# Informe de Actividad
# Registro ARIAM
# SEMICYUC

## Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio

**Autores:**

Dra. Dña. María Ángeles Rodríguez Esteban,
Coordinadora e Investigadora Principal registro ARIAM SEMICYUC.
Vicecoordinadora de la Junta Directiva de la SEMICYUC.

Dr. D. José Garnacho Montero.
Vicepresidente de la SEMICYUC.

Carola Giménez-Esparza Vich,
Presidenta de la SEMICYUC.

1. INTRODUCCIÓN

2. CONTEXTO HISTÓRICO. HISTORIA DEL REGISTRO ARIAM

3. MISIÓN Y OBJETIVOS DEL REGISTRO

4. ACTIVIDAD ACTUAL ARIAM – SEMICYUC

5. OTRAS ACTIVIDADES DESTACABLES

6. CONCLUSIONES

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial son la principal causa de muerte y concretamente la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte cardiovascular. Estudiar la cardiopatía isquémica de forma específica, sus factores de riesgo y su distribución dentro del territorio nacional es prioritario. Ofreciendo una visión global, así como las tasas de mortalidad, la incidencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia como principales causas de enfermedad cardiovascular entre otras, así como las comorbilidades asociadas.

Dado que más del 80% de las enfermedades cardiovasculares son prevenibles es conveniente medir las tendencias a nivel nacional con el fin de realizar las intervenciones no sólo a nivel asistencial sino también en políticas de prevención y gestión, apoyados en datos reales y actualizados. El registro ARIAM pretende desde su orígen dar una imagen a tiempo real de la incidencia de la cardiopatía isquémica y de las comorbilidades asociadas, así como del consumo de recursos y su gestión dentro del sistema sanitario de nuestro país.

## 2. CONTEXTO HISTÓRICO. HISTORIA DEL REGISTRO ARIAM

La cardiopatía isquémica aguda es desde la creación de las unidades de cuidados intensivos una patología muy grave y de alta incidencia. Inicialmente no existían terapias eficaces, se trataban las complicaciones posteriores (arritmias malignas, fallo cardiaco).

Con la llegada de la fibrinolisis como método inicial de reperfusión miocárdica, descendió la mortalidad. Sin embargo, era fundamental la precocidad en la administración del fibrinolítico para disminuir la morbilidad. El registro ARIAM se crea en 1994, por médicos intensivistas

preocupados por las altas tasas de morbimortalidad que en aquel momento presentaba la cardiopatía isquémica y con el fin de mejorar la atención en todos aquellos aspectos que hiciesen aumentar la calidad asistencial en dicho proceso y la posterior calidad de vida de los supervivientes.

Desde el 2010 se denomina el registro se denomina REGISTRO ARIAM-SEMICYUC y está integrado dentro del Grupo de trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP de la SEMICYUC (Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias). Siendo en el momento actual el mayor registro nacional de Cardiopatía Isquémica existente. En mayo de 2012, fue reconocido como un registro de Interés para el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Siendo considerado su cumplimentación, en algunas CCAA, como indicador de calidad asistencial dentro de los cuidados cardiológicos.

## 3. MISIÓN Y OBJETIVOS DEL REGISTRO

Nuestra misión es la de mejorar la calidad en la asistencia en el Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Objetivos:

1. Detectar áreas de mejora en la práctica clínica.
2. Analizar variaciones en la práctica clínica a lo largo de los años.
3. Proporcionar feedback sobre los propios resultados y poder realizar comparaciones con los mejores estándares y con otras Ucis del mismo nivel asistencial(benchmarking).
4. Generar conocimiento a través de:

a- Estudios epidemiológicos descriptivos de:
Morbimortalidad.
Prevalencia de factores de riesgo.

b- Investigación sobre resultados clínicos en condiciones asistenciales reales (seguridad, efectos adversos, etc.).

c- Análisis del coste de la atención sanitaria y evaluaciones económicas.

## 4. ACTIVIDAD ACTUAL ARIAM – SEMICYUC

La actividad fundamental de la que obtenemos la mayor parte de la información es a través de un corte anual de 3 meses (1 de febrero-30 de abril), en el que participan las unidades de cuidados intensivos de hospitales de cualquier nivel asistencial que traten pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) de España. Las bases del registro se pueden encontrar en la página de la SEMCYUC https://www.ariam.org/.

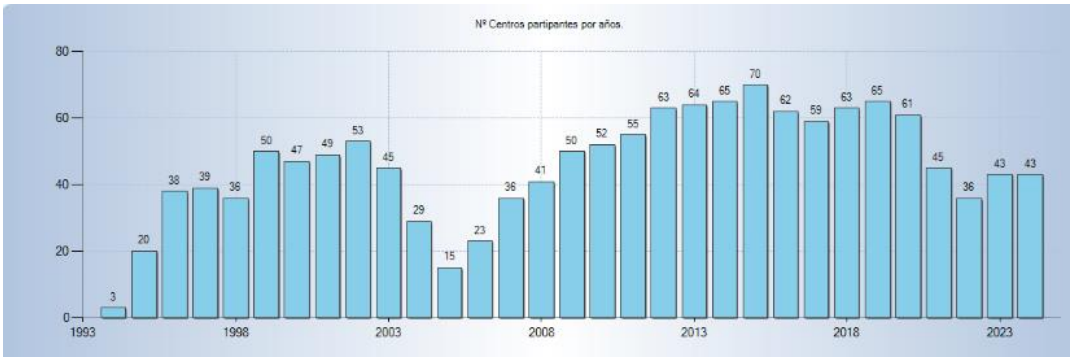
Cumple con la legislación española sobre estudios postautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano (Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre) y el Reglamento general de protección de datos (RGPD)Reglamento (UE) 2016/679.

Este año celebramos el 30 aniversario, adquiriendo un valor histórico además del indudable valor científico.

En este momento estamos finalizando la recogida y análisis del corte 2024, en el que hay 1542 registro con 43 centros participantes (Fig 1) hoy en día. Los más de 88000 registros desde su creación, nos posiciona a nivel nacional como el registro de cardiopatía isquémica más importante del país. Aunque en los últimos años hemos objetivado un descenso tanto de los casos como de los centros participantes. La pandemia por COVID hizo que muchas unidades dedicadas al tratamiento de cardiopatía isquémica se reconvirtieran por necesidades asistenciales. Así como las diferentes políticas aplicadas dentro de los sistemas sanitarios de las diferentes CCAA han hecho que el número de registro y de centros participantes haya disminuido en los últimos años.

Fig 1. Número de registros anuales, incluye casos del 2024 (en fase de recolección de datos, finaliza el 15 de noviembre de 2024): total 88229 registros.

Fig 2. Media de centros/año.




Estudiamos las características basales de la población (Fig 3) y las subdividimos en dos grupos: SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) y SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST).

Fig 3. Características basales de la población SCACEST/SCASEST

Características basales

| | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|
| **Nº pacientes** | 940 / 1.542 | 602 / 1.542 | |
| N / N total (%) | (61%) | (39%) | |
| **Edad (años)** | 940 - 64,2 | 602 - 67,6 | < 0,0001 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (55,0 - 64,0 - 74,0) | (59,0 - 69,5 - 78,0) | |
| **Género Mujeres** | 230 / 940 | 157 / 602 | 0,4764 |
| N / N total (%) | (24,5%) | (26,1%) | |
| **IMC** | 844 - 158,8 | 576 - 160,4 | 0,9599 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (25,0 - 27,5 - 30,9) | (24,9 - 27,7 - 31,2) | |
| **Infarto previo** | 96 / 915 | 138 / 595 | 0,0 |
| N / N total (%) | (10,5%) | (23,2%) | |
| **Diabetes** | 243 / 934 | 240 / 602 | < 0,0001 |
| N / N total (%) | (26%) | (39,9%) | |
| **Insuficiencia renal** | 12 / 915 | 27 / 595 | 0,0001 |
| N / N total (%) | (1,3%) | (4,5%) | |
| **Killip II-IV** | 215 / 929 | 115 / 600 | 0,065 |
| N / N total (%) | (23,1%) | (19,2%) | |

Así como los factores de riesgo cardiovascular (Fig 4), tanto de la población general, en SCACEST/SCASEST y también se estudia el registro por géneros.

Fig 4.Factores de riesgo cardiovascular

Objetivamos la calidad asistencial prehospitalaria medida en tiempos de atención sanitaria (Fig 5), así como la calidad de la atención de la asistencia. Nos permite realizar actividades tanto a nivel poblacional como en los diferentes niveles asistenciales.

Fig 5.Tiempos de asistencia prehospitalaria

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| **Síntomas - Primer contacto** | 897 | 633 | 264 | 0,1347 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (30 - 84 - 230) | (30 - 75 - 190) | (40 - 109 - 307,5) | |
| **Síntomas - Primer ECG** | 883 | 629 | 254 | 0,102 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (40 - 100 - 255) | (35 - 88 - 216) | (60 - 140 - 381) | |
| **Síntomas - Urgencias** | 412 | 187 | 225 | 0,4373 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (105 - 189,5 - 464) | (91 - 185 - 455) | (114 - 210 - 465) | |
| **Primer contacto - Primer ECG** | 882 | 628 | 254 | 0,0099 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (5 - 9 - 15) | (5 - 8 - 15) | (5 - 10 - 20) | |
| **Primer contacto - Urgencias** | 411 | 186 | 225 | 0,288 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (30 - 60 - 101) | (30 - 58,5 - 99) | (29 - 60 - 105) | |
| **Primer ECG - Urgencias** | 306 | 140 | 166 | 0,3171 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (33 - 55,5 - 97) | (34 - 55 - 96,5) | (32 - 56,5 - 98) | |

Fig 6 Calidad asistencial prehospitalaria SCACEST/SCASEST

Calidad atención pre-UCI por tipo de sistema prehospitalario

SCA

| | Centro salud | 061-112 | CHARE | Otros |
|---|---|---|---|---|
| ECG | 373 / 419 | 318 / 358 | 15 / 17 | 69 / 92 |
| N / N total (%) | (89%) | (88,8%) | (88,2%) | (75%) |
| AAS/AAG | 253 / 419 | 245 / 358 | 15 / 17 | 53 / 92 |
| N / N total (%) | (60,4%) | (68,4%) | (88,2%) | (57,6%) |
| Monitorización | 227 / 419 | 297 / 358 | 14 / 17 | 62 / 92 |
| N / N total (%) | (54,2%) | (83%) | (82,4%) | (67,4%) |
| Vía venosa | 261 / 419 | 312 / 358 | 15 / 17 | 63 / 92 |
| N / N total (%) | (62,3%) | (87,2%) | (88,2%) | (68,5%) |
| Reanimación cardiopulmonar | 10 / 419 | 42 / 358 | 0 / 17 | 2 / 92 |
| N / N total (%) | (2,4%) | (11,7%) | (0%) | (2,2%) |

Calidad atención pre-UCI por tipo de SCA

Todos sistemas prehospitalarios

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| ECG | 775 / 886 | 570 / 629 | 205 / 257 | < 0,0001 |
| N / N total (%) | (87,5%) | (90,6%) | (79,8%) | |
| AAS/AAG | 566 / 886 | 459 / 629 | 107 / 257 | 0,0 |
| N / N total (%) | (63,9%) | (73%) | (41,6%) | |
| Monitorización | 600 / 886 | 464 / 629 | 136 / 257 | 0,0 |
| N / N total (%) | (67,7%) | (73,8%) | (52,9%) | |
| Vía venosa | 651 / 886 | 510 / 629 | 141 / 257 | 0,0 |
| N / N total (%) | (73,5%) | (81,1%) | (54,9%) | |
| Reanimación cardiopulmonar | 54 / 886 | 43 / 629 | 11 / 257 | 0,149 |
| N / N total (%) | (6,1%) | (6,8%) | (4,3%) | |

Nos permite analizar los cuidados realizados también en el S de Urgencias hospitalarias (Fig 7).

