

Síndrome coronario agudo II**207****CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DETERMINANTES DEL REINFARTO INTRA UCI EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO PRIMVAC**

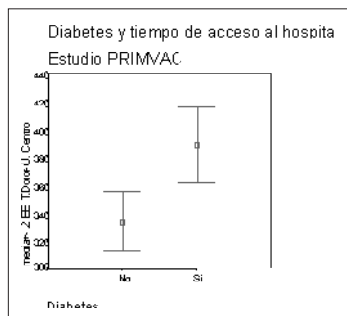
F. Guillém, A. Cabadés, M. Francés, J. Ruiz, M. Blasco. INSVACOR Servicio de Cuidados Críticos. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante.

Introducción: La información sobre las características y determinantes de un nuevo infarto de miocardio (reIAM) en los pacientes con IAM hospitalizados en la UCI es todavía escasa.**Objetivo:** Identificación de las variables predictoras de reIAM intra-UCI en el registro PRIMVAC.**Métodos:** Tras determinar la incidencia de reIAM se realizó un análisis bivariante (variables categóricas: prueba de ji al cuadrado) y un análisis multivariante mediante regresión logística escalonada. Se incluyeron en el análisis las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo, antecedentes coronarios, presencia de onda Q en el ECG y terapéutica trombolítica. Se describen solamente las diferencias significativas.**Resultados:** La incidencia de reIAM en el PRIMVAC (13.296 casos, edad 65,5 años, 24,3% de mujeres) fue del 2,8%. La edad fue mayor en el grupo de reIAM (69,3 años) que en el grupo sin reIAM (65,3 años). El reIAM fue más frecuente en la mujer (3,9%) que en el varón (2,5%), en casos con antecedentes coronarios (4%) que en los sin ellos (2,8%), en los no fumadores (3,3%) que en los fumadores (2%), en los diabéticos (3,8%) que en los no diabéticos (2,4%). No hubo diferencias entre los sometidos o no a trombolisis. El análisis multivariante mostró las siguientes variables como factores determinantes independientes para el desarrollo de reIAM: Edad (RR: 1,02), sexo femenino (RR: 1,27), antecedentes coronarios (RR: 1,82), y diabetes (RR: 1,37). La mortalidad en el reIAM fue del 37,2% y en el no reIAM del 12,6%.**Conclusiones:** El reIAM conlleva una mortalidad elevada. Algunas datos clínicos al ingreso permiten identificar un perfil de mayor riesgo de desarrollo de esta complicación.**209****EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL JOVEN. VARIABLES CLÍNICAS PREVIAS AL INGRESO. EL ESTUDIO PRIMVAC**

C. Antón, P. Morillas, J. Cebrian, J.P. Calabuig y F. Ballenilla. Unidad de Vigilancia Intensiva. Hospital de la Ribera. Alzina. Valencia.

Introducción: El IAM en los menores de 45 años es poco frecuente, pero conlleva importantes repercusiones socioeconómicas.**Objetivo:** Estudio de las características demográficas, antecedentes y factores de riesgo coronario en los pacientes menores de 45 años con IAM en el registro PRIMVAC.**Métodos:** Comparación de las variables clínicas previas al ingreso entre los casos menores de 45 años (grupo A) y el resto de la población (grupo B) en el registro PRIMVAC durante los años 1995-1999. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de ji al cuadrado. Solamente se describen las diferencias con significación estadística.**Resultados:** De 10.213 casos, un 6,8% tenía menos de 45 años. Datos demográficos: Grupo A: Edad, 40 ± 4,9 años; Mujeres, 10,1%. Grupo B: Edad, 67,3 ± 10,1 años; Mujeres, 24,8%. Factores de riesgo: Tabaquismo: Grupo A: 81%; Grupo B: 34,1%. Colesterol: Grupo A: 40%; Grupo B: 28,6%. Hipertensión arterial: Grupo A: 24,5%; Grupo B: 46,4%. Diabetes: Grupo A: 8,4%; Grupo B: 29%. Antecedentes coronarios: IAM previo: Grupo A: 7%; Grupo B: 18,3%. Angina previa: Grupo A: 10,6%; Grupo B: 22%. La mediana del tiempo entre el inicio del dolor y la llegada al hospital fue de 120 minutos en el Grupo A y de 160 minutos en el Grupo B.**Conclusiones:** Los pacientes menores de 45 años con IAM presentan menor proporción de mujeres, más tabaquismo e hipercolesterolemia y llegan antes al hospital.**208****LA DIABETES MELLITUS ES UN FACTOR INDEPENDIENTE EN EL RETRASO DE LLEGADA AL HOSPITAL DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. EL ESTUDIO PRIMVAC**

