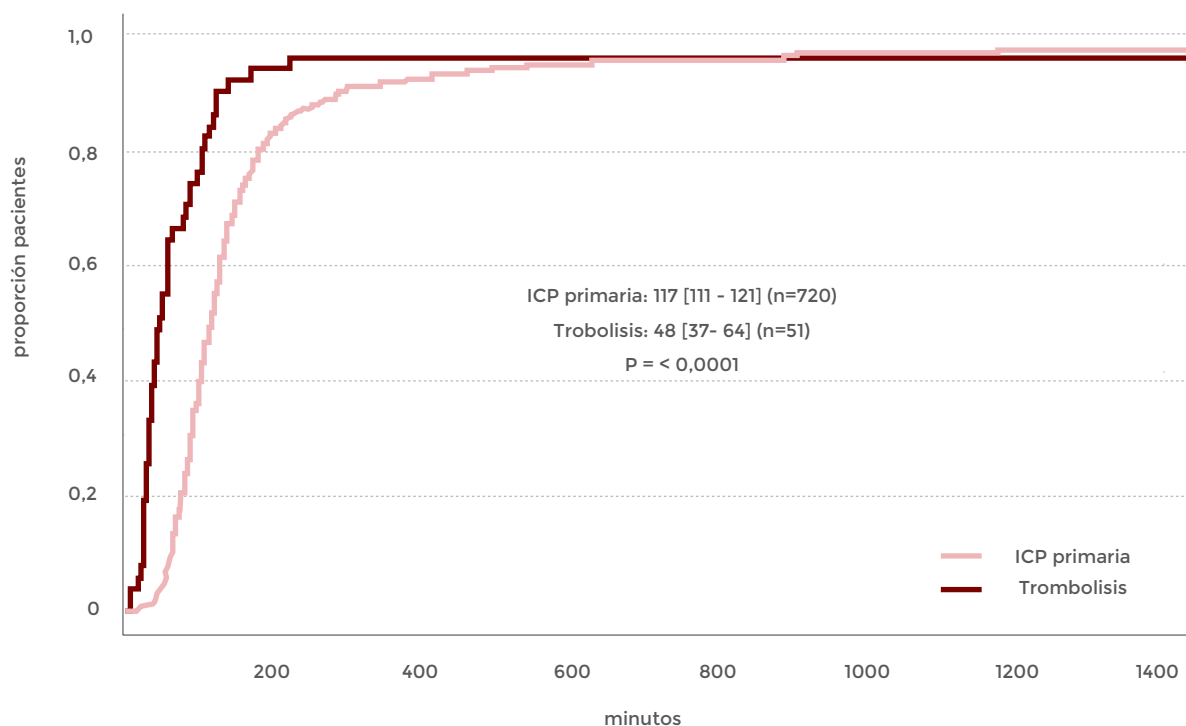


Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

La demora entre el primer contacto sanitario y la realización de la ICP (tiempo “puerta-balón”, figura 21) es de 117 minutos (recorrido intercuartílico 111-121), y apenas ha experimentado cambios respecto a años anteriores, quizás una tendencia a la baja.

Respecto a la demora entre el primer contacto sanitario y la realización de la trombolisis (tiempo “puerta-aguja”, figura 19), desciende a 48 min (30-103.75): 65 min (455-80) en 2015 y 60,5 minutos (55-71) en 2014 (figura 21).

Figura 21: Tiempos puerta-aguja y puerta-balón



Los resultados se expresan en minutos como medianas (intervalo de confianza al 95%).

3.6.4. Calidad de la atención pre-UCI

El 98.2% de los pacientes con SCA son tratados con doble antiagregación (tabla 22). El uso de la AAS está por encima del 96% en ambos grupos. Se consolida el uso de Ticagrelor, tanto en SCASEST (se ha mantenido en el último corte), como en SCACEST.

El uso del Prasugrel en el SCACEST, ha descendido al 13,6%. Otros antiagregantes como el Trifusal y la Ticlopidina han desaparecido en el uso hospitalario.

La utilización de antagonistas de la glicoproteína IIb/IIIa sigue limitado al uso de Abciximab en el contexto de la ICP, en torno al 5% de los casos. El uso de Tirofiban prácticamente ha desaparecido en los últimos años (menos de 2% de los pacientes).

Respecto a los anticoagulantes, no se aprecian diferencias respecto al corte anterior, se utiliza en torno al 90% de los pacientes con SCASEST y en el 77% de los pacientes con SCACEST. El anticoagulante más utilizado es la HBPM (71.5%), aunque resulta llamativo el uso de Fondaparinux en un 11.6% de los casos totales (19.4% del grupo SCASEST).

El resto del tratamiento farmacológico administrado (tabla 23) muestra características similares a la de cortes previos. El 8% de los pacientes con SCASEST, ha aumentado el uso de betabloqueantes (en el 64.7% de los pacientes que no presentan contraindicaciones) y una alta utilización de estatinas. El uso de aminas vasoactivas y de antiarrítmicos es más frecuente en los casos de SCACEST.