Fig 7.Calidad en la atencion del SCA en Urgencias.

Calidad atención Urgencias por tipo SCA

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| ECG | 324 / 877 | 147 / 381 | 177 / 496 | 0,3782 |
| N / N total (%) | (36,9%) | (38,6%) | (35,7%) | |
| AAS/AAG | 183 / 877 | 96 / 381 | 87 / 496 | 0,0057 |
| N / N total (%) | (20,9%) | (25,2%) | (17,5%) | |
| Monitorización | 217 / 877 | 105 / 381 | 112 / 496 | 0,0904 |
| N / N total (%) | (24,7%) | (27,6%) | (22,6%) | |
| Vía venosa | 241 / 877 | 126 / 381 | 115 / 496 | 0,0012 |
| N / N total (%) | (27,5%) | (33,1%) | (23,2%) | |
| Reanimación cardiopulmonar | 12 / 877 | 7 / 381 | 5 / 496 | 0,2947 |
| N / N total (%) | (1,4%) | (1,8%) | (1%) | |

Los datos clinico que recopilamos nos permiten determinar además la situación clínica al ingreso a través de escalas objetivas. Analizamos la situación hemodinámica inicial, utilizando el grado de Killip con el que ingresan de I a IV (Situación de fallo cardiaco leve a shock cardiogénico).

Fig 8.Situación clinica al ingreso

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| **Frecuencia cardiaca** | 1.524 | 924 - 79,3 | 600 - 78,3 | 0,3395 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (67 - 78 - 90) | (68 - 78 - 90) | (65 - 76 - 88) | |
| **Tensión arterial sistólica** | 1.525 | 924 - 125,7 | 601 - 139,2 | 0,0 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (114 - 130 - 148) | (110 - 124 - 140) | (120 - 139 - 156) | |
| **Killip al ingreso** | 1.529 | 929 | 600 | < 0,0001 |
| **Killip I** | 1.199 / 1.529 | 714 / 929 | 485 / 600 | |
| N / N total (%) | (78,4%) | (76,9%) | (80,8%) | |
| **Killip II** | 147 / 1.529 | 92 / 929 | 55 / 600 | |
| N / N total (%) | (9,6%) | (9,9%) | (9,2%) | |
| **Killip III** | 68 / 1.529 | 25 / 929 | 43 / 600 | |
| N / N total (%) | (4,4%) | (2,7%) | (7,2%) | |
| **Killip IV** | 115 / 1.529 | 98 / 929 | 17 / 600 | |
| N / N total (%) | (7,5%) | (10,5%) | (2,8%) | |
| **Riesgo hemorrágico (CRUSADE)** | 1.275 | 740 - 26,1 | 535 - 28,0 | 0,0367 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (15 - 25 - 38) | (15 - 24 - 36) | (16 - 26 - 39) | |
| **Puntuación GRACE** | 1.511 | 912 - 162,3 | 599 - 143,4 | 0,0 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (126 - 150 - 174) | (133 - 155 - 182) | (116 - 140 - 165) | |
| **Aclaramiento creatinina** | 1.406 | 830 - 542,3 | 576 - 511,6 | 0,7913 |
| N-Media ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (61,96 - 88,1 - 114,99) | (66,69 - 90,8 - 118,33) | (55,75 - 81,55 - 111,34) | |

También evaluamos el riesgo hemorrágico a través de la escala de Crusade:

Se estudian las siguientes variables: hematocrito bajo, aclaramiento de creatinina alto, elevación de la frecuencia cardiaca, sexo femenino, presencia de insuficiencia cardiaca al ingreso, enfermedad vascular conocida previa, presiones arteriales en los extremos. El sangrado mayor se definió como la presencia de hemorragia intracraneal o retroperitoneal, una caída en el hematocrito superior o igual al 12%, cualquier trasfusión sanguínea cuando el hematocrito fuese igual o

superior al 28%, o una trasfusión cuando el hematocrito fuese inferior al 28% con una sospecha de sangrado. Esta escala de riesgo tiene unas puntuaciones de 0 a 100 que se corresponden con la siguiente probabilidad de sangrado:

De 0 a 20 puntos, riesgo muy bajo: 3,1%

De 21 a 30 puntos, riesgo bajo: 5,5%

De 31 a 40 puntos, riesgo moderado: 8,6%

De 41 a 50 puntos, alto riesgo: 11,9%

Con >50 puntos, muy alto riesgo: 19,5%.

El score GRACE permite estimar la probabilidad de muerte intrahospitalaria y a los 6 meses del alta hospitalaria en los pacientes con síndrome coronario agudo

| Escala GRACE (0–258) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad (años) | | Frecuencia cardíaca | | TA sistólica (mmHg) | | Creatinina (mg/dl) | | Clase de Killip | |
| Rango | Puntos | Rango | Puntos | Rango | Puntos | Rango | Puntos | Rango | Puntos |
| 40–49 | 18 | < 70 | 0 | < 80 | 63 | ≤ 0,39 | 2 | Clase I | 0 |
| 50–59 | 36 | 70-89 | 7 | 80-99 | 58 | 0,4–0,79 | 5 | Clase II | 21 |
| 60–69 | 55 | 90-109 | 13 | 100-119 | 47 | 0,8–1,19 | 8 | Clase III | 43 |
| 70–79 | 73 | 110-149 | 23 | 120-139 | 37 | 1,2–1,59 | 11 | Clase IV | 64 |
| ≥ 80 | 91 | 150-199 | 36 | 140-159 | 26 | 1,6–1,99 | 14 | | |
| | | ≥ 200 | 46 | 160-199 | 11 | 2–3,99 | 23 | | |
| | | | | ≥ 200 | 0 | ≥ 4 | 31 | | |
| Paro cardiorrespiratorio al ingreso: 43 | | | | | | | | | |
| Elevación de las enzimas cardíacas: 15 | | | | | | | | | |
| Desviación del segmento ST: 30 | | | | | | | | | |

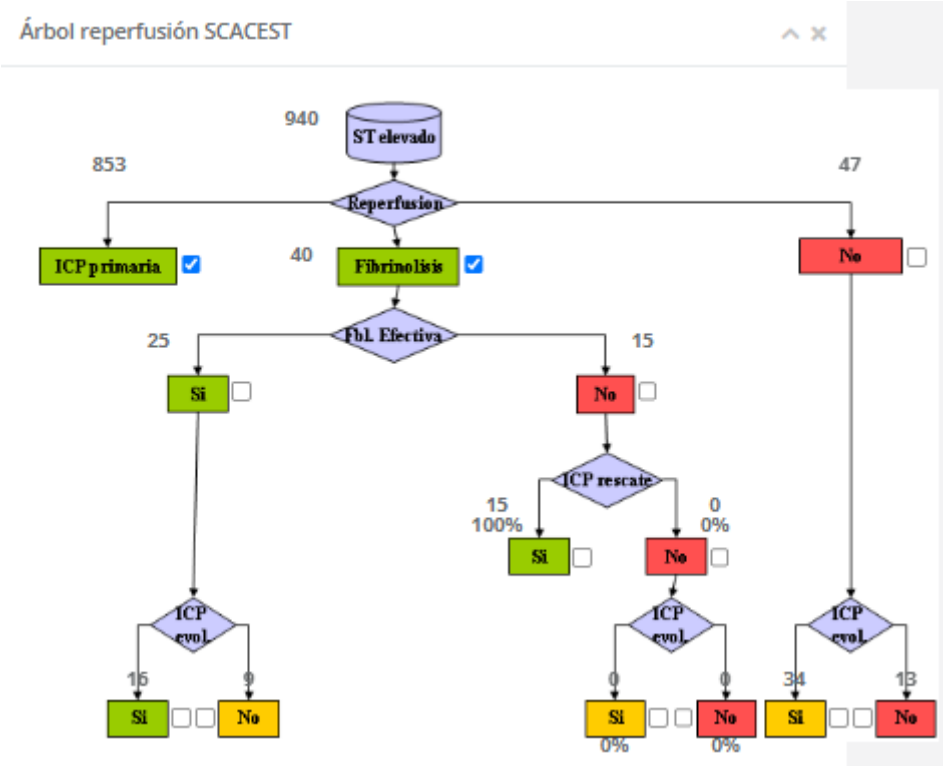
**Tabla 5**
Mortalidad intrahospitalaria y a los 6 meses[50] en las categorías de riesgo bajo, intermedio y alto, en registros de poblaciones según la clasificación de riesgo GRACE

| Categoría de riesgo (terciles) | Clasificación de riesgo GRACE | Muerte intrahospitalaria (%) |
|---|---|---|
| Bajo | ≤ 108 | < 1 |
| Intermedio | 109-140 | 1-3 |
| Alto | > 140 | > 3 |
| **Categoría de riesgo (terciles)** | **Clasificación de riesgo GRACE** | **Muerte después del alta hasta los 6 meses (%)** |
| Bajo | ≤ 88 | < 3 |
| Intermedio | 89-118 | 3-8 |
| Alto | > 118 | > 8 |

El uso de estas escalas pronósticas al igual que el Killip al ingreso son herramientas para evaluar la situación de gravedad en la población que tratamos en cada Unidad de Cuidados Intensivos y de la calidad asistencial si nuestros resultados, si se ajustan o a los esperado con los scores aplicados.