E. González, F. Valls, F. Guardiola, J. Cebrian y J. Gregori. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de La Plana. Catarroja.

Introducción: Se postula que la menor expresividad clínica del IAM en el paciente diabético puede ocasionar un mayor retraso en el acceso al sistema sanitario, siendo este hecho independiente de la edad y el sexo.**Objetivo:** Analizar la influencia de los antecedentes de diabetes en el tiempo de acceso al hospital de los pacientes con IAM.**Pacientes y métodos:** En el estudio PRIMVAC se reclutaron 13.296 episodios de IAM desde el 1/12/1994 hasta el 5/11/2001. La edad media fue de 65 años (DE 12) y el 75,7% fueron varones. Se comparó el tiempo de acceso al hospital en los pacientes con y sin antecedentes de diabetes. Posteriormente, mediante una regresión lineal, se ajustaron los resultados teniendo en cuenta la edad y el sexo. Se utilizó la prueba de Mann Whitney y la regresión lineal múltiple mediante el programa SPSS/PC+.**Resultados:** Los antecedentes de diabetes estuvieron presentes en el 28% de los casos. La mediana de tiempo de acceso al hospital en los diabéticos fue de 180 minutos con una amplitud intercuartil (AIC) de 50-395 minutos mientras que en los no diabéticos fue de 149 minutos (AIC 75-318) ($p < 0,0001$). Esta significación estadística se mantuvo tras el ajuste por edad y sexo. Las tres variables resultaron significativas con $p < 0,001$.**Conclusiones:** La diabetes mellitus es causa de un mayor retraso de los IAM en el acceso al sistema sanitario, siendo este hecho independiente de la edad y el sexo.**210****PECULIARIDADES ASOCIADAS AL SEXO EN LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y EDAD AVANZADA. ESTUDIO IBERICA EN LA REGIÓN DE MURCIA**A. Melgarejo Moreno, J. Galcerá Tomás, S. Rodríguez Fernández, M.J. Murcia Payá y M.J. Tormo. Hospital Sr^a M^a del Rosell de Cartagena, Virgen Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad de Murcia.**Objetivo:** Analizar las posibles peculiaridades asociadas al sexo en los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) de edad avanzada (EA), mayores de 75 años, incluidos en el registro IBERICA.**Métodos:** En 651 pacientes de EA ingresados consecutivamente por IAM, en todos los hospitales de la Región de Murcia, se analizaron atendiendo al sexo, las características clínicas, tratamientos, procedimientos y los factores predictores de mortalidad.**Resultados:** Entre los pacientes de EA, las mujeres, $n = 301$ (46,2%), fueron mayores (81,2 vs 79,8 años, $p < 0,05$), ingresaron con mayor retraso (8,35 vs 5,8 horas, $p < 0,01$), y presentaron menor tasa de infarto previo (16,6% vs 26,3%, $p < 0,01$) y tabaquismo (0,6% vs 12%, $p < 0,001$) que los hombres. El sexo femenino se asoció en mayor proporción a hipertensión (64,7% vs 50,5%) y diabetes (50,3% vs 28,6%) y una menor utilización de antiagregantes, trombolíticos y betabloqueantes. Las mujeres fueron sometidas en una proporción menor que los hombres a diferentes procedimientos: ecocardiografía (54% vs 63%), ergometría (83,6% vs 14,2%), y cateterismo (5% vs 13,6%). Las mujeres presentaron mayor mortalidad a los 28 días (35,8% vs 19,4%, $p < 0,001$). El sexo femenino fue predictor independiente de mortalidad entre los mayores de 75 años (OR 2,22; IC 1,48-2,77).**Conclusiones:** Entre los pacientes de EA con IAM, el sexo femenino se asocia a una mayor edad y comorbilidad, a una menor tasa de tratamiento con antiagregantes, trombolíticos, y betabloqueantes, y son sometidas a diferentes procedimientos en menor proporción que los hombres. En los pacientes de EA con IAM, el sexo femenino es una variable independiente de la mortalidad a los 28 días.

