



Revista Española de Cardiología



6011-170. RITMO ESTACIONAL EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST. VARIABILIDAD DEL PERFIL CLÍNICO E INFLUENCIA PRONÓSTICA. RESULTADOS DEL REGISTRO ARIAM

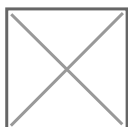
Álvaro Izquierdo Bajo¹, Joffrey Eduardo Luján Valencia¹, Néstor García González¹, Pedro Joaquín Caravaca Pérez¹, Antonio Reina Toral², Ángel García Alcántara³, Michel Butrón Calderón¹ y Juan Carlos García Rubira¹ del ¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada y ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: Estudios previos sugieren una mayor proporción de SCA durante el invierno. No obstante, se desconoce la variabilidad estacionaria del SCACEST en nuestro medio. Nuestro objetivo es analizar la variabilidad estacional, las características basales de los pacientes y su posible influencia sobre eventos y el pronóstico.

Métodos: Análisis retrospectivo a partir de un registro multicéntrico regional de pacientes con SCACEST ingresados en una UCI/UCC entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2011. Analizamos la distribución estacional dividiendo el año natural en 4 estaciones según criterios de la AEMET [primavera-(P): 92 días; verano-(V): 93 días; otoño-(O): 89 días e invierno-(I): 89,2 días].

Resultados: Se incluyeron 25.580 pacientes (edad media: 63,39 años; 24% mujeres). Encontramos una diferencia estadísticamente significativa en la distribución estacional, con un mayor número de pacientes en invierno y primavera (P: 26,1%, V: 24,2%, O: 23,9%, I: 25,8%, $p = 0,001$). En cuanto a las características basales, se describió una diferencia significativa en la distribución estacional de HTA ($p = 0,014$), obesidad ($p = 0,035$) y sexo masculino ($p = 0,001$), siendo menos prevalentes en invierno. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la distribución de DM ($p = 0,333$), fumadores ($p = 0,073$) o exfumadores ($p = 0,092$) de dichos pacientes. Se dieron menores porcentajes de reperfusión urgente en verano ($p = 0,008$), a expensas de menos fibrinólisis ($p = 0,006$) sin diferencias en cuanto a ICP primaria ($p = 0,374$). En cuanto a los eventos, aunque se objetivaron más episodios de TV en verano ($p = 0,003$), no encontramos diferencias significativas en cuanto a tasas de reinfarcto, mortalidad intrahospitalaria o intraUCI.



Distribución semanal.

Casos desagregados por estación, factores de riesgo previos diagnosticados al ingreso, eventos y mortalidad tanto en UCI como intrahospitalaria

Distribución estacional de la casuística, factores de riesgo y eventos				
	Invierno	Primavera	Verano	Otoño
Casos totales	6.589	6.684	6.182	6.125
Sexo masculino	5.019	5.116	4.763	4.543
DM	1.893	1.901	1.836	1.738
DLP	2.315	2.506	2.281	2.182
HTA	3.074	3.219	2.934	3.028
Obesidad	624	714	630	669
EPOC	223	218	192	201
Fumadores	2.621	2.599	2.424	2.277
Exfumadores	1.264	1.322	1.228	1.135
Angioplastia primaria	1.160	1.190	1.144	1.089
Fibrinólisis	3.841	3.796	3.457	3.590
FV o cardioversión	409	420	359	380
TV	509	432	500	472
VMI	136	143	96	117
Exitus IH	455	435	394	399
Exitus UCI	397	386	352	343
Edad media (años)	63,47	63,19	62,91	64

Conclusiones: Los pacientes con SCACEST en nuestro medio presentan un ritmo estacional, con un mayor número de casos en invierno y primavera. Los pacientes presentan diferencias significativas en características basales, con un perfil clínico de menor riesgo durante el invierno. Aunque se encontraron diferencias estacionales en cuanto a ciertos eventos, esta variabilidad no se relaciona con el pronóstico.