Tabla 22: Tratamiento antitrombótico

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Antiagregantes	1.788/1.820 (98,2%)	896/915 (97,9%)	892/905 (98,6%)	P = 0,2989
• Aspirina	1.754/1.820 (96,4%)	875/915 (95,6%)	879/905 (97,1%)	P = 0,0873
• Clopidogrel	865/1.820 (47,5%)	375/915 (41,0%)	490/905 (54,1%)	P < 0,0001
• Prasugrel	143/1.820 (7,9%)	124/915 (13,6%)	19/905 (2,1%)	P < 0,0001
• Ticagrelor	791/1.820 (43,5%)	404/915 (44,2%)	387/905 (42,8%)	P = 0,5496
• Trifusal	4/1.820 (0,2%)	2/915 (0,2%)	2/905 (0,2%)	P = 0,9912
• Ticlopidina	0/1.820 (0,0%)	0/915 (0,0%)	0/905 (0,0%)	P = 0,8147
• Otros	2/1.820 (0,1%)	1/915 (0,1%)	1/905 (0,1%)	P = 0,9938
Antagonistas IIb/IIIa	93/1.820 (5,1%)	77/915 (8,4%)	16/905 (1,8%)	P < 0,0001
• Abciximab	57/1.820 (3,1%)	42/915 (4,6%)	15/905 (1,7%)	P = 0,0003
• Eptifibatide	1/1.820 (0,1%)	1/915 (0,1%)	0/905 (0,0%)	P = 0,3198
• Tirofibán	33/1.820 (1,8%)	33/915 (3,6%)	0/905 (0,0%)	P < 0,0001
Anticoagulantes	1.525/1.820 (83,8%)	703/915 (76,8%)	822/905 (90,8%)	P < 0,0001
• HBPM	1.302/1.820 (71,5%)	650/915 (71,0%)	652/905 (72,0%)	P = 0,6344
• HNF	53/1.820 (2,9%)	34/915 (3,7%)	19/905 (2,1%)	P = 0,0403
• Fondaparinux	211/1.820 (11,6%)	35/915 (3,8%)	176/905 (19,4%)	P < 0,0001
• Bivalirudina	1/1.820 (0,1%)	1/915 (0,1%)	0/905 (0,0%)	P = 0,3198
• Otros	16/1.820 (0,9%)	5/915 (0,5%)	11/905 (1,2%)	P = 0,1263
• No administrados	295/1.820 (16,2%)	212/915 (23,2%)	83/905 (9,2%)	P < 0,0001

Ha descendido el consumo de los Nitratos es del 41%, pero con más tendencia al descenso del SCACEST, se mantiene el consumo de los IEKAs o ARA II en caso de no tolerancia. Se mantiene la tendencia al alza en el consumo de los betabloqueantes.

Se aprecia además una tendencia en el uso general de las estatinas (91,4%) pero sobre todo a dosis altas 64%. Así como el aumento del consumo de calcio antagonistas en torno al 9,6%, sobre todo en el grupo del SCASEST, por el Nifedipino.

El uso de inotropos es menor que en años anteriores (7,2%), pero sobre todo en el grupo de SCACEST de casi un 3%, desapareciendo prácticamente el uso de la Dopamina, aunque se mantienen el resto de los inotropos.

En el uso de los antidiabéticos se observa una tendencia al aumento, sobre todo en el grupo del SCASEST, a expensas de la insulina sc/iv.

Se mantiene el uso de los diuréticos, sin embargo analizando los diferentes grupos de diuréticos, se ve una tendencia a la baja en todos ellos (Tabla 23).

Tabla 23: Tratamiento no antitrombótico inicial en la UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Nitroglicerina/nitratos	742/1.817 (40,8%)	277/913 (30,3%)	465/904 (51,4%)	P < 0,0001
IECAs/ARA-II	1.207/1.819 (66,4%)	578/915 (63,2%)	629/904 (69,6%)	P = 0,0038
Betabloqueantes	1.187/1.820 (65,2%)	576/915 (63,0%)	611/905 (67,5%)	P = 0,0410
Bbloq. (no contraindicados)	1.176/1.637 (71,8%)	571/817 (69,9%)	605/820 (73,8%)	P = 0,0801
Hipolipemiantes	1.664/1.820 (91,4%)	831/915 (90,8%)	833/905 (92,0%)	P = 0,3508
• Estatinas dosis altas	1.171/1.820 (64,3%)	591/915 (64,6%)	580/905 (64,1%)	P = 0,8232
• Estatinas dosis habituales	499/1.820 (27,4%)	243/915 (26,6%)	256/905 (28,3%)	P = 0,4081
• Fibratos	7/1.820 (0,4%)	2/915 (0,2%)	5/905 (0,6%)	P = 0,2499
• Ezetimibe	3/1.820 (0,2%)	0/915 (0,0%)	3/905 (0,3%)	P = 0,0813