211

TRATAMIENTOS Y PREDICTORES DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. OBSERVACIONES DEL ESTUDIO IBÉRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

A. Melgarejo Moreno, J. Galcerá Tomás, S. Rodríguez Fernández, J. Gil Sánchez y N. Alonso

*Hospital St^a M^a del Rosell de Cartagena, Virgen Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad de Murcia.***Objetivo:** Conocer los tratamientos y predictores de la realización de procedimientos diagnósticos en los pacientes de edad avanzada (EA), mayores de 75 años con infarto agudo de miocardio (IAM).**Métodos:** En 2.740 pacientes ingresados por IAM en los hospitales de la Región de Murcia, se analizó el tratamiento médico y procedimientos realizados atendiendo a la existencia o no de EA. Para conocer los predictores de la práctica de procedimientos en pacientes de EA, se realizó un análisis de regresión logística con los antecedentes, características clínicas, hospitalización o no en UCIC, y localización del infarto.**Resultados:** Los pacientes de EA, n = 651, 23,7%, recibieron de forma significativa menos frecuentemente trombolíticos (37,4% vs 50%), aspirina (62,3% vs 79%), betabloqueantes (21,1% vs 47%), y heparina (66,3% vs 79,4%). Por el contrario, la EA se asoció significativamente a una mayor proporción de tratamiento con IECAs (39% vs 33%), digoxina (8,1% vs 3,2%), y diuréticos (27% vs 8%). A los pacientes de EA se les practicó con menor frecuencia ecocardiografía (59% vs 77%), ergometría (7% vs 50,6%), y cateterismo (9,5% vs 36,4%). En los pacientes con EA los predictores independientes para la realización de diferentes procedimientos fueron: 1) *Ecocardiografía*, edad, diabetes, y tratamiento en UCIC; 2) *Ergometría*, edad, sexo femenino, y tratamiento en UCIC; y 3) *Cateterismo*, edad, y sexo femenino.**Conclusiones:** Los pacientes de EA parecen beneficiarse en menor medida que los pacientes de menor edad de los diferentes tratamientos y procedimientos. La EA se identificó como predictor independiente para la no realización de los diferentes procedimientos.