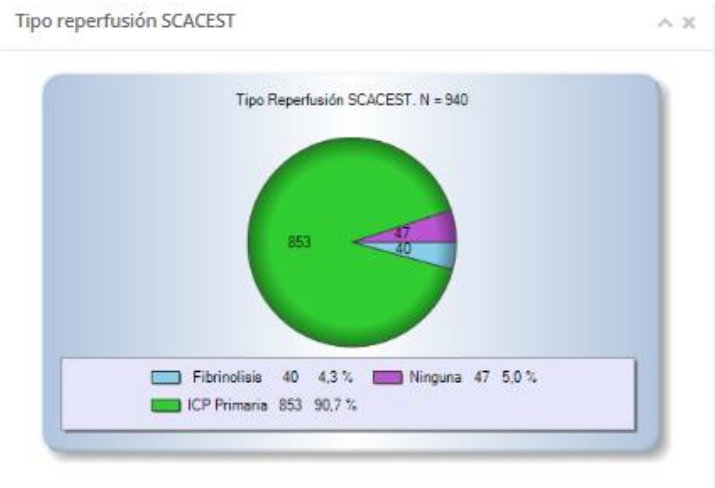
Se estudia SCACEST según el método de reperfusión y su efectividad, al igual que los diferentes métodos de rescate en el caso de la fibrinolisis no efectiva.

Fig 9. Árbol de reperfusión SCACEST




Así como el método de reperfusión en el SCASEST y los motivos de no reperfusión.

Fig 10. Reperfusión SCASEST




Es fundamental estudiar además los tiempos de revascularización en el SCACEST (Fig 10), ya que la precocidad en la revascularización en el síndrome coronario agudo va asociado a un menor daño miocárdico con descenso en la mortalidad y descenso de la morbilidad que lleva parejo una mejor calidad de vida.

No sólo objetivamos nuestros tiempos, nos comparamos con los estándares definidos en las guías de práctica clínica vigentes y nos comparamos entre los centros del mismo nivel asistencial.

Fig 11. Tiempos de reperfusión SCACEST

| | TOTALES | Fibrinolisis | ICP Primaria | P |
|---|---|---|---|---|
| **Síntomas - Primer contacto** | 933 | 40 | 846 | 0,866 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (30 - 90 - 240) | (37,5 - 121 - 243,5) | (30 - 81 - 216) | |
| **Síntomas - Urgencias** | 386 | 26 | 323 | 0,6191 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (83 - 174 - 464) | (144 - 201,5 - 320) | (77 - 141 - 396) | |
| **Primer contacto - Urgencias** | 384 | 26 | 321 | 0,5447 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | (0 - 6 - 63,5) | (0 - 35 - 90) | (0 - 7 - 60) | |
| **Síntomas - Reperfusión** | | 40 | 777 | 0,7236 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | | (110 - 235,5 - 285) | (140 - 220 - 425) | |
| **Primer contacto - Reperfusión** | | 40 | 774 | < 0,0001 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | | (40 - 62,5 - 125) | (78 - 110 - 175) | |
| **Urgencias - Reperfusión** | | 23 | 278 | < 0,0001 |
| N ($P_{25}$-$P_{50}$-$P_{75}$) | | (27 - 40 - 58) | (65 - 94,5 - 165) | |

La gestión de consumo de recursos, así como el estudio de la calidad asistencial también la objetivamos a través del registro de las técnicas y/o estudios (Fig 12) realizados en la fase aguda y fundamentalmente en el ingreso en las unidades de cuidados intensivos, engloba desde técnicas sencillas realizadas a pie de cama como la ecocardiografía hasta la necesidad de una asistencia circulatoria o un trasplante cardiaco.

Fig 12. Técnicas utilizadas durante el ingreso

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| **Ninguna** | 27 / 1.398 | 20 / 838 | 7 / 560 | 0,1302 |
| N / N total (%) | (1,9%) | (2,4%) | (1,3%) | |
| **Ecocardiografia** | 1.268 / 1.398 | 794 / 838 | 474 / 560 | 0,0 |
| N / N total (%) | (90,7%) | (94,7%) | (84,6%) | |
| **Coronariografia - ICP** | 804 / 1.398 | 315 / 838 | 489 / 560 | 0,0 |
| N / N total (%) | (57,5%) | (37,6%) | (87,3%) | |
| **Apoyo inotropico - Vasoactivo** | 116 / 1.398 | 84 / 838 | 32 / 560 | 0,0042 |
| N / N total (%) | (8,3%) | (10%) | (5,7%) | |
| **Asistencia mecánica** | 38 / 1.398 | 28 / 838 | 10 / 560 | 0,0797 |
| N / N total (%) | (2,7%) | (3,3%) | (1,8%) | |
| **Implante de marcapasos** | 18 / 1.398 | 15 / 838 | 3 / 560 | 0,0415 |
| N / N total (%) | (1,3%) | (1,8%) | (0,5%) | |
| **Implante de DAI** | 8 / 1.398 | 6 / 838 | 2 / 560 | 0,3834 |
| N / N total (%) | (0,6%) | (0,7%) | (0,4%) | |
| **Tratamiento resincronización cardiaco** | 0 / 1.398 | 0 / 838 | 0 / 560 | - |
| N / N total (%) | (0%) | (0%) | (0%) | |
| **Pericardiocentesis** | 2 / 1.398 | 1 / 838 | 1 / 560 | 0,774 |
| N / N total (%) | (0,1%) | (0,1%) | (0,2%) | |
| **Ventilación mecánica no invasiva** | 48 / 1.398 | 26 / 838 | 22 / 560 | 0,4059 |
| N / N total (%) | (3,4%) | (3,1%) | (3,9%) | |
| **Ventilación mecánica invasiva** | 78 / 1.398 | 58 / 838 | 20 / 560 | 0,0075 |
| N / N total (%) | (5,6%) | (6,9%) | (3,6%) | |
| **Traqueotomia** | 3 / 1.398 | 2 / 838 | 1 / 560 | 0,8119 |
| N / N total (%) | (0,2%) | (0,2%) | (0,2%) | |
| **Técnica de reemplazo renal** | 11 / 1.398 | 8 / 838 | 3 / 560 | 0,385 |
| N / N total (%) | (0,8%) | (1%) | (0,5%) | |
| **Cirugía cardiaca** | 29 / 1.398 | 10 / 838 | 19 / 560 | 0,0047 |
| N / N total (%) | (2,1%) | (1,2%) | (3,4%) | |
| **Transplante cardiaco** | 0 / 1.398 | 0 / 838 | 0 / 560 | - |
| N / N total (%) | (0%) | (0%) | (0%) | |
| **Otros** | 47 / 1.398 | 24 / 838 | 23 / 560 | 0,2064 |
| N / N total (%) | (3,4%) | (2,9%) | (4,1%) | |

El estudio de las complicaciones (Fig 13) es importante en nuestro registro, no sólo las derivadas del mismo proceso sino también las relacionadas con la estancia hospitalaria (infecciones) o las relacionadas con reagudizaciones de sus patologías previas, incrementando la mortalidad.

Fig 13. Complicaciones SCACEST/SCASEST

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| **Ninguna** | 1.013 / 1.313 | 605 / 798 | 408 / 515 | 0,1509 |
| N / N total (%) | (77,2%) | (75,8%) | (79,2%) | |
| **Reinfarto** | 18 / 1.313 | 14 / 798 | 4 / 515 | 0,1369 |
| N / N total (%) | (1,4%) | (1,8%) | (0,8%) | |
| **Angina post-IAM** | 27 / 1.313 | 17 / 798 | 10 / 515 | 0,8141 |
| N / N total (%) | (2,1%) | (2,1%) | (1,9%) | |
| **HTA** | 30 / 1.313 | 16 / 798 | 14 / 515 | 0,3983 |
| N / N total (%) | (2,3%) | (2%) | (2,7%) | |
| **Fallo ventricular derecho** | 13 / 1.313 | 12 / 798 | 1 / 515 | 0,0193 |
| N / N total (%) | (1%) | (1,5%) | (0,2%) | |
| **Insuficiencia mitral** | 13 / 1.313 | 7 / 798 | 6 / 515 | 0,607 |
| N / N total (%) | (1%) | (0,9%) | (1,2%) | |
| **Rotura cardiaca** | 12 / 1.313 | 10 / 798 | 2 / 515 | 0,1079 |
| N / N total (%) | (0,9%) | (1,3%) | (0,4%) | |
| **Derrame pericárdico con signos de taponamiento** | 8 / 1.313 | 6 / 798 | 2 / 515 | 0,4085 |
| N / N total (%) | (0,6%) | (0,8%) | (0,4%) | |
| **Bloqueo aurícula-ventricular de alto grado** | 18 / 1.313 | 13 / 798 | 5 / 515 | 0,3166 |
| N / N total (%) | (1,4%) | (1,6%) | (1%) | |
| **Fibrilación ó Flutter auricular** | 40 / 1.313 | 26 / 798 | 14 / 515 | 0,5785 |
| N / N total (%) | (3%) | (3,3%) | (2,7%) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Arritmias ventriculares con pulso** | 25 / 1.313 | 20 / 798 | 5 / 515 | 0,0469 |
| N / N total (%) | (1,9%) | (2,5%) | (1%) | |
| **Ritmo PCR** | 0 / 1.313 | 0 / 798 | 0 / 515 | - |
| N / N total (%) | (0%) | (0%) | (0%) | |
| **ACVA isquémico** | 5 / 1.313 | 2 / 798 | 3 / 515 | 0,3404 |
| N / N total (%) | (0,4%) | (0,3%) | (0,6%) | |
| **ACVA hemorrágico** | 2 / 1.313 | 0 / 798 | 2 / 515 | 0,0781 |
| N / N total (%) | (0,2%) | (0%) | (0,4%) | |
| **Insuficiencia renal** | 45 / 1.313 | 30 / 798 | 15 / 515 | 0,4102 |
| N / N total (%) | (3,4%) | (3,8%) | (2,9%) | |
| **Infección nosocomial** | 34 / 1.313 | 20 / 798 | 14 / 515 | 0,8132 |
| N / N total (%) | (2,6%) | (2,5%) | (2,7%) | |
| **Sangrado leve o moderado** | 19 / 1.313 | 9 / 798 | 10 / 515 | 0,2279 |
| N / N total (%) | (1,4%) | (1,1%) | (1,9%) | |
| **Sangrado grave** | 13 / 1.313 | 4 / 798 | 9 / 515 | 0,0259 |
| N / N total (%) | (1%) | (0,5%) | (1,7%) | |
| **Delirio** | 23 / 1.313 | 12 / 798 | 11 / 515 | 0,3939 |
| N / N total (%) | (1,8%) | (1,5%) | (2,1%) | |
| **Relacionado con acceso** | 0 / 1.313 | 0 / 798 | 0 / 515 | - |
| N / N total (%) | (0%) | (0%) | (0%) | |
| **Otros** | 54 / 1.313 | 35 / 798 | 19 / 515 | 0,5348 |
| N / N total (%) | (4,1%) | (4,4%) | (3,7%) | |

Uno de los indicadores al que prestamos especial atención y que es motivo de análisis es la mortalidad (Fig.14) asociada al proceso de la cardiopatía isquémica (SCACEST/SCASEST). Hacemos un seguimiento de todo el proceso desde la atención prehospitalaria, intrahospitalaria (UCI, planta de hospitalización) y seguimiento a tres y seis meses. En estos últimos además de la mortalidad, se objetiva situación basal, reingreso y motivo de este último.