Tabla 23: Tratamiento no antitrombótico inicial en la UCI (cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Calcioantagonistas	175/1.820 (9,6%)	50/915 (5,5%)	125/905 (13,8%)	P < 0,0001
• Nifedipino, Amlodipino	145/1.820 (8,0%)	41/915 (4,5%)	104/905 (11,5%)	P < 0,0001
• Diltiazem	24/1.820 (1,3%)	9/915 (1,0%)	15/905 (1,7%)	P = 0,2077
• Verapamil	7/1.820 (0,4%)	1/915 (0,1%)	6/905 (0,7%)	P = 0,0564
Inotropos/vasoactivos	131/1.820 (7,2%)	86/915 (9,4%)	45/905 (5,0%)	P = 0,0003
• Dopamina	33/1.820 (1,8%)	24/915 (2,6%)	9/905 (1,0%)	P = 0,0092
• Dobutamina	66/1.820 (3,6%)	45/915 (4,9%)	21/905 (2,3%)	P = 0,0030
• Noradrenalina	82/1.820 (4,5%)	56/915 (6,1%)	26/905 (2,9%)	P = 0,0008
• Adrenalina	7/1.820 (0,4%)	4/915 (0,4%)	3/905 (0,3%)	P = 0,7158
• Inhibidores fosfodiesterasa	0/1.820 (0,0%)	0/915 (0,0%)	0/905 (0,0%)	P = 0,8147
• Levosimendan	17/1.820 (0,9%)	9/915 (1,0%)	8/905 (0,9%)	P = 0,8252
• Digoxina	6/1.820 (0,3%)	2/915 (0,2%)	4/905 (0,4%)	P = 0,4058
Antidiabéticos	395/1.820 (21,7%)	153/915 (16,7%)	242/905 (26,7%)	P < 0,0001
• Insulina sc/iv	371/1.820 (20,4%)	151/915 (16,5%)	220/905 (24,3%)	P < 0,0001
• ADO + Insulina	6/1.820 (0,3%)	1/915 (0,1%)	5/905 (0,6%)	P = 0,0991
• ADO orales	18/1.820 (1,0%)	1/915 (0,1%)	17/905 (1,9%)	P = 0,0001
Diuréticos	365/1.819 (20,1%)	166/915 (18,1%)	199/904 (22,0%)	P = 0,0393
Antagonistas aldosterona	65/1.820 (3,6%)	41/915 (4,5%)	24/905 (2,7%)	P = 0,0355

Tabla 23: Tratamiento no antitrombótico inicial en la UCI (cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
• Espironolactona	25/1.820 (1,4%)	17/915 (1,9%)	8/905 (0,9%)	P = 0,0743
• Eplerenona	40/1.820 (2,2%)	24/915 (2,6%)	16/905 (1,8%)	P = 0,2135
Antiarrítmicos	152/1.820 (8,4%)	81/915 (8,9%)	71/905 (7,8%)	P = 0,4376

3.6.5. Otros tratamientos y procedimientos diagnósticos

Se observa que el uso de procedimientos, tanto diagnósticos, como terapéuticos (Tabla 24) va disminuyendo de forma generalizada, manteniéndose el uso del marcapasos definitivo. Y la revascularización quirúrgica de aquellos pacientes que lo precisan por su patología. Esta tendencia se mantiene en los dos subgrupos de pacientes (SACASEST y SCACEST).

Entre los procedimientos terapéuticos no farmacológicos más utilizados (tabla 24) destaca el soporte ventilatorio (8,3%), seguido de las maniobras de RCP y desfibrilación (3,9% tabla 24), esta última más frecuente en pacientes con SCACEST. Se aprecian diferencias en este corte en el uso de ventilación mecánica entre ambos tipos de SCA, es más frecuente en los pacientes con SASEST siendo la modalidad más utilizada la ventilación no invasiva.

Respecto a los procedimientos diagnósticos (tabla 25), el más habitual en estos pacientes es la ecocardiografía 2D, se mantiene con respecto a cortes anteriores (91,4%) y el aumento del uso del Eco transesofágica en los pacientes con SCASEST. Llama la atención que el uso del catéter de Swan-Ganz se mantiene de forma global pero de forma más significativa aumenta en el grupo de pacientes con SCASEST, en situación Killip IV.

Tabla 24: Tratamiento no farmacológico durante la estancia en UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
RCP/Desfibrilación	68/1.740 (3,9%)	48/875 (5,5%)	20/865 (2,3%)	P = 0,0006
Cardioversión	32/1.739 (1,8%)	18/874 (2,1%)	14/865 (1,6%)	P = 0,4939
Ventilación	145/1.740 (8,3%)	65/875 (7,4%)	80/865 (9,2%)	P = 0,1698
• VM invasiva	79/1.740 (4,5%)	38/875 (4,3%)	41/865 (4,7%)	P = 0,6908

Tabla 24: Tratamiento no farmacológico durante la estancia en UCI (cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
• VM no invasiva	60/1.740 (3,4%)	24/875 (2,7%)	36/865 (4,2%)	P = 0,1048
Contrapulsación intra-aórtica	18/1.740 (1,0%)	14/875 (1,6%)	4/865 (0,5%)	P = 0,0190
Marcapasos temporal	25/1.740 (1,4%)	18/875 (2,1%)	7/865 (0,8%)	P = 0,0907
Marcapasos definitivo	14/1.740 (0,8%)	4/875 (0,5%)	10/865 (1,2%)	P = 0,1027
Cirugía cardíaca	41/1.740 (2,4%)	9/875 (1,0%)	32/865 (3,7%)	P = 0,0002

Tabla 25: Procedimientos diagnósticos durante la estancia en UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Swan-Ganz	4/1.740 (0,2%)	1/875 (0,1%)	3/865 (0,3%)	P = 0,3112
Swan-Ganz en Killip IV	3/90 (3,3%)	1/61 (1,6%)	2/29 (6,9%)	P = 0,1941
Eco 2D transtorácico	1.591/1.740 (91,4%)	812/875 (92,8%)	779/865 (90,1%)	P = 0,0410
Eco 2D en Killip IV	78/90 (86,7%)	51/61 (83,6%)	27/29 (93,1%)	P = 0,2155
Eco transesofágica	33/1.740 (1,9%)	11/875 (1,3%)	22/865 (2,5%)	P = 0,0492

El tipo de estrategia más frecuente en el SCASEST, tanto en hombres como en mujeres, es la estrategia invasiva precoz, en las primeras 72 h de ingreso (65,5%). No se aprecia brecha de género en el uso de estrategia invasiva en SCASEST (16,4% en varones frente a 17,7% en mujeres se abordaron de forma conservadora, $p=0,6296$).