213

BENEFICIOS DE LA FIBRINOLISIS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LOS ANCIANOS. NUESTRA EXPERIENCIAC. Culebras, J. Fuentes, D. Romero, G. O'Shanahan, L. Santana y V. Nieto
*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.***Planteamiento:** Fibrinólisis (FB) en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en pacientes ancianos. Experiencia durante dos años en nuestro hospital.**Objetivo:** Analizar si existe reducción de la mortalidad entre los pacientes mayores de 65 años con IAM tratados con FB frente a los no tratados.**Material y método:** Durante 24 meses ingresaron en nuestro hospital un total de 537 pacientes con diagnóstico de IAM de los cuales 215 (40%) eran mayores de 65 años. En el grupo de mayores de 65 años la FB se realizó en 72 pacientes (33,5%) frente a un 42% de FB realizadas en el grupo de menores de 65 años; estudiamos la mortalidad y aparición de efectos secundarios atribuibles a la fibrinólisis (hemorragias, arritmias, caída tensional) en el grupo de pacientes mayores de 65 años mediante estudio transversal-comparativo.**Resultados:** Los motivos fundamentales por lo que no se aplicó FB a los pacientes con IAM y edad > 65 años fueron en orden de frecuencia: tiempo de isquemia mayor a 12 horas, no indicación terapéutica, contraindicaciones relativas, contraindicaciones absolutas y causa desconocida. Se evidenciaron un número de complicaciones mayor en los pacientes > 65 años tratados con FB, pero ninguna de estas complicaciones fue mortal o invalidante para el paciente, ni fue preciso revertir la fibrinólisis. La mortalidad total en el grupo de > de 65 años fue del 36,9%, mientras que en los < 65 años fue del 20,6%. En los > 65 años con FB la mortalidad se redujo al 12,8% (P < 0,05).**Conclusiones:** Si bien es cierto que la FB en pacientes ancianos se ve acompañada de mayor número de complicaciones, en nuestra experiencia, estas no han ocasionado en ningún caso la muerte o invalidez del paciente. La FB en > 65 años con IAM se acompaña de una tasa de supervivencia mayor al tratamiento conservador. Estos resultados nos inducen a cuestionar el criterio de edad como determinante a la hora de aplicar tratamiento fibrinolítico.

212

INFARTO DE MIOCARDIO, EDAD AVANZADA E INGRESO EXCLUSIVO EN PLANTA. OBSERVACIONES DEL ESTUDIO IBÉRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

A. Melgarejo Moreno, J. Galcerá Tomás, S. Rodríguez Fernández, J. Gil Sánchez y J. Martínez Hernández

*Hospital St^a M^a del Rosell de Cartagena, Virgen Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad de Murcia.***Objetivo:** Analizar las peculiaridades de los pacientes de edad avanzada (EA), mayores de 75 años, con infarto agudo de miocardio (IAM), atendiendo a su ingreso exclusivo en planta o en la Unidad de cuidado intensivo coronario (UCIC).**Métodos:** Entre 651 pacientes de EA, ingresados consecutivamente por IAM en 10 hospitales de la Región de Murcia, 122 (18,7%) no fueron ingresados en UCIC recibiendo atención hospitalaria exclusivamente en planta. Las características clínicas, tratamientos, procedimientos, y mortalidad fueron comparados atendiendo a su ingreso o no en UCIC.**Resultados:** Los pacientes no ingresados en UCIC fueron de mayor edad (81,7 ± 4 vs 80 ± 4, p < 0,01) y con antecedentes de insuficiencia cardíaca en mayor proporción (40,3% vs 20,3%, p < 0,01). Igualmente, la no hospitalización en UCIC se asoció frecuentemente con síntomas atípicos (38% vs 19%, p < 0,01), localización anterior del infarto (40,1% vs 33,4%, p < 0,05), e IAM no Q (28,6% vs 19,4%, p < 0,05). Los pacientes no ingresados en UCIC acudieron con un mayor retraso (10,8 ± 15 vs 6,2 ± 11 horas, p < 0,01) y recibieron menos frecuentemente trombolisis (10,6% vs 43,6%). El ingreso exclusivo en planta se asoció a menor realización de ecocardiografía (46% vs 62%), ergometría (4% vs 10,5%) y cateterismo (4% vs 10,7%). El ingreso exclusivo en planta se asoció a menor mortalidad (17,2% vs a 29,3%, p < 0,01).**Conclusiones:** Los pacientes de EA con IAM atendidos exclusivamente en planta fueron de mayor edad y frecuentemente con antecedentes de insuficiencia cardíaca. Dichos pacientes acudieron al hospital con mayor retraso, fueron sometidos en menor proporción a trombolisis y procedimientos, y su mortalidad fue inferior a la de los ingresados en las UCIC.