También estudiamos las causas de mortalidad hospitalaria, pudiendo analizar las causas directas de mortalidad en la UCI y las de mortalidad en la planta de hospitalización, tras el ingreso en las Ucis (Fig15).

Fig 14. Exitus SCACEST/SCASEST.

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P |
|---|---|---|---|---|
| **Éxitus prehospitalaria** | 1 / 1.532 | 0 / 936 | 1 / 596 | 0,21 |
| N / N total (%) | (0,1%) | (0%) | (0,2%) | |
| **Éxitus en Urgencias** | 2 / 885 | 1 / 386 | 1 / 499 | 0,8554 |
| N / N total (%) | (0,2%) | (0,3%) | (0,2%) | |
| **Éxitus en UCI** | 58 / 1.254 | 47 / 779 | 11 / 475 | 0,0024 |
| N / N total (%) | (4,6%) | (6%) | (2,3%) | |
| **Éxitus en Planta** | 18 / 1.267 | 8 / 784 | 10 / 483 | 0,1251 |
| N / N total (%) | (1,4%) | (1%) | (2,1%) | |
| **Éxitus Hospitalario** | 78 / 1.531 | 56 / 936 | 22 / 595 | 0,0474 |
| N / N total (%) | (5,1%) | (6%) | (3,7%) | |
| **Éxitus en Primer seguimiento** | 8 / 373 | 6 / 219 | 2 / 154 | 0,3442 |
| N / N total (%) | (2,1%) | (2,7%) | (1,3%) | |
| **Éxitus en Segundo seguimiento** | 0 / 63 | 0 / 35 | 0 / 28 | - |
| N / N total (%) | (0%) | (0%) | (0%) | |
| **Éxitus general** | 87 / 1.532 | 62 / 936 | 25 / 596 | 0,0452 |
| N / N total (%) | (5,7%) | (6,6%) | (4,2%) | |

Fig 15. Causas de exitus

Causa éxitus hospitalaria

| | TOTALES | SCACEST | SCASEST | P = 0,0213 |
|---|---|---|---|---|
| Cardiaca. Shock cardiogenico | 30 / 75 | 27 / 54 | 3 / 21 | |
| N / N total (%) | (40%) | (50%) | (14,3%) | |
| Cardiaca. Otras | 16 / 75 | 12 / 54 | 4 / 21 | |
| N / N total (%) | (21,3%) | (22,2%) | (19%) | |
| No cardiaca. Neurológica | 10 / 75 | 4 / 54 | 6 / 21 | |
| N / N total (%) | (13,3%) | (7,4%) | (28,6%) | |
| No cardiaca. LET | 9 / 75 | 5 / 54 | 4 / 21 | |
| N / N total (%) | (12%) | (9,3%) | (19%) | |
| Cardiaca. FV / TV | 5 / 75 | 4 / 54 | 1 / 21 | |
| N / N total (%) | (6,7%) | (7,4%) | (4,8%) | |
| No cardiaca. Otras | 4 / 75 | 2 / 54 | 2 / 21 | |
| N / N total (%) | (5,3%) | (3,7%) | (9,5%) | |
| No cardiaca. Infecciosa | 1 / 75 | - | 1 / 21 | |
| N / N total (%) | (1,3%) | - | (4,8%) | |
| **Total** | **75** | **54** | **21** | **P = 0,0213** |

También estudiamos la estancia media (Fig 16) tanto en las Ucis como en la planta de hospitalización, en la que hemos visto un notable decremento gracias al intervencionismo coronario precoz, con la consecuente disminución de las complicaciones asociadas a las estancias hospitalarias (por ejemplo, las infecciones nosocomiales).

Fig 16. Estancia media

Finalmente obtenemos, a partir de todas las variables recogidas y comentadas, una serie de indicadores de calidad (Fig 17). Los indicadores de calidad están basados en los publicados por la SEMIYUC referidas al SCA, así como la "2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndroms" publicada por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191).

Fig 17 Indicadores de calidad SCACEST

Resumen indicadores de calidad del SCACEST

| | | Todos | | | Varones | | | Mujeres | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificador | Indicador | N | % | P50 (P25-P75) | N | % | P50 (P25-P75) | N | % | P50 (P25-P75) | P |
| 1.- %_PRE_FBL<12H | % Retr. Sínt.-Sist. Fbl. < 12 hrs. | 36 / 40 | (90%) | - | 27 / 28 | (96,4%) | - | 9 / 12 | (75%) | - | 0,0384 |
| 2.- %_PRE_FBL<2H | % Retr. Sínt.-Sist. Fbl. < 2 hrs. | 19 / 40 | (47,5%) | - | 14 / 28 | (50%) | - | 5 / 12 | (41,7%) | - | 0,6286 |
| 3.- %_URG_FBL<90' | % Retr. Urg. - Fbl. < 90 ' | 23 / 23 | (100%) | - | 19 / 19 | (100%) | - | 4 / 4 | (100%) | - | - |
| 4.- %_REPERF | % Reperfusión Primaria | 893 / 940 | (95%) | - | 680 / 710 | (95,8%) | - | 213 / 230 | (92,6%) | - | 0,0555 |
| 5.- T_URG_FBL | Retraso Urg. - Fbl. | 23 | - | 40 (27 - 58) | 19 | - | 40 (27 - 58) | 4 | - | 40 (30 - 66,5) | 0,6076 |
| 6.- T_SIS_FBL | Retraso Sist. - Fbl. | 40 | - | 62,5 (40 - 125) | 28 | - | 60 (34 - 115) | 12 | - | 92,5 (52,5 - 145) | 0,2188 |
| 7.- T_URG_BAL | Retraso Urg. - Balón | 278 | - | 94,5 (65 - 165) | 210 | - | 93,5 (65 - 165) | 68 | - | 97 (61,5 - 166,5) | 0,5507 |
| 8.- T_SIS_BAL | Retraso Sist. - Balón | 774 | - | 110 (78 - 175) | 596 | - | 109,5 (77,5 - 173,5) | 178 | - | 111 (80 - 180) | 0,3663 |

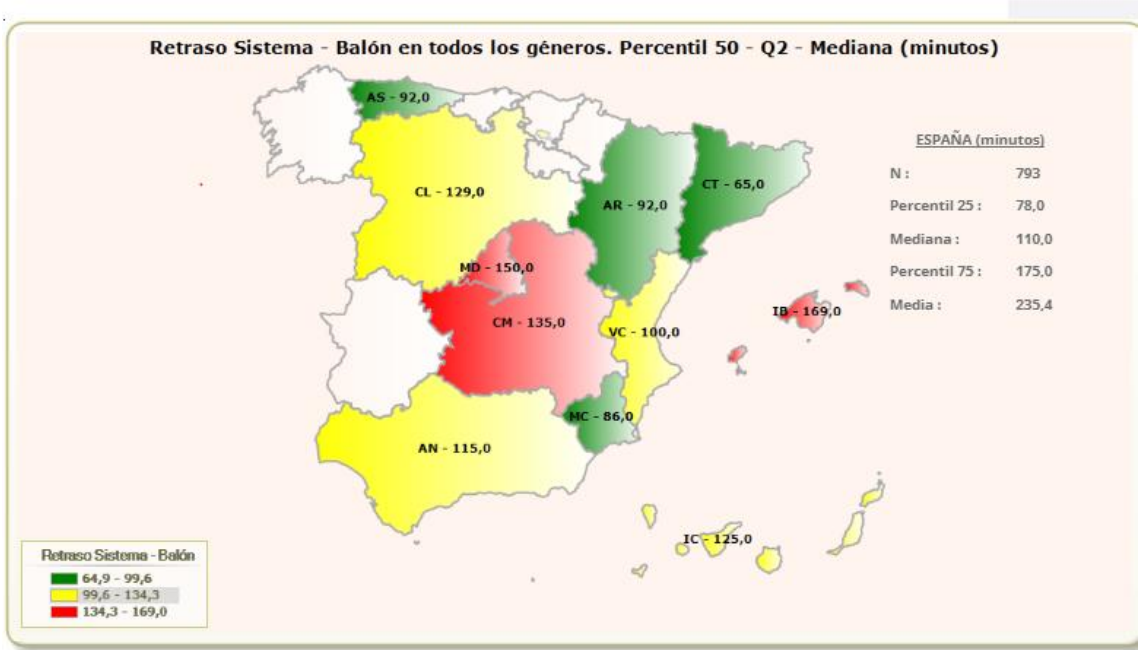
| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9.- %_CNG | % Coronariografía | 315 / 838 | (37,6%) | - | 238 / 636 | (37,4%) | - | 77 / 202 | (38,1%) | - | 0,8585 |
| 10.- %_IIb/IIIa | % Antagonistas IIb/IIIa | 55 / 823 | (6,7%) | - | 42 / 624 | (6,7%) | - | 13 / 199 | (6,5%) | - | 0,9224 |
| 11.- %_ANTCG | % Anticoagulantes | 389 / 823 | (47,3%) | - | 288 / 624 | (46,2%) | - | 101 / 199 | (50,8%) | - | 0,2577 |
| 12.- T_URG_ECG | Retraso Urg. - ECG | 212 | - | 9 (5 - 15) | 156 | - | 8,5 (4 - 15) | 56 | - | 9,5 (5 - 17) | 0,9075 |
| 13.- %_AAS | % Aspirina | 803 / 823 | (97,6%) | - | 604 / 624 | (96,8%) | - | 199 / 199 | (100%) | - | 0,0106 |
| 14.- %_TNPRD | % Tienopiridinas | 773 / 823 | (93,9%) | - | 588 / 624 | (94,2%) | - | 185 / 199 | (93%) | - | 0,5151 |
| 15.- %_βBLQ | % Betabloqueantes | 528 / 823 | (64,2%) | - | 405 / 624 | (64,9%) | - | 123 / 199 | (61,8%) | - | 0,4279 |
| 16.- %_IECAS | % IECAS y/o ARA II | 561 / 823 | (68,2%) | - | 425 / 624 | (68,1%) | - | 136 / 199 | (68,3%) | - | 0,9511 |
| 17.- %_ESTAT | % Estatinas | 661 / 823 | (80,3%) | - | 498 / 624 | (79,8%) | - | 163 / 199 | (81,9%) | - | 0,5161 |
| 18.- %_ECO | % Ecocardiograma | 794 / 838 | (94,7%) | - | 602 / 636 | (94,7%) | - | 192 / 202 | (95%) | - | 0,8263 |