En el SCACEST (tabla 26) se aprecian diferencias en función del género en la reperfusión mediante ICP primaria, pero no llega a ser estadísticamente significativa, además llama la atención que en los 212 casos de SCACEST de las mujeres en ninguno de ellos se indicase cateterismo por shock cardiogénico (se mantiene en los dos últimos casos).

Además hay diferencias poblacionales significativas entre los no realizados entre la población masculina 6,1% y la población femenina que es el doble 12,3%.

Tabla 26: Cateterismo en SCASEST por sexo

Cateterismo	Total	Varones	Mujeres	P
Urgente (<24h)	213/905 (23,5%)	157/634 (24,8%)	56/271 (20,7%)	P = 0,1831
Precoz (< 72 h)	380/905 (42,0%)	265/634 (41,8%)	115/271 (42,4%)	P = 0,8588
Electivo (> 72 h)	152/905 (16,8%)	104/634 (16,4%)	48/271 ç(17,7%)	P = 0,6296
No realizado	160/905 (17,7%)	108/634 (17,0%)	52/271 (19,2%)	P = 0,4367

Tabla 27: Uso de antagonistas IIb/IIIa según realización de cateterismo en SCASEST

Cateterismo	Total AG-IIb/IIIa	Abciximab	Eptifibatide	Tirofiban
Urgente (< 24 h)	8/16 (50,0%)	8/15 (53,3%)	0/0 (0,0%)	0/0 (0,0%)
Precoz (< 72 h)	8/16 (50,0%)	7/15 (46,7%)	0/0 (0,0%)	0/0 (0,0%)
Electiva (> 72 h)	0/16 (0,0%)	0/15 (0,0%)	0/0 (0,0%)	0/0 (0,0%)
No realizado	0/16 (0,0%)	0/15 (0,0%)	0/0 (0,0%)	0/0 (0,0%)

Tabla 28: Cateterismo en SCACEST por sexo

Cateterismo	Total	Varones	Mujeres	P
ICP Primaria	744/896 (83,0%)	578/684 (84,5%)	166/212 (78,3%)	P = 0,0356
ICP de rescate	27/896 (3,0%)	20/684 (2,9%)	7/212 (3,3%)	P = 0,7785
ICP por isquemia recurrente	7/896 (0,8%)	7/684 (1,0%)	0/212 (0,0%)	P = 0,1392
ICP electiva (>72h)	49/896 (5,5%)	36/684 (5,3%)	13/212 (6,1%)	P = 0,6268
Shock cardiogénico	1/896 (0,1%)	1/684 (0,1%)	0/212 (0,0%)	P = 0,5775
No realizada	68/896 (7,6%)	42/684 (6,1%)	26/212 (12,3%)	P = 0,0033

3.6.6. Evolución clínica

La cuarta parte de los pacientes (22.4%) desarrolla insuficiencia cardiaca durante su ingreso (Killip II-IV, Tabla 28) y el 5.1% presenta shock cardiogénico en algún momento de su evolución. Los pacientes con SCACEST, con respecto a los SCASEST, presentan con más frecuencia clínica de fallo cardiaco (Killip II) y shock cardiogénico.

Las complicaciones hemorrágicas ocurren en el 3,4% de los pacientes (tabla 28), afortunadamente son más frecuentes las hemorragias leves (2,2%), y no se aprecia aumento de su prevalencia con el aumento del uso de los nuevos antiagregantes. En el corte actual se aprecian diferencias significativas entre ambos tipos de SCA, que se debe tanto al aumento del número de eventos leves en SCASEST, como a la disminución de estos en SCACEST (2,9% vs 1,5%, $p=0,04$). Las hemorragias clínicamente moderadas o graves suponen menos de un 1,2%, pese a los cambios en el uso de Antiagregación (tabla 28).

Los defectos mecánicos son anecdóticos (0,95%), siendo en su mayoría insuficiencia mitral aguda sobre todo en los pacientes que han sufrido SCASEST, ocurre lo mismo con la CIV.

La incidencia de la pericarditis va en descenso como en años anteriores 1,3% frente a 1,8% del registro anterior.

Tabla 29: Complicaciones durante la estancia en UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Killip máximo				P = 0,0025
• I	1.393/1.800 (77,4%)	689/902 (76,4%)	704/898 (78,4%)	(tendencia)
• II	215/1.800 (11,9%)	108/902 (12,0%)	107/898 (11,9%)	
• III	101/1.800 (5,6%)	43/902 (4,8%)	58/898 (6,5%)	
• IV	91/1.800 (5,1%)	62/902 (6,9%)	29/898 (3,2%)	
Infarto o Reinfarto	40/1.755 (2,3%)	14/883 (1,6%)	26/872 (3,0%)	P = 0,0501
Hemorragias	59/1.753 (3,4%)	21/882 (2,4%)	38/871 (4,4%)	P = 0,0214
• Grave	11/1.753 (0,6%)	5/882 (0,6%)	6/871 (0,7%)	P = 0,7464
• Moderada	10/1.753 (0,6%)	3/882 (0,3%)	7/871 (0,8%)	P = 0,1976

Tabla 29: Complicaciones durante la estancia en UCI (Cont.)