214

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, MANEJO Y MORTALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLAM. Ruiz Bailén, E. Aguayo de Hoyos, A. Cárdenas Cruz, M.A. Díaz Castellanos, Z. Issa-Khozouz, A. Reina Toral y B. Hurtado Ruiz
*UCI. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.***Objetivo:** Evaluar las diferencias existentes debidas a la edad, en factores de riesgo cardiovasculares, evolución, y el manejo clínico de los pacientes afectados de infarto agudo de miocardio (IAM), durante su estancia en UCI.**Metodología:** Cohorte retrospectiva del registro multicéntrico ARIAM. Período de Estudio: enero de 1995-2001. Fue realizado un análisis univariante y multivariante para investigar las diferencias entre los diversos grupos de edad; y si la edad es un factor independiente de mortalidad y de diferencias en el manejo.**Resultados:** Ingresaron en UCI 17.761 pacientes con el diagnóstico de IAM, la distribución por grupos de edades fue: ≤ 55 años 3954, (22,3%), entre 55 y 64 años 3.593 (22,2%), entre 65 y 74 años 5.924 (33,4%), entre 75 y 84 años 3.686 (20,8%) y > 84 años 604 (3,4%), p < 0,0001. El 24,6% fueron mujeres, incrementándose su frecuencia conforme aumenta la edad. Los factores de riesgo varían claramente según los distintos grupos de edad. El desarrollo de complicaciones se incrementa de forma notable con la edad. Los grupos más ancianos presentan una menor tasa de revascularización. La mortalidad fue respectivamente, en los diferentes grupos, un 2,6%, 5,4%, 10,7%, 17,7%, y un 25,8%. La edad es factor predictor independiente de mortalidad y de administrar trombolisis.

Edad	OR Cruda OR (95,0%)	
	Mortalidad	Trombolisis
< 55	1,0	1,0
55-64	2,15 [1,68-2,74]	0,84 [0,76-0,92]
65-74	4,53 [3,66-5,61]	0,65 [0,59-0,70]
75-84	8,12 [6,56-10,06]	0,49 [0,45-0,54]
> 84	13,14 [10,05-17,18]	0,41 [0,35-0,49]

Conclusiones: La edad se asocia a diferencias en factores de riesgos cardiovasculares, el manejo recibido, y la mortalidad; siendo un importante predictor independiente de mortalidad y de administración de trombolisis. El manejo clínico de los pacientes más ancianos podría ser subóptimo.

215

217

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL INFARTO DE MIOCARDIO NO COMPLICADO Y HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA

J. Martínez Hernández, A. Melgarejo Moreno, S. Rodríguez Fernández, J. Gil Sánchez y J. Galcerá Tomás

*Servicio de Medicina Intensiva de los Hospitales Santa María del Rosell de Cartagena, V. Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad.***Objetivo:** Analizar las características y pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado (IAMNC) asociadas a una corta estancia hospitalaria.**Métodos:** De un total de 566 pacientes, ingresados consecutivamente entre 1998-1999, por infarto agudo de miocardio, 224 (39,5%) fueron considerados como IAMNC. Se analizaron las siguientes variables: reingresos en el 1º mes, revascularización diferida, y mortalidad en 1º año, dependiendo de una estancia hospitalaria menor o mayor de 7 días.**Resultados:**

	> 7 días, n = 180	< 7 días, n = 44
Edad, años	64 ± 11	65 ± 14
Mujeres, %	23	38
Infarto previo, %	17	6
Insuficiencia cardíaca previa %	8	6
Diabetes, %	41	35
Hipertensión, %	60	56
No Q, %	23	9
Localización anterior, %	28	15
Estancia hospitalaria, días	9,8 ± 2,7	6 ± 0,7
Fracción de eyección, %	53 ± 9	54 ± 12
Reingresos 1º mes, %	14,7	8,8
Revascularización en 1º año, %	20	14,7
Mortalidad en 1º año, %	4,1	2,9