No sólo estudiamos los indicadores (Fig 17) según el tipo de SCA, también las poblaciones por sexos y estudiamos su cumplimiento según las diferentes CCAA del territorio nacional. Como se observa en el mapa (Fig 18) hay varias CCAA que no presentan información. En Cantabria la atención del SCA está a cargo íntegramente por el S de Cardiología y no participa en el registro, En el País Vasco y Navarra tienen un registro Propio y en Extremadura en este corte año 2024 del que se ha presentado la información no ha participado ningún centro de esta última comunidad.

Fig 18. Distribución Nacional de la tasa de reperfusión SCA

Nos permite plantear objetivos de mejora no solamente nacionales o en los centros que recogen la información. Con la información obtenida las CCAA también pueden plantear diferentes actuaciones en función de nuestros resultados.

Fig19.Retraso desde la entrada en el sistema a Apertura de arteria con balón



La información del registro recogida anualmente nos permite además plantear un objetivo de mejora para todos los centros participantes en el registro, se basan en los resultados obtenidos comparados con los estándares de los indicadores de calidad y planteados, de momento, en el ámbito hospitalario. En los años previos fue la necesidad de realizar al 100% de los pacientes una ecocardiografía, la indicación de betabloqueantes o IECAs en la UCI. Este año 2024 nos hemos propuesto acortar los tiempos de asistencia intrahospitalaria relacionados con la revascularización tanto con fibrinolíticos como percutánea.

Publicaciones:

Nuestra larga trayectoria nos permite acreditar más de 75 artículos (Anexo I) publicados en diferente revista tanto nacionales como internacionales. Cabe destacar entre ellos: “Diseño de un nuevo indicador de mortalidad en el síndrome coronario agudo al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos “Herminia Lozano Gómez’ Adrián Rodríguez García, M. Ángeles Rodríguez Esteban, los investigadores del registro ARIAM-SEMICYUC DOI: 10.1016/j.medin.2023.02.002 .Por la novedosa metodología de redes neuronales con la colaboración de la universidad de Zaragoza. Está en marcha la validación de dicho indicador con resultados hasta el corte 2024.

Así como comunicaciones y ponencias (Anexo II) en congresos y reuniones científicas generalmente relacionados con los cuidados intensivos.

También con los datos obtenidos en el registro se han presentados tesis doctorales, varios TFG para la licenciatura de Medicina y el grado de Enfermería (Anexo III). Así como del informa anual que se publica con los resultados obtenidos y su análisis de cada corte realizado.

Colaboramos con otras líneas dentro del grupo de trabajo de cuidados cardiológicos como el Plan nacional de RCP, la línea de shock cardiogénico o la de cirugía cardiaca; en forma de capítulos de libros, como docentes en actividades formativas, etc.

Anualmente colaboramos en actividades divulgativas dirigidas a la población con el fin de visibilizar la cardiopatía isquémica, identificar sus síntomas, conocer los factores de riesgo cardiovascular y su prevención a través de hábitos saludables. Estas actividades la realizamos en forma de jornadas escolares y en distintos colectivos laborales y participamos de forma anual en una jornada "La UCI cuida tu corazón" que se desarrolla el día previo al inicio de nuestro congreso nacional de la SEMICYUC, en la cuidad en la que se celebra dicho congreso.

Día mundial de la RCP que se celebra el 16 de octubre colaboramos con la gerencia del plan nacional de RCP de nuestra sociedad en actividades centradas en la formación sobre la parada cardíaca y la cardiopatía isquémica como su causa más frecuente.

## 6. CONCLUSIONES

El registro ARIAM, es una herramienta fundamental para conocer la calidad asistencial y la gestión de recursos en la cardiopatía isquémica.

Nos permite, en tiempo real, a través de los resultados obtenidos y analizados; reconocer áreas de mejora en los distintos niveles asistenciales desde el primer contacto médico. Así como analizar el impacto de las variaciones en la práctica clínica realizadas y basadas en la evidencia científica.

Podemos comparar nuestros los resultados, no solamente entre centros del mismo nivel asistencial, sino también con los mejores estándares clínicos establecidos.

Después de 30 años de existencia y más de 88000 registros hemos generado evidencia científica consistente a través de artículos, tesis doctorales o trabajos de fin de grado no solamente epidemiológicos sino también de análisis de efectos adversos, seguridad de paciente o análisis del coste de la atención sanitaria en este proceso.

Todo ello gracias a los profesionales que con su trabajo y su esfuerzo diario en las UCIS han contribuido no sólo a la existencia de este registro sino a una asistencia segura y de calidad en la cardiopatía isquémica.

ANEXO I

PUBLICACIONES

1. Indicadores de calidad en el síndrome coronario agudo para el análisis del proceso asistencial pre e intrahospitalario. Felices-Abad F, Latour-Pérez J, Fuset-Cabanes MP, Ruano-Marco M, Cunat-de la Hoz J, del Nogal-Sáez F. Med Intensiva. 2010; 34: 397-417.
2. Indicadores de calidad en el síndrome coronario agudo para el análisis del proceso asistencial pre e intrahospitalario. Felices-Abad F, Latour-Pérez J, Fuset-Cabanes MP, Ruano-Marco M, Cuñat-de la Hoz J, del Nogal Sáez F. Med Intensiva. 2010; 34: 397-417.
3. Uso de la estrategia invasiva precoz en el síndrome coronario agudo sin elevación de ST. La paradoja continua. Latour-Pérez J, Fuset-Cabanes MP, Ruano Marco M, Del Nogal Sáez F, Felices Abad FJ, Cuñat de la Hoz Med Intensiva. 2011.
4. ARIAM. Análisis del corte 2010. Cuñat de la Hoz J, del Nogal Sáez F, Felices Abad F, Fuset Cabanes M, Latour-Pérez J, Ruano Marco M Madrid: SEMICYUC; 2011.
5. Papel de la ecocardiografía en la monitorización hemodinámica de los pacientes críticos. Ayuela Azcaratea J, Clau Terré F, Ochagavia A, Vicho Pereira R. Med Intensiva. 2012; doi: 10.1016/j.medin.2011.11.025.
6. Uso de la estrategia invasiva precoz en el síndrome coronario agudo sin elevación de ST. La paradoja continúa. Latour-Pérez J, Fuset-Cabanes MP, Ruano Marco M, Del Nogal Sáez F, Felices Abad FJ, Cuñat de la Hoz J. Med Intensiva 2012; 36:95-102
7. Tratamiento precoz con estatinas en el infarto agudo de miocardio M. Ruiz-Bailén, F.J. Romero-Bermejo, M. Expósito-Ruiz, F. Zamora-Zamora, M.J. Martínez-Ramírez, A.M. Castillo-Rivera, J.A. Ramos-Cuadra, M. Ramírez-Sánchez, R. Vázquez-García, Grupo ARIAM. DOI: 10.1016/j.medin.2012.12.009.

8. "The clinical presentation of acute coronary syndrome in patients previously treated with nitrates "Latour-Pérez J, Gómez-Tello V, Fuset-Cabanes MP, de Miguel Balsa E, del Nogal Sáez F, Coves-Orts FJ, Martin Rodríguez C, Pino-Izquierdo K, Pavía-Pesquera MC, Montón-Rodríguez AJ, y Grupo de Investigadores ARIAMSEMICYUC. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2013 nov;14(11):799-806.
9. Uso de la estrategia invasiva precoz en pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Baeza-Román A, Latour Pérez J, De Miguel Balsa E, et al. Med Clin (Barc). 2013 Apr 16. doi: pii: S0025-7753(13)00196-6. 10.1016/j.medcli.2013.01.045. •