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
• Leve	38/1.753 (2,2%)	13/882 (1,5%)	25/871 (2,9%)	P = 0,0447
Defecto mecánico	16/1.755 (0,9%)	9/883 (1,0%)	7/872 (0,8%)	P = 0,6333
• CIV	1/1.755 (0,1%)	0/883 (0,0%)	1/872 (0,1%)	P = 0,3141
• I. mitral aguda	8/1.755 (0,5%)	3/883 (0,3%)	5/872 (0,6%)	P = 0,4675
• Rotura cardíaca	7/1.755 (0,4%)	6/883 (0,7%)	1/872 (0,1%)	P = 0,0605
Pericarditis	23/1.755 (1,3%)	16/883 (1,8%)	7/872 (0,8%)	P = 0,0631

Al realizar el análisis de la estancia en las unidades de cuidados intensivos, se mantiene en $2,1 \pm 4,7$ días con un descenso por debajo de 2 días en el SCACEST a $1,8 \pm 3$ días y aumentando discretamente $2,5 \pm 6$ días en el SCASEST (Tabla 30).

Tras la salida de la UCI el 92% es trasladado a planta de hospitalización, aunque aumenta de forma progresiva en los últimos registros el porcentaje de pacientes trasladados a otro centro. También han aumentado de forma importante aquellos con destino desconocido hasta el 8,3%, aumentando un 5% con respecto al año anterior. La estancia hospitalaria se mantiene en 7,8 días $\pm 8,3$ días algo menor si analizamos el SCACEST que es de 6,7 días y con tendencia al descenso también en el SCASEST 8 días ± 9 días. (Tabla 31).

Llama la atención el descenso de la mortalidad en la UCI al 2,1% de forma global (0,8%) con respecto al año anterior y si lo estudiamos por grupos en el SCACEST ha descendido al 2,5% (1,6% con respecto al año pasado) y al 1,7% en el SCASEST 0,5% por debajo del registro anterior.

Tabla 30: Días de estancia y destino al alta de UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Días de estancia				P < 0,0001
• n	1760	882	878	
• media (DS)	2,1 (4,7)	1,8 (3,0)	2,5 (6,0)	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	1,31 (0,82- 2,25)	1,21 (0,59-1,9)	1,49 (1,01-2,5)	
Destino				P = 0,0830
• Planta	1.612/1.756 (91,8%)	819/883 (92,8%)	793/873 (90,8%)	
• Otro hospital	104/1.756 (5,9%)	41/883 (4,6%)	63/873 (7,2%)	
• Exitus	37/1.756 (2,1%)	22/883 (2,5%)	15/873 (1,7%)	
• Alta voluntaria	3/1.756 (0,2%)	1/883 (0,1%)	2/873 (0,2%)	
• Otros/Desconocido	158/1.914 (8,3%)	91/974 (9,3%)	67/940 (7,1%)	

Un análisis pormenorizado de la mortalidad, nos indica el descenso global de la mortalidad, no sólo en las unidades de cuidados intensivos, como ya se ha comentado anteriormente, sino que ha disminuido globalmente la mortalidad hospitalaria en un 1,2% y si realizamos un análisis por grupos también ha disminuido en los dos grupos. Este descenso se mantiene incluso en los análisis de la mortalidad a 30 días un 2% de forma global y en los dos grupos también. (Tabla 31).

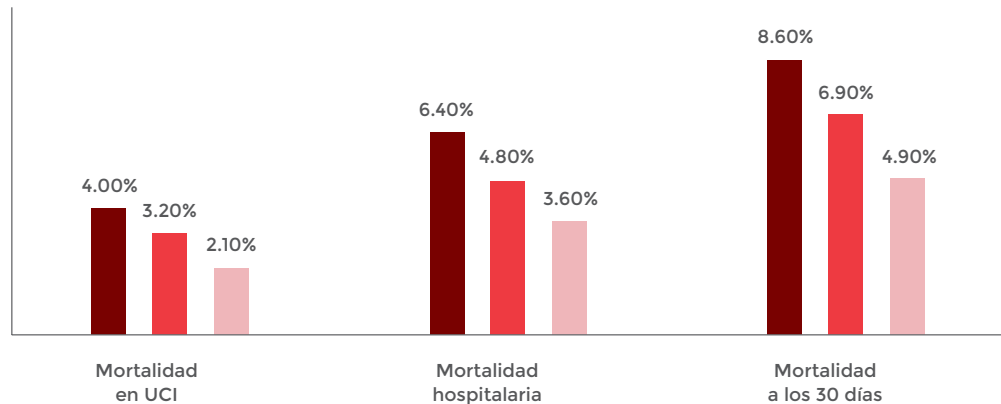
Tabla 31: Días de estancia y mortalidad hospitalaria

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Días de estancia hospital				< 0,0001
• n	1332	596	736	
• media (DS)	7,4 (8,3)	6,7 (7,3)	8,0 (9,0)	
• mediana (P ₂₅ -P ₇₅)	5,36 (3,54-8,09)	4,83 (3,37-7,27)	5,62 (3,9-8,88)	
Mortalidad en UCI	37/1.756 (2,1%)	22/883 (2,5%)	15/873 (1,7%)	P = 0,2593
Mortalidad hospitalaria	62/1.709 (3,6%)	35/859 (4,1%)	27/850 (3,2%)	P = 0,3208
Mortalidad a los 30 días	73/1.488 (4,9%)	42/731 (5,7%)	31/757 (4,1%)	P = 0,1406