Conclusiones: Durante el período del estudio sólo un 20% de los pacientes con IAMNC se beneficiaron de un alta hospitalaria precoz sin que esta actitud comportase un mayor riesgo de reingreso o mortalidad.**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA ACELERAR EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (ESTUDIO A.T.S.C.A.). PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**V. López, R. Calvo, M.J. Broch, J. Miñana* y Grupo ATSCA
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Sagunt. Sagunt. Hospital de Gandía.***Objetivos:** Dado que existe una relación estrecha entre la precocidad del tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) y la supervivencia, se pretende demostrar que una intervención sanitaria de carácter educativo en el ámbito comunitario en un área de salud concreta, puede adiestrar en el reconocimiento de la sintomatología propia del SCA, y optimizar la utilización eficiente de los recursos sanitarios.**Diseño:** Estudio quasi-experimental pre-test post-test con grupo control no equivalente. Se realizará en 2002. Se recogerán datos sobre las características demográficas y clínicas de los pacientes con SCA durante dos años antes de la intervención (2000-2001), recogidos en el estudio multicéntrico ARIAM (Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio) y dos años a partir de la misma (2002-2003).**Ámbito del estudio:** Pacientes con SCA atendidos en los hospitales de Sagunto (área intervenida) y Gandía (área control).**Metodología:** Se analizarán los cambios producidos en las variables estudiadas (demoras, tipo de tratamiento, recursos utilizados) antes y después de la intervención, estratificando por edad, sexo y antecedente de enfermedad coronaria. Se utilizarán test estadísticos paramétricos (t-Student) y no paramétricos (Chi² y U de Mann-Whitney). Paquetes estadísticos SPSS 7.1 y EPIDAT 2.1.**Intervención:** Consiste en informar, adiestrar y alertar a la población adulta del área utilizando los recursos asistenciales del área, medios de comunicación locales y comarcales (TV, radio, prensa), charlas dirigidas a grupos sociales organizados y abundante material impreso (folletos, carteles etc...).

216

218

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO COMPLICADO Y CORTA ESTANCIA EN LA UNIDAD CORONARIA

A. Melgarejo Moreno, J. Martínez Hernández, S. Rodríguez Fernández, J. Gil Sánchez y J. Galcerá Tomás

*Servicio de Medicina Intensiva de los Hospitales: Santa María del Rosell de Cartagena, V. Arrixaca de Murcia y Consejería de Sanidad.***Objetivo:** Determinar la incidencia de reingresos y mortalidad en el primer mes y en el primer año de los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado (IAMNC) atendiendo a la presencia de una corta estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario (UCIC).**Métodos:** De 566 pacientes ingresados consecutivamente, n = 224 (39,5%) fueron diagnosticados de IAMNC. Se analizaron las características y pronóstico asociados a los pacientes con IAMNC atendiendo a una estancia menor (39,2%) o mayor (60,7%) de 72 horas (h) en la UCIC.**Resultados:**

	> 72 h, n = 136	< 72 h, n = 88
Edad, años	65 ± 14	64 ± 11
Mujeres, %	13	29,5
Infarto previo, %	18	10
Insuficiencia cardíaca previa %	7	4,5
Diabetes, %	35	32
Hipertensión, %	50	51
No Q, %	20	37
Localización anterior, %	29	22
Fracción de eyección, %	53 ± 9	54 ± 10
Estancia hospitalaria, días	10 ± 1	9 ± 2
Reingresos 1º mes, %	11,7	15,9
Revascularización 1º año, %	16,9	21,5
Mortalidad en 1º año, %	2,9	4,5

Conclusiones: En el período de estudio, el 40% de nuestros pacientes con IAMNC fueron dados de alta de la UCIC en las primeras 72 horas de su ingreso sin que ello comportara un mayor riesgo de reingreso o mortalidad.**ESTUDIO DE INCIDENCIA Y TIEMPOS DE ACTUACIÓN EN LOS IAM DIAGNOSTICADOS POR USVA EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M. López Montes, C. Cores Cobas, J.A. Cajarville Garabal, J.C. Fontoira Fernández, M.S. Vázquez Vázquez y M.D. Martín Rodríguez