10. Predictores de estrategia invasiva precoz en mujeres con SCASEST. De Miguel Balsa E, Baeza-Román A, Pino-Izquierdo K, Latour-Pérez J, Coves-Orts FJ, Alcoverro-Pedrola JM, Pavía Pesquera MC, Felices-Abad F, Calvo-Embuena R; Grupo ARIAM- SEMICYUC. Med Intensiva. 2013 feb 13. doi: pii: S0210-5691(12)00372-5. 10.1016/j. medin.2012.12.001.
11. "The Previous use of digoxin does not worsen Early outcome of acute coronary syndromes: an analysis of the ARIAM Registry" García-Rubira JC, Calvo-Taracido M, Francisco-Aparicio F, Almendro-Delia M, Recio-Mayoral A, Reina Toral A, Aramburu-Bodas O, Gallego García de Vinuesa P, Cruz Fernández JM, Alcántara AG, Hidalgo-Urbano R. Intern Emerg Med. 2014 oct;9(7):759-65. doi: 10.1007/s11739-013-1032-9.
12. Uso de estrategia invasiva precoz en pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. 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. Med Clin (Barc). 2014 May 20;142(10):427-31. doi: 10.1016/j.medcli.2013.01.045.
13. Predictores del uso de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. de Miguel-Balsa E, Baeza-Román A, Pino-Izquierdo K, Latour-Pérez J, Coves-Orts FJ, Alcoverro-Pedrola JM, Pavía-Pesquera MC, Felices-Abad F, Calvo-Embuena R; Grupo ARIAM-SEMICYUC. Med Intensiva. 2014 nov;38(8):483-91. doi: 0.1016/j.medin.2012.12.001.
14. "Outcomes evaluation after the implementation of a pre-hospital thrombolysis protocol in rural áreas". Hernández-García J, Giménez-Ruiz JJ, Dueñas-Jurado JM. Semergen. 2015 oct 16. pii: S1138-3593(15)00308-1. doi: .1016/j.semerg.2015.09.002.
15. "Accessibility to Reperfusion Therapy Among Women with Acute Myocardial Infarction: Impact on Hospital Mortality." de-Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, Baeza-Román A, Llamas-Álvarez A, Ruiz-Ruiz J, Fuset-Cabanes MP. J Womens Health (Larchmt). 2015 nov; 24(11):882-8.
16. Accesibilidad al sistema sanitario de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Baeza-Román A, de Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, Díaz de Antoñana-Sáez V, Arguedas-Cervera J, Mira-Sánchez E, Fernández-González CJ, Rico-Sala M, Lafuente-Mateo M; Grupo ARIAM-SEMICYUC. Med Intensiva. 2015 May 22. pii: S0210-5691(15)00051-0. doi: 10.1016/j.medin.2015.02.008.
17. Estrategia invasiva de rutina en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con disfunción renal. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. J. Latour-Pérez, V. Gómez-Tello, E. de-Miguel-Balsa A. Llamas-Álvarez, A. Carrillo-López, J.A. Sánchez-Román, J. Ruíz-Ruíz, M.C. Martín-Rodríguez, C.J. Fernández-González, J.A. Fernández-Lozano, C. Picazos Vicente, Grupo ARIAM-

SEMICYUC. Med Intensiva 2016; 40:280-8 - Vol. 40 Núm.5 DOI: 10.1016/j.medin.2015.09.008

18. "Accessibility to health care of diabetic patients with acute coronary syndrome ST-segment elevation" A Baeza-Román, E de Miguel-Balsa, J Latour-Pérez, V Díaz de Antoñana-Sáez, J Arguedas-Cervera, E Mira-Sánchez, CJ Fernández-González, M Rico-Sala, M Lafuente-Mateo. 2016/3/1.Medicina Intensiva.Volumen40Número 2.90-95. 3. J.
19. Evaluación de resultados tras la implantación de un protocolo de fibrinólisis extrahospitalaria en zonas rurales Hernández-García, ∗, J.J. Giménez-Ruiz b y J.M. Dueñas-Jurado. Semergen. 2016;42(7):440---448 www.elsevier.es/semergen.
20. ¿Resultan seguros y efectivos los nuevos antiagregantes prasugrel y ticagrelor en pacientes con síndrome coronario agudo del "Mundo Real"? Manuel Almendro Delia .Cardioteca.com SCA 20 Noviembre 2017.
21. GRACE Score Validation in Predicting Hospital Mortality. Analysis of the Role of Sex. de-Miguel-Balsa, Eva; Latour-Pérez, Jaime; Baeza-Román, Anna; Amorós-Verdú, Cristina; Fernández-Lozano, Juan Antonio (2017): Journal of women's health (2002). DOI: 10.1089/jwh.2016.5940.
22. Prognostic implication of early ventricular fibrillation among patients with ST elevation myocardial infarction. Medina-Rodríguez, Kristel E.; Almendro-Delia, Manuel; García-Alcántara, Ángel; Arias-Garrido, José J.; Rodríguez-Yáñez, Juan C.; Alonso-Muñoz, Gemma et al. (2017): Coronary artery disease 28 (7), pág. 570–576. DOI:10.1097/MCA.0000000000000532.
23. "Implant of permanent pacemaker during acute coronary syndrome. Mortality and associated factors inthe ARIAM registry." Pola-Gallego-de-Guzmán, María Dolores; Ruiz-Bailén, Manuel; Martínez-Arcos, Maria-Angeles; Gómez-Blizniak, Artur; Castillo Rivera, Ana-Maria; Molinos, Jesus Cobo (2017): European heart journal. Acute cardiovascular care, 2048872617700867. DOI: 10.1177/2048872617700867.
24. "Characteristics of Patients With Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries (MINOCA) From The Ariam-Semicyuc Registry. Development of a Score for Predicting MINOCA". Ballesteros-Ortega D, Martinez-González O, Gómez-Casero RB, Quintana-Díaz M, de Miguel-Balsa E, Martín-Parra C, López-Matamala B, Chana-García M, Alonso-Fernández MÁ, Manso-Álvarez M. Vasc Health Risk Manag. 2019 Mar 13; 15:57.
25. ARIAM, 25 años salvando corazones" C. Llanos Jorge, S. Ramos de la Rosa, M. A. Rodríguez Esteban.DOI; 10.1016/J.medin.2020.01.002.
26. Diseño de un nuevo indicador de mortalidad en el síndrome coronario agudo al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Herminia Lozano Gómez, Adrián Rodríguez García, M. Ángeles Rodríguez Esteban, los investigadores del registro ARIAM-SEMICYUC DOI: 10.1016/j.medin.2023.02.002 .

ANEXO II

COMUNICACIONES Y PONENCIAS

1. The association between the way of access to the hospital and delayed therapy in patients with acute ST-elevation acute coronary syndrome. Latour-Pérez J, Fuset-Cabanes MP, Cuñat de la Hoz J, Felices Abad F, Del Nogal F, Ruano Marco M, et al. IX Congreso de la Federación Panamericana e Ibérica de Terapia Intensiva de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI); 2011 29 de noviembre-3 de diciembre de 2011; Cartagena de Indias (Colombia); 2011.
2. Determinantes de la estrategia invasiva precoz en mujeres con síndrome coronario agudo sin elevación de ST. Resultados del estudio ARIAM. De Miguel Balsa E, Baeza Román A, Pino Izquierdo K, Latour Pérez J, Coves Orts FJ, Alcoverro Pedrola JM, Pavía Pesquera MC, Felices Abad F, Calvo Embuena R, Grupo ARIAM-SEMICYUC. Comunicación Oral presentada en el XLVII Congreso Nacional de SEMICYUC. Santander, 11 de junio de 2012.
3. Estrategia Invasiva Precoz en Pacientes Diabéticos con Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación de ST. Datos del estudio ARIAM. 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. Póster presentado en el XLVII Congreso Nacional de SEMICYUC. Santander, 12 de junio de 2012.
4. Presentación clínica y evolución a corto plazo de los pacientes con síndrome coronario agudo pretratados con nitratos. Resultados del estudio ARIAM. Latour Pérez J, Pino Izquierdo K, De Miguel Balsa E, Coves Orts FJ, Martín Rodríguez C, Gisbert García T, Fuset Cabanes MP, Del Nogal Sáez F, Grupo ARIAM-SEMICYUC Comunicación Oral presentada en el XLVII Congreso Nacional de SEMICYUC. Santander, 11 de junio de 2012
5. Métodos de reperfusión miocárdica y mortalidad intra-uci del SCACEST. Comparación de los datos corte ARIAM 2011 y un grupo histórico en un Hospital General. Susarte Juliá CM, Vigil Velis M, Barraza Aguirre E, Rivas Báez JA, Espinosa Berenguel JA y Palazón Sánchez AC. Póster oral presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013. •
6. Análisis de cambios demográficos en el SCA. Comparación de los datos corte ARIAM 2011 y un grupo histórico en un Hospital General. Susarte Juliá CM, Vigil Velis M, Barraza Aguirre E, Rivas Báez JA, Espinosa Berenguel JA y Palazón Sánchez AC. Póster oral presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013. •
7. SCASEST: comparación de los datos corte ARIAM 2011 y un grupo histórico en un Hospital General. Susarte Juliá CM, Vigil Velis M, Barraza Aguirre E, Rivas Báez JA, Espinosa Berenguel JA y Palazón Sánchez AC. Póster oral

presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013. •

8. Diferencias en el diagnóstico, manejo y evolución en función del género en el síndrome coronario agudo que requiere ingreso en la UCI en la base de datos ARIAM. Fuentes Ponte M, Meyer García-Sipido E, Sánchez Casado M, Sanz Sanz CL, Flordelis Lasierra JL, Sánchez Sánchez EM, Benítez Ferreiro V, del Nogal Sáez F y Colaboradores del Grupo ARIAM. Póster oral presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013. 50 SEMICYUC
9. Diferencias en comorbilidad, diagnóstico y desenlace en el síndrome coronario agudo que requiere ingreso en UCI en función del género. Datos del Registro ARIAM. E. Meyer García-Sipido, C.L. Sanz Sanz, M. Fuentes Ponte, M. Sánchez Casado, J.L. Flordelis Lasierra, E.M. Sánchez Sánchez, V. Benítez Ferreiro, F. del Nogal Sáez y Colaboradores del Grupo ARIAM. Póster oral presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013.
10. ¿Influye el tratamiento antitrombótico administrado y el intervencionismo coronario en la necesidad transfusional en pacientes con SCA? Gisbert García MT, Villarreal Tello E, Madrid López I, Vacacela Córdova K, Bonastre Mora J, Fuset Cabanes MP (a), Grupo ARIAM-SEMICYUC. Póster oral presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013. •
11. Administración prehospitalaria de aspirina en el síndrome coronario agudo con elevación de ST. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. Latour Pérez J, de Miguel Balsa E, Coves Orts FJ, Pino Izquierdo K, Corchero Rodríguez E, Civeira Murillo E, Ruiz Ruiz J, García Ochando L, Márquez de la Plata Panchana A, Grupo de investigadores de ARIAM-SEMICYUC. Póster presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013.
12. Mortalidad evitable asociada al retraso de la trombolisis en el síndrome coronario agudo con elevación de ST. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. Latour Pérez J, Pino Izquierdo K, Coves Orts FJ, de Miguel Balsa E, Gisbert García MT, Fernández González CJ, Diaz de Antoñana Saenz V, Portugal Rodriguez E, Alcoverro Pedrola JM, y Grupo de investigadores de ARIAM-SEMICYUC. Póster presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013.
13. Nuevas recomendaciones sobre la utilización de albúmina humana en la sepsis grave. Una evaluación crítica de la literatura. Latour Pérez J. Póster presentado al XLVIII Congreso Nacional de SEMICYUC 2013. Tenerife, 10 de junio de 2013.
14. Utilización precoz de estatinas en el síndrome coronario agudo (SCA): resultados del Registro ARIAM-SEMICYUC. Civeira Murillo E, Felices Abad F,

Latour Pérez J, Ferrer Civeira M, Giner Smith LM. XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Zaragoza, 22/24 de mayo de 2013.

X Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva 2014.

15. Evaluación de la capacidad discriminativa de la escala GRACE y KILLIP complementado con la edad en pacientes con síndrome coronario agudo. M.P. Fuset Cabanes, J.A. Arboleda Sánchez, E. Aguilar Alonso, J. Latour Pérez, A. García Alcántara, A. Reina Toral, R. Rivera Fernández, J. Cuñat de la Hoz y C. de la Fuente Martos. ARIAM-SEMICYUC y ARIAM-Andalucía.
16. Descripción de una escala de gravedad para pacientes con síndrome coronario agudo según edad y KILLIP. R. Rivera Fernández, J. Latour Pérez, E. Aguilar Alonso, M.P. Fuset Cabanes, J.A. Arboleda Sánchez, A. García Alcántara, E. Aguayo de Hoyos, T. García Paredes y J. Cuñat de la Hoz. ARIAM-SEMICYUC y ARIAM-Andalucía.
17. Estrategia invasiva precoz en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST con disfunción renal. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. J. Latour Pérez, V. Gómez Tello, E. de Miguel Balsa, M.C. Martín Rodríguez, J. Ruíz Ruíz, R. Calvo Embuena, M.P. Murcia Hernández, P. Jara Pérez, E. Civeira Murillo e Investigadores ARIAM.
18. Accesibilidad al sistema sanitario de los pacientes diabéticos con síndrome coronario agudo con elevación de ST. A. Baeza Román, E. de Miguel Balsa, J. Latour Pérez, V. Díaz de Antoñana Sáez, J. Arguedas Cervera, E. Mira Sánchez, C.J. Fernández González, M. Rico Sala y M. Lafuente Mateo.

Congreso nacional SEMICYUC 2015:

19. Estrategia invasiva precoz en el síndrome coronario agudo sin elevación de ST con disfunción renal. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. J. Latour Pérez, V. Gómez Tello, E. de Miguel Balsa, A. Llamas Álvarez, A. Carrillo López, J.A. Sánchez Román, J. Ruíz Ruíz, M.C. Martín Rodríguez, C.J. Fernández González y Grupo ARIAM-SEMICYUC.
20. Utilización de la estrategia invasiva precoz en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación de ST en función del riesgo basal. Resultados del Registro ARIAM-SEMICYUC. J. Latour Pérez, E. de Miguel Balsa, J.A. Fernández Lozano, C. Picazos Vicente, E. Mira Sánchez, E. Civeira Murillo, P. Jara Pérez, R. Calvo Embuena, M.P. Murcia Hernández y Grupo ARIAM-SEMICYUC.
21. Exactitud diagnóstica y calibración de la escala de riesgo GRACE simplificada en la población española. Resultados del registro ARIAM-SEMICYUC. C. Amorós Verdú, J. Latour Pérez, E. de Miguel Balsa, C. Picazos Vicente, A. Llamas Álvarez, Y. del Castillo Durán, A. de Celis Álvarez, M. Yagüe Huertas, M.T. Jurado Castro y Grupo ARIAM-SEMICYUC.

22. Análisis de la disparidad por sexos en la 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 2017
23. "Seguridad y efectividad de los nuevos antiagregantes en el síndrome coronario agudo en el mundo real. Registro ARIAM-SEMICYUC". De Miguel Balsa E., Latour Pérez J., Blancas Gómez –Casero R., Procar Rodado E., Calvo Embuena R., Grupo ARIAM-SEMICYUC.LIII Congreso Nacional SEMICYUC Granada 2018 10 a 13 de junio.

Ponencias presentadas en LIV Congreso Nacional de SEMICYUC 2019, Palma de Mallorca JUNIO 10/11/12.

24. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO CON ENFERMEDAD CORONARIA NO OBSTRUCTIVA (IMECNO) DEL REGISTRO ARIAM-SEMICYUC Ballesteros Ortega D, Martínez González O, Blancas Gómez-Casero Rb, Quintana Díaz M y de Miguel Balsa.
25. ELABORACIÓN DE UN SCORE PREDICTIVO DE IMECNO A PARTIR DEL REGISTRO ARIAM-SEMICYUC Ballesteros Ortega D, Martínez González O, Blancas Gómez-Casero R, Quintana Díaz M y de Miguel Balsa E.

LVI Congreso Nacional online de la SEMICYUC 2021-Barcelona 31 de mayo -4 de junio 2021

26. "EFECTOS COLATERALES DE LA COVID-19", con la ponencia: "Impacto de la Pandemia en el paciente NO-COVID-19: paciente con síndrome coronario agudo".
27. Poster LVI Congreso Nacional online de la SEMICYUC 2021-Barcelona 31 de mayo -4 de junio 2021 ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ASCENSO DEL SEGMENTO ST EN ESPAÑA.
28. Póster LVI Congreso Nacional online de la SEMICYUC 2021-Barcelona 31 de mayo -4 de junio 2021 ATENCIÓN AL SCACEST DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2.

Congreso LVII Nacional 2022 Sevilla

29. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON SCACEST ATENDIDOS ENTRE 2020 Y 2021 EN EL HOSPITAL DEL BIERZO Abad R, Prieto JL, Vara Martínez ML, Barraza García GA, Ortiz del Olmo D, Álvarez Martínez B, de Celis Álvarez A, Patallo Diéguez D. Otero Alvarín E y Dávila Macías FR Hospital El Bierzo, León
30. DIFERENCIAS SEGÚN RANGO DE EDAD ENTRE LOS PACIENTES JÓVENES CON INFARTO DE MIOCARDIO López Hernández N, de Gea García JH, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Martín Magán MDM, Mula Martínez R, Victoria Ródenas MD y Vázquez Andrés G, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

31. VALOR PRONÓSTICO DE LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS MEDIDAS MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN LA MORTALIDAD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)de Gea García JH, López Hernández N, Granados Madero M, Rivera Sánchez P, Mateos Llosa M, Manso Murcia C, Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Asensio Rodríguez M y Victoria Ródenas MD, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
32. VUELTA A UNA NUEVA NORMALIDAD. ANÁLISIS DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN DEL SCACEST, EN PERIODO PANDÉMICO (2020-2021), EN NUESTRO HOSPITAL Y NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA Rueda Molina C, Nieto González M, Estecha Foncea MA, Castillo Caballero JM, Vallejo Báez A y Nuevo Ortega Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.
33. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL CLÍNICO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO TRAS LA ACTP PRIMARIA? Breval Flores A, Garrino A, Pérez Madueño V, Martín Ávila Hy Villegas del Ojo J Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz
34. ATENCIÓN AL SCACEST DURANTE LA PANDEMIA Bermejo Rubio Moreno Cano SG, de Mota Dengra E Jiménez Guerra E León Montañés L, Salas Martin J y Sánchez Rodríguez Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz
35. ¿INFLUYE EL PRIMER CONTACTO MÉDICO EN LA CORRECTA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ASISTENCIAL CÓDIGO INFARTO? Villegas del Ojo J, Pérez Madueño V, Moreno Cano S, Breval Flores A y Carrizosa Carmona Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz
36. CÓMO HA INFLUIDO LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2, SOBRE UNA PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE, COMO ES EL SCACEST Rueda Molina C, Nieto González M, Mateos Rodríguez M, Vallejo Báez A, Castillo Caballero JM y Estecha Foncea Hospital Virgen de la Victoria, Málaga
37. ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN UN PERIODO DE 25 AÑOS Pérez Bastida L, Villanueva Arias MG, Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Corbato García Á, Aray Delpino Z, Álvarez Ruiz AP, Prieto González M, Moradillo González MS y Andrés de Llano JM Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.
38. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARACTERÍSTICAS BASALES DE JÓVENES CON INFARTO DE MIOCARDIO (IAM): DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES Granados Madero M, de Gea García JH, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Mula Martínez R, Martín Magán MdM, Victoria Ródenas MD y Vázquez Andrés G Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
39. FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (FEVI) MEDIDA POR ECOCARDIOGRAFÍA AL INGRESO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) de Gea García JH, Granados Madero M, Rivera García P,

López Hernández N, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Victoria Ródenas MD y Asensio Rodríguez M Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

CONGRESO NACIONAL SEMICYUC MALAGA 2023

40. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS Y COMPLICACIONES EN PCR POR SCASEST EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA Luque Mármol E, Díaz-Távora Luque M, Mancha Salcedo R, y Borge Rodríguez Hospital de Mérida (C. H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz
41. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS Tristancho Garzón A Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.
42. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Muñoz Varea M y Bardal Ruiz A Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.
43. CONSUMO DE TÓXICOS EN EL PACIENTE JOVEN CON IAMLópez Hernández N, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, Mula Martínez R, Vázquez Andrés G y Asensio Rodríguez M Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
44. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES JÓVENES CON SHOCK CARDIOGÉNICO TRAS UN PRIMER INFARTO Mula Martínez R, de Gea García JH, Moreno Flores MA, Mateos Llosa M, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, López Hernández N, Martín Magán MdM, Asensio Rodríguez M y Vázquez Andrés G Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
45. CORONARIOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UCI Mula Martínez R, de Gea García JH, Mateos Llosa M Victoria Ródenas MDRivera Sánchez PGranados Madero M, López Hernández N Martín Magán MdM, Vázquez Andrés G y Asensio Rodríguez M Hospital Clínico. Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Hospital General Universitario los Arcos del Mar Menor, Murcia.
46. MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL SCACEST EN EL TIEMPO ENTRE CONTACTO DEL PACIENTE Y EL PASO DE GUÍA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real
47. ATENCIÓN AL IAMCEST EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense
48. IAMCEST EN PACIENTES > 80 AÑOS. ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD Sancho Muriel D, Tizón Varela AI y de la Torre Fernández MJ. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

49. IMPACTO DEL LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ICP EN LA MORBIMORTALIDAD DEL IAMCEST I Larrañaga Swingwald Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense
50. SON LOS VALORES DE PROBNP ELEVADO UN PREDICTOR ¿DE EVOLUCIÓN DESFAVORABLE EN LOS PACIENTES CON IAMSTE? Jaén Franco M, Villegas del Ojo J, Blanco Sáez I, Giménez Beltrán B y Breval Flores A Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz
51. FACTORES ASOCIADOS AL TAPONAMIENTO CARDIACO TRAS CIRUGÍA CARDIACA. ANÁLISIS DEL REGISTRO ARIAM Ruiz Peña P, Hinojosa Pérez R, García Delgado M, Gordillo Brenes A, Torres Delgado EM Hospital Materno Infantil del H. U. R. de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada. Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz. Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba. Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga

CONGRESO NACIONAL SEMICYUC BARCELONA 2024

52. ESTUDIO ANALÍTICO DE LOS INFARTOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE COCAÍNA Rey Barreiro U, González Cárdenas, Luque Mármol E, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Peña Luna IM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MFy Gil Pérez Hospital de Mérida (C. H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz.
53. MPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Eliche Mozas R, Martín Castillo R, Barreno García D y Sánchez García AM. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga
54. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN SCACEST EN UNA PROVINCIA EXTENSA Abajo Miranda, Vara Arlanzón R, Ruiz Martínez A, Carballal de Vega AP, Arroyo Díez M, Carrillo Auñón ME, Gutiérrez Hernández M, Varona Sáez de Ibarra R y Pajares Calvo M Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos.
55. MANEJO DEL SCACEST EN TIEMPO DE PANDEMIA COVID SEGÚN EL REGISTRO ARIAM-ANDALUCÍA Díaz Torres I Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz
56. INDICADORES DE CALIDAD “CÓDIGO INFARTO”, CÓMO ESTAMOS CON RESPECTO A NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA Díaz Torres I Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.
57. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

CON DIAGNÓSTICO DE MINOCA INGRESADOS EN UCI. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Corbato García, Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Benítez Garzón LE, Vidal Lujan LA, López Ramos EM, Andaluz Ojeda D, Pérez Bastida L, Manuel Merino FJ y Ortega Sáez M Hospital General Río Carrión (C. A. U. de Palencia), Palencia.

58. LA UCI CORONARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, ¿SON REALES NUESTRAS IMPRESIONES? Ruiz Urbano A, Domínguez García M, Rojas Peláez S, Jiménez Conde C y Granja Gómez Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C.H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva
59. CÓDIGO INFARTO Y SUS FALSOS POSITIVOS: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO Giner Brocal E, Borrás Pallé S, Hernández Garcés H, Zaragoza Crespo R, Alcalá Gallardo CA, Chavero García T, Chacón Betancourt B, Sánchez Zafra S y Sigona-Giangreco Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.
60. DEPRESIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. ¿SE PUEDE MORIR DE UN CORAZÓN ROTO? Lardelli Picallos S, Pérez Caballero FL, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas, Aguirado Sánchez RM, Gil Pérez NM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MF y Valverde Calvo T Hospital de Mérida (C. H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz
61. DEPRESIÓN MINOR E IAM. ¿LA GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN INFLUYE EN LA INTENSIDAD DEL RIESGO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES? Lardelli Picallos S, Pérez Caballero FL, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas, Aguirado Sánchez RM, Gil Pérez NM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MF y Valverde Calvo T Hospital de Mérida (C. H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz
62. HALLAZGOS CORONARIOS, TIEMPO DE REVASCULARIZACIÓN, ESTANCIA MEDIA Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Martín

Castillo R, Eliche Mozas R, Barreno García D, Sánchez García AM, Nuevo Ortega P y Estecha Foncea MA Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

63. AFECTACIÓN CARDÍACA Y NEUROLÓGICA SECUNDARIA A INFARTO DE MIOCARDIO POR CONSUMO DE COCAÍNA Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Luque Mármol E, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Peña Luna IM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MF y Gil Pérez NM Hospital de Mérida (C. H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz
64. NÁLISIS DESCRIPTIVO DE SCASEST INGRESADOS EN UCI DESDE EL AÑO 2017 HASTA 2022 González Santamaría M Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.
65. IAMSEST EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. PREDICTORES DE MORTALIDAD Y/O DISFUNCIÓN VENTRICULAR Larrañaga Sigwald L Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

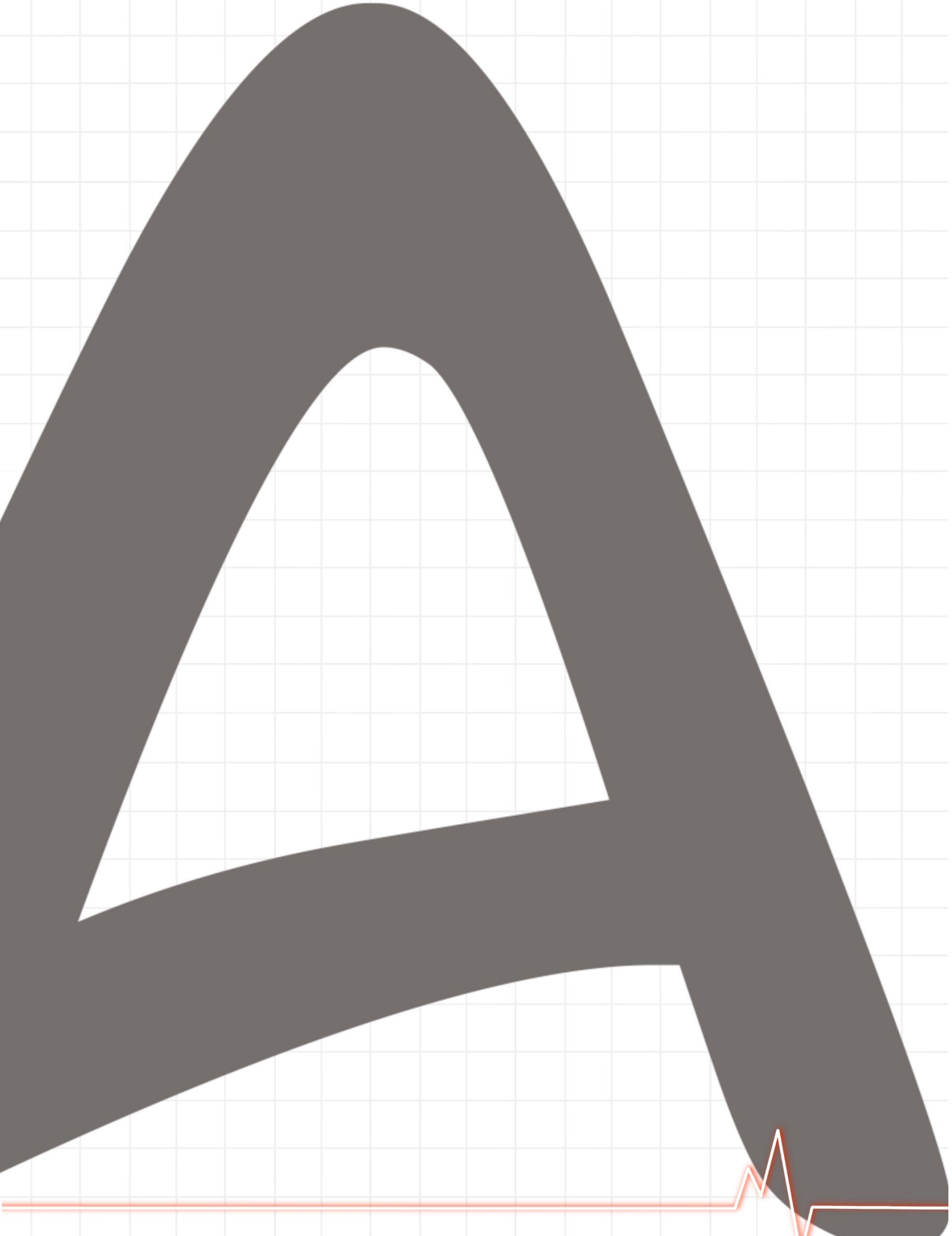
66. IAMSEST EN PACIENTES > 70 AÑOS. ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD Suárez Fernández DE, Larrañaga Sigwald L, González Santamaria M, Flores Caballero B, Cortes Cañones JR, González Chana B, Vilaboy Alvite EM y Priego Sanz Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

ANEXO III

Tesis doctorales y trabajos fin de grado (TG)

1. DIFERENCIAS CON LA EDAD EN EL MANEJO Y CURSO CLINICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA José Ángel Ramos Cuadra. Universidad de Málaga 2003

2. REALIZACIÓN DE ECOGRAFIA DURANTE LA ESTANCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDADES CORONARIAS ESPAÑOLAS DE LOS PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO. Karim Chibouti Bouichrat Universidad de Granada 2006
3. PRONOSTICO Y ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES CON ANGINA INESTABLE DURANTE SU INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS O UNIDADES CORONARIAS ESPAÑOLAS Inés Macías Guarasa. Universidad de Granada 2005
4. RUPTURA DE LA PARED LIBRE Y DEL SEPTO INTERVENTRICULAR COMO COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA POBALCION ESPAÑOLA PRONÓSTICO Y FACTORES PREDICTORES DE SU DESARROLLO Ana maría Castillo Rivera. Universidad de Granada 2010.
5. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, CONTROL DE LA DISLIPEMIA Y USO DE HIPOLIPEMIANTES EN EL ÁREA SANITARIA II DE ASTURIAS Miguel Al Kassam Martínez Universidad de León, 2014

6. CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE UN REGISTRO CONTINUO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST Antonio Vallejo Báez Dpto. de Medicina Málaga, 2016.

7. FACULTAD DE FARMACIA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE: TRABAJO FIN DE GRADO TÍTULO: USO Y ABUSO DE ESTATINAS Autores: Cristina Suanzes Riesgo, M.ª Pilar Suárez Diez, Yasmine Tlemcani. Febrero 2016
8. ANÁLISIS DE LA DISPARIDAD POR SEXOS EN POBLACIÓN EXTRANJERA Y ESPAÑOLA INGRESADA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) REGISTRO ARIAM-SEMICYUC. Alumna: Pilar Murcia Hernández. Tutor Académico: Dr. Jaime Latour Pérez. Curso:2015-2016.
9. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASULAR TFG Medicina María Manjón Núñez. 2019.Universidad de Murcia.
10. CARDIOPATIA ISQUÉMICA EN PACIENTES JOVENES. ANÁLISI DE LOS FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES, DE NUEVO DIAGNÓSTICO Y SU IMPACTO EN EL PRONOSTICO A LARGO PLAZO. Pablo Juan Salvadores. Universidad de Santiago de Compostela (España) en 2021
11. PAPEL DE BIOMARCADORES Y ESCALAS PRONÓSTICAS EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES AGUDAS Enrique Castro Portillo Universidad de Valladolid 2023