Tabla 32. Estudio de mortalidad 2016-2017

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Mortalidad en UCI 2016	67/2.071 (3,2%)	46/1.135 (4,1%)	21/936 (2,2%)	P = 0,0206
Mortalidad en UCI 2017	37/1.756 (2,1%)	22/883 (2,5%)	15/873 (1,7%)	P = 0,2593
Mortalidad hospitalaria 2016	98/2.032 (4,8%)	64/1.115 (5,7%)	34/917 (3,7%)	P = 0,0334
Mortalidad hospitalaria 2017	62/1.709 (3,6%)	35/859 (4,1%)	27/850 (3,2%)	P = 0,3208
Mortalidad a los 30 días 2016	121/1.766 (6,9%)	72/966 (7,5%)	49/800 (6,1%)	P = 0,2713
Mortalidad a los 30 días 2017	73/1.488 (4,9%)	42/731 (5,7%)	31/757 (4,1%)	P = 0,1406

Fig 22. Estudio de mortalidad 2015-2017



El estudio de las causas de mortalidad en la UCI (Tabla 33) es interesante, el 60% de los pacientes fallece en situación de shock cardiogénico, un 10% más en el grupo de SCACEST, seguida de la insuficiencia cardíaca que es más frecuente en los pacientes que han sufrido SCASEST. La tercera causa es la muerte súbita que supone algo menos del 30% sin diferencia entre ambos grupos. Llama la atención que este año un 26,7% de los pacientes que fallecen por muerte súbita tienen como diagnóstico SCASEST, mientras en el pasado año todos eran del grupo SCACEST.

No ha fallecido ningún paciente por causa hemorrágica, en la UCI, y ha aumentado de forma muy importante (11%) la mortalidad de causa no cardíaca en el grupo de SCASEST en torno al 20% en este registro frente al 9,5% del registro anterior. Se mantiene en torno al 6% los fallecidos durante la ICP.

Tabla 33: Causas de muerte en UCI

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Shock cardiogénico	22/37 (59,5%)	14/22 (63,6%)	8/15 (53,3%)	P = 0,5309
Insuficiencia cardíaca	11/37 (29,7%)	4/22 (18,2%)	7/15 (46,7%)	P = 0,0627
Muerte súbita (DEM o FV)	10/37 (27,0%)	6/22 (27,3%)	4/15 (26,7%)	P = 0,9675
Hemorragia	0/37 (0,0%)	0/22 (0,0%)	0/15 (0,0%)	P = 0,2498
No cardíaca	4/37 (10,8%)	1/22 (4,5%)	3/15 (20,0%)	P = 0,1372
Durante ICP	2/37 (5,4%)	2/22 (9,1%)	0/15 (0,0%)	P = 0,2299

El análisis de la mortalidad hospitalaria (Tabla 34) arroja algunas diferencias con respecto a la mortalidad intrauci, persisten el shock cardiogénico y la insuficiencia cardíaca como primera causas de muerte pero aparece la hemorragia igualada a las causas no cardíacas como causas de muerte hospitalaria en el 8% de los casos.

Tabla 34: Causas de muerte hospitalaria

	Totales	SCACEST	SCASEST	P
Shock cardiogénico	10/25 (40,0%)	5/13 (38,5%)	5/12 (41,7%)	P = 0,8702
Insuficiencia cardíaca	8/25 (32,0%)	5/13 (38,5%)	3/12 (25,0%)	P = 0,4710
Muerte súbita (DEM o FV)	6/25 (24,0%)	3/13 (23,1%)	3/12 (25,0%)	P = 0,9104
Hemorragia	2/25 (8,0%)	1/13 (7,7%)	1/12 (8,3%)	P = 0,9529
No cardíaca	2/25 (8,0%)	1/13 (7,7%)	1/12 (8,3%)	P = 0,9529
Durante ICP	0/25 (0,0%)	0/13 (0,0%)	0/12 (0,0%)	P = 0,8415

Con respecto al estudio de la mortalidad, según la técnica de reperfusión, ha descendido de forma significativa con respecto a años anteriores tanto la mortalidad en pacientes a los que se les ha realizado trombolisis (descenso de un 4,1%), ICP primaria (descenso del 1,8%) y de forma paralela la mortalidad de los pacientes a los que se les ha reperfundido por ICP primaria. No ocurre lo mismo en los pacientes a los que no se les ha reperfundido, en este grupo ha aumentado la mortalidad en la UCI en torno a un 1,4% y la mortalidad hospitalaria un 4,3% con respecto a años anteriores.

Tabla 35: Mortalidad en el SCACEST según el modo de reperfusión

	Todos	No reperfusión	Trombolisis	ICP Primaria	P
Alta de UCI	22/841 (2,6%)	5/52 (9,6%)	3/47 (6,4%)	11/701 (1,6%)	P < 0,0001
Alta hospital	35/859 (4,1%)	8/53 (15,1%)	4/50 (8,0%)	20/715 (2,8%)	P < 0,0001

3.6.7. Calidad de la atención hospitalaria

A pesar de la variabilidad por el número de centros participantes, hay que resaltar el cambio con respecto a registros de años previos. Mantenemos el tiempo entere el primer contacto médico y el momento del diagnóstico en 8 minutos dentro del estándar deseable. Ha mejorado el porcentaje de pacientes que llegan a la reperfusión primaria en el SCACEST llegando casi al 90% y los tiempos puerta-balón 118 minutos y puerta-aguja 48 minutos que han sido inferiores a 120 min.