*Unidad de Soporte Vital Avanzado de Pontevedra. Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. Pontevedra.***Objetivo:** Estudiar la incidencia de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) diagnosticados por Unidades de Soporte Vital Avanzado (USVA) en pacientes con dolor torácico procedentes de Equipos de Atención Primaria (EAP). Evaluar las demoras de tiempos desde el inicio de los síntomas hasta el primer soporte médico y el soporte vital avanzado.**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se estudiaron las alertas por dolor torácico procedentes de EAP recibidas en una Central de Coordinación de Urgencias Sanitarias durante el año 2000. Se evaluaron los casos atendidos por USVA y diagnosticados de IAM, describiendo los tiempos medios de demora.**Resultados:** Se atendieron 89.497 alertas procedentes de EAP. El dolor torácico fue la causa de 2.877 de ellas (3,1%). Las USVA atendieron 284 de estos casos (9,8%), en los que se diagnosticó IAM en 111 casos (39%). De estos pacientes con IAM: 84% fueron varones, edad media de 61 años; 16% fueron mujeres, edad media de 73,6 años. Inicio de la clínica: 36% en medio rural. T1: tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la consulta en EAP; T2: tiempo desde la alerta solicitada por el EAP hasta la llegada de la USVA; T3: tiempo de traslado hasta el centro hospitalario útil.

Tiempo	Media	Desviación Estándar	Rango
T1	80 minutos	79	259
T2	27 minutos	26	87
T3	33 minutos	10	41

Conclusiones: La escasa proporción de casos que pueden atender las USVA, por la gran dispersión geográfica de nuestro medio, hacen necesario implementar protocolos de tratamiento precoz eficaz desde la primera actuación médica, incluyendo en ella la posibilidad de fibrinólisis temprana. Se pone de manifiesto la necesidad de reducir el tiempo de demora síntoma-tratamiento eficaz. Otros tiempos parecen de difícil mejoría.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA ARIAM DURANTE DOS PERÍODOS DE TIEMPO: AL INICIO Y TRAS OCHO AÑOS DE FUNCIONAMIENTO EN UN HOSPITAL GENERAL

C. Palazón Sánchez, E.L. Palazón Sánchez, J.C. Pardo Talavera, F. Felices Abad y grupo ARIAM

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario. Murcia

Objetivo: Analizar la utilidad del programa ARIAM tras la implantación en un Hospital General de adultos y evaluar la monitorización de la calidad en el SCA con elevación del ST

Material y método: Revisión de los SCA con elevación del ST durante el inicio del programa ARIAM (1994) y tras ocho años de rendimiento (2001). Análisis de calidad mediante los gráficos de control y desarrollo. Se analizan variables epidemiológicas, índice de trombólisis, mortalidad intra UCI, tiempo de llegada al Hospital- realización del ECG (t1), tiempo inicio síntomas – llegada a hospital (t2), medios de acceso utilizado y fármacos trombolíticos Procesamiento estadístico mediante SPSS con significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyen 1.391 pacientes con SCA de los que 637 tenían IAM. La mortalidad en el primer año se elevó al 14,8% frente al 4,3% en el segundo. El índice de trombólisis no se modifica (42,6% vs 40%). En ambos períodos la mayoría de pacientes fueron varones. En el 1994 se utilizaban tres tipos de tratamiento trombolítico (SK, rt – PA y APSAC) frente al 100% de tratamiento administrados con rt – PA en el 2001. El t1 en ambos períodos fue de 206,7/175 minutos, y el t2 de 20,3/25 minutos respectivamente.

Conclusiones: Las desviaciones de los estándares de calidad vigiladas mediante el programa ARIAM permiten mantener una adecuada calidad asistencial al paciente con SCA. La exportación de la preocupación ARIAM a los servicios de Urgencia mejora los tiempos de llegada al hospital.