



5009-3. CÓDIGO INFARTO ARAGÓN: COMPARACIÓN ENTRE LOS FALSOS POSITIVOS INEVITABLES Y LOS VERDADEROS SCACEST. RESULTADOS EN EL PRIMER AÑO

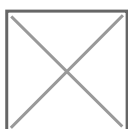
Esther Sánchez Insa¹, Antonela Lukic Otanovic², Javier Urmeneta Ulloa¹, Elena Rivero Fernández¹, Georgina Fuertes Ferre¹, José Gabriel Galache Osuna¹, José A. Diarte de Miguel¹ e Isabel Calvo Cebollero¹ del ¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza y ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La puesta en marcha del Código Infarto ha demostrado mejoría en la supervivencia del SCACEST en la población general. Sin embargo, siempre existe un subgrupo de pacientes con activaciones apropiadas en los que el diagnóstico final no es de IAM, denominados falsos positivos inevitables (FPI). Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico de los casos considerados FPI comparándolos con las activaciones apropiadas con diagnóstico de IAM (verdaderos positivos, VP) en el primer año de la puesta en marcha del Código IAM Aragón (CIA).

Métodos: Análisis de pacientes incluidos en el CIA diferenciando los FPI de los VP. Se evalúan características basales, tiempos de activación, retrasos en la asistencia, eventos cardiacos y supervivencia. Análisis estadístico con SPSS Statistics 19.

Resultados: De los 828 pacientes incluidos en el CIA en 2015, se incluyen los 591 activados apropiadamente. De ellos, se diferencian 2 grupos: VP (492, 83,2%) y FPI (99, 16,8%). Sin diferencias en la distribución por edad media o FEVI. En los FPI hubo más proporción no significativa de mujeres (27,3 frente a 22,6%, $p = 0,35$) y debut en *shock* (16,1 frente a 9,8%; $p = 0,07$) sin alcanzar significación estadística, que posiblemente llevó a la activación del CIA. El diagnóstico final de SCASEST fue la forma más frecuente de FPI (26,4,5%), seguida de miopericarditis (14, 2,4%) y coronarias sin lesiones (13, 2,2%). El BRIHH en el ECG fue más frecuente significativamente en los FPI que en otro grupo (11,3 frente a 0,8%; $p = 0,001$). No hubo diferencias significativas en el lugar de la primera asistencia. El grupo de FPI muestra una mayor demora entre la decisión de la activación del Código y la llegada a la sala de hemodinámica que el grupo VP ($77,58 \pm 78,66$ frente a $57,34 \pm 39,65$; $p = 0,002$). Sin diferencias en eventos cardiacos mayores (MACE) en el ingreso. Los 2 grupos presentan mortalidad intrahospitalaria similar (8,9% VP frente a 6,3% FPI, $p = 0,52$) y en el seguimiento medio de $6,18 \pm 3,49$ meses (10,7% VP frente a 10,8% FPI; $p = 0,97$).



Curva de supervivencia Kaplan-Meier.

Características de los grupos y nivel de significación			
	VP 83,2% (n = 492)	FPI 16,8% (n = 99)	Nivel de significación (p)
Edad media (años)	65,23 ± 14,16	63,62 ± 15,6	0,319
Varones (%)	77,4	72,7	0,362
FEVI (%)	51,78 ± 11,73	57,58 ± 14,7	0,197
BRIHH en ECG (%)	0,8	11,3	0,001
Tiempo PCM- ECG (min)	15,8 ± 35,91	19,24 ± 49,1	0,526
Tiempo ECG- activación (min)	34,01 ± 39,3	34,08 ± 38,4	0,526
Tiempo activación- llegada (min)	57,34 ± 39,65	77,58 ± 78,66	0,002
Estancia UCI (días)	6,28 ± 5,8	8,07 ± 7,7	0,021
Estancia total (días)	8,96 ± 4,7	9,0 ± 6,49	0,520
Mortalidad hospitalaria (%)	9,4	5,3	0,197
Mortalidad global (%)	10,8	8,5	0,502

Conclusiones: En nuestra serie, el BRIHH es un criterio electrocardiográfico que es causa frecuente de activación del CIA en pacientes FPI. El debut en *shock* y el sexo femenino podrían influir también en los FPI. En estos casos existe un mayor retraso entre la activación del Código y la llegada a Hemodinámica. El pronóstico a corto y medio plazo de los FPI es superponible al de los verdaderos SCACEST.