Quedan como ítems a mejorar la administración de AAS en UCI (96,4%), frente al 100% deseable y más lejos estamos en la administración de betabloqueantes sin contraindicaciones que ha aumentado hasta el 71,8% de los pacientes, pero muy lejos del 100% deseable, los IEKAs o ARA II se quedan en 66,3% y se realizan ecocardiografías en la UCI al 92 % de los pacientes (Tabla 36).

Tabla 36: Indicadores de calidad hospitalaria

Indicador¹	n	%
% Trombolisis en SCACEST (No ICP ^a , no contraind. TRL, sint-1 ^a atención <12h)	49/93	52,7%
% Trombolisis en SCACEST de <2h (No ICP ^a , no contraind. TRL, sint-1 ^a atención <2h)	31/60	51,7%
% Urg - TRL < 90 min (SCACEST + TRL)	31/36	86,1%
% Reperfusión 1 ^a (SCACEST)	823/920	89,5%
T ^o Urg - ECG (SCA todos)	1357	8 (5-13)
T ^o Urg - TRL (SCACEST + TRL)	36	38 (26,5-57,8)
T ^o Puerta - aguja ⁽²⁾ (SCACEST + TRL)	51	48 (31,5 - 94,5)
T ^o Urg - balón (SCACEST + ICP 1 ^a)	492	98,5 (56,5 - 155)
T ^o Puerta - balón ⁽²⁾ (SCACEST + ICP 1 ^a)	726	118 (85 - 169)
Coronariografía (SCASEST)	748/911	82,1%
Aspirina en UCI (SCA todos)	1.754/1.820	96,4%
Tienopiridinas (SCA todos)	1.719/1.820	94,5%
Antagonistas IIb/IIIa (SCASEST)	16/905	1,8%

Tabla 36: Indicadores de calidad hospitalaria (cont.)

Indicador ¹	n	%
Anticoagulantes (SCAEST)	822/905	90,8%
Betabloqueantes (SCA todos sin contraind.)	1.176/1.637	71,8%
IECAs y/o ARA-II (SCA todos)	1.207/1.820	66,3%
Hipolipemiantes (SCA todos)	1.664/1.820	91,4%
Ecocardiograma (SCA todos)	1.605/1.745	92,0%

⁽¹⁾ Los valores se expresan como porcentajes o como mediana con (percentil 25 - percentil 75).

⁽²⁾ "Puerta" es el primer contacto sanitario.

Los indicadores de calidad hospitalaria estudiados por sexos no muestran ninguna diferencia con respecto a la calidad tratamiento recibido en ninguno de los parámetros estudiados (Tabla 37).

Tabla 37: Indicadores de calidad hospitalaria por sexo

Indicador ¹	Varones		Mujeres		P
	n	%	n	%	
% Trombolisis en SCACEST ⁽³⁾	37/66	56,1%	12/27	44,4%	P = 0,3085
% Trombolisis en SCACEST de <2h ⁽³⁾	21/41	51,2%	10/19	52,6%	P = 0,9189
% Urg - TRL < 90 min (SCACEST + TRL)	23/25	92,0%	8/11	72,7%	P = 0,1235
% Reperusión 1ª (SCACEST)	634/700	90,6%	189/220	85,9%	P = 0,0495
Tº Urg - ECG (SCA todos)	980	8 (5-13)	377	8 (5-13)	P = 0,4825
Tº Urg - TRL (SCACEST + TRL)	25	39 (27-57)	11	37 (25-77,5)	P = 0,9863
Tº Puerta - aguja ⁽²⁾ (SCACEST + TRL)	39	48 (34-86,5)	12	46,5 (27,8-109)	P = 0,9116

Tabla 37: Indicadores de calidad hospitalaria por sexo (cont.)

Indicador ¹	Varones		Mujeres		P
	n	%	n	%	
Tº Urg - balón (SCACEST + ICP 1ª)	387	96 (50-154,5)	105	100 (66-160)	P = 0,5355
Tº Puerta - balón ⁽²⁾ (SCACEST + ICP 1ª)	565	116 (84-170)	161	121 (90-165)	P = 0,5096
Coronariografía (SCASEST)	529/638	82,9%	219/273	80,2%	P = 0,3308
Aspirina en UCI (SCA todos)	1.289/1.330	96,9%	465/490	94,9%	P = 0,0410
Tienopiridinas (SCA todos)	1.266/1.330	95,2%	453/490	92,4%	P = 0,0236
Antagonistas IIb/IIIa (SCASEST)	16/634	2,5%	0/271	0,0%	P = 0,0083
Anticoagulantes (SCASEST)	580/634	91,5%	242/271	89,3%	P = 0,2972
Betabloqueantes (SCA todos sin contraind.)	867/1.191	72,8%	309/446	69,3%	P = 0,1594
IECAs y/o ARA-II (SCA todos)	889/1.330	66,8%	318/490	64,9%	P = 0,4363
Hipolipemiantes (SCA todos)	1.226/1.330	92,2%	438/490	89,4%	P = 0,0591
Ecocardiograma (SCA todos)	1.169/1.270	92,0%	436/475	91,8%	P = 0,8600

⁽¹⁾ Los valores se expresan como porcentajes o como mediana con (percentil 25 - percentil 75).

⁽²⁾ "Puerta" es el primer contacto sanitario.

⁽³⁾ (No ICPª, no contraind. TRL, sint-1ª atención <2h).

4. CONCLUSIONES

1. Se mantiene la actividad del registro con un discreto descenso del número de centros y en consecuencia de los pacientes reclutados en el registro.
2. El grado de cumplimentación de las variables es notable, sin embargo el seguimiento de los pacientes a 30 días es algo menor, es uno de los problemas a los que se enfrenta de forma crónica el registro, debido a la cantidad de población flotante de algunas comunidades.
3. La población tiene un número mayor de comorbilidades a la vista de las recogidas en el registro y de los fármacos que el paciente tenía prescritos previamente al episodio coronario.
4. De los pacientes registrados, el porcentaje de ellos con SCACEST supera a los que sufren SCASEST, con mayor prevalencia entre los primeros del hábito tabáquico mientras que los segundos son exfumadores pero obesos.
5. La mayor parte de los pacientes acuden a través del Sistema sanitario, siendo los servicios de Urgencias la puerta de entrada en el caso de SCASEST y los centros de Atención Primaria y SEM-112 en el caso del SCACEST.
6. Se sigue apreciando la infrautilización de los recursos terapéuticos, en el periodo previo a la llegada al Hospital, corrigiéndose en los sucesivos escalones asistenciales. Al mismo tiempo se generaliza el uso de la angioplastia primaria en las primeras doce horas y llama la atención en este último registro el alargamiento de los tiempos de atención a los pacientes, aunque manteniéndonos dentro de los límites marcados como óptimos por los estándares de calidad de las guías recientemente publicadas. Así como el descenso de número de fibrinólisis dentro de la casuística.
7. Se afianza el descenso en el uso de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos de forma generalizada.
8. En los análisis de los scores pronósticos llama la atención el GRACE score tan alto de media en el registro dada la heterogeneidad de la población analizada. Además la nula incidencia de complicaciones hemorrágicas intrauci en este corte.
9. Hay que resaltar la tendencia observada desde el anterior registro y que se afianza de descenso de la mortalidad global y en ambos subgrupos. En la UCI, a expensas de los pacientes con SCACEST, siendo inferior a la pronosticada por la escala GRACE. El shock cardiogénico y la insuficiencia cardíaca son las dos principales causas, llama la atención que se ha igualado la mortalidad por muerte súbita entre ambos grupos SCACEST y SCASEST.

5. PUBLICACIONES

1. Manuel Almendro Delia ¿Resultan seguros y efectivos los nuevos antiagregantes prasugrel y ticagrelor en pacientes con síndrome coronario agudo del "Mundo Real"? Cardio-teca.com SCA 20 Noviembre 2017.
2. de-Miguel-Balsa, Eva; Latour-Pérez, Jaime; Baeza-Román, Anna; Amorós-Verdú, Cristina; Fernández-Lozano, Juan Antonio (2017): GRACE Score Validation in Predicting Hospital Mortality. Analysis of the Role of Sex. En: Journal of women's health (2002). DOI: 10.1089/jwh.2016.5940.
3. Medina-Rodríguez, Kristel E.; Almendro-Delia, Manuel; García-Alcántara, Ángel; Arias-Garrido, José J.; Rodríguez-Yáñez, Juan C.; Alonso-Muñoz, Gemma et al. (2017): Prognostic implication of early ventricular fibrillation among patients with ST elevation myocardial infarction. En: Coronary artery disease 28 (7), pág. 570–576. DOI: 10.1097/MCA.0000000000000532.
4. Pola-Gallego-de-Guzmán, María Dolores; Ruiz-Bailén, Manuel; Martínez-Arcos, Maria-Angeles; Gómez-Blizniak, Artur; Castillo Rivera, Ana-Maria; Molinos, Jesus Cobo (2017): Implant of permanent pacemaker during acute coronary syndrome. Mortality and associated factors in the ARIAM registry. En: European heart journal. Acute cardiovascular care, 2048872617700867. DOI: 10.1177/2048872617700867.
5. de-Miguel-Balsa E1, Latour-Pérez J1, Baeza-Román A1, Amorós-Verdú C1, Fernández-Lozano JA. GRACE Score Validation in Predicting Hospital Mortality: Analysis of the Role of Sex. J Women's Health (Larchmt). 2017 Jan 20. Doi: 10.1089/jwh.2016.5940.
2. Baeza Román A, Latour Pérez J, de Miguel Balsa E, Pino Izquierdo K, Coves Orts FJ, García Ochando L, de la Torre Fernández MJ; Grupo ARIAM-SEMICYUC. Uso de estrategia invasiva precoz en pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Med Clin (Barc). 2014 May 20;142(10):427-31. doi: 10.1016/j.medcli.2013.01.045.
6. "ANÁLISIS DE LA DISPARIDAD POR SEXOS EN POBLACIÓN EXTRANJERA Y ESPAÑOLA INGRESADA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) REGISTRO ARIAM-SEMICYUC" Póster Oral Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor // Hospital General Universitario de Elche. LII CONGRESO NACIONAL DE LA SEMICYUC.



Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias
Paseo de la R. Cristina, 36, 28014 Madrid
www.semicyuc.org