

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**«Un año de urgencias cardiovasculares en el Hospital
Universitario de Canarias »**

**Autor: Angel María Sánchez González.
Director: Dr. D. Rafael Martínez Sanz, Dr. D. Ramiro de la Llana
Ducrós y Dr. D. Jaime Masot Pérez**

Departamento de Cirugía

Prof. Dr. D. RAFAEL MARTINEZ SANZ, Profesor Titular de Cirugía Cardiovascular de la Universidad de La Laguna y Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Canarias, y

Dr. D. RAMIRO de la LLANA DUCRÓS, Doctor en Medicina y Cirugía y Jefe Clínico del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Canarias, y

Dr. D. JAIME MASOT PÉREZ, Doctor en Medicina y Cirugía y médico adjunto del Departamento de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario de Canarias

CERTIFICAN

Que el Trabajo de investigación clínica “Un año de urgencias cardiovasculares en el Hospital Universitario de Canarias”, realizado por el Licenciado en Medicina y Cirugía D. ANGEL M^a SÁNCHEZ GONZÁLEZ ha sido realizado bajo su dirección conforme al método científico, y siendo original e inédito según los criterios requeridos para que dicho trabajo pueda ser defendido para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

La Laguna, julio de 1998.

Fdo. Prof. Dr. Martínez Sanz. Fdo. Dr. De la Llana Ducrós. Fdo. Dr. Masot Pérez.

A mi mujer, Encarna

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias al Dr. **Jaime Masot Pérez**, que fue el que me puso en contacto con el Prof. Dr. **Martínez Sanz** y el Dr. **De la Llana Ducrós**, para poder realizar este trabajo que ahora finaliza.

Al Prof. Dr. **Martínez Sanz**, por el interés demostrado a lo largo de la elaboración de la Tesis Doctoral, por su permanente colaboración y dirección académica para hacer llegar este estudio a su fin.

Al Prof. Dr. **D. José M^a Peco Malagón**, fallecido hace pocos días, que siempre estuvo a mi lado cuando lo necesité, y no ha podido ver concluido este trabajo.

A **Carmen Obando**, amiga y colega, gracias a la cual pude comenzar todo esto.

A **Encarna Pallarés**, mi mujer, que, aunque citada al final, ha sido la persona más importante con la que he podido contar para lograr terminar esta Tesis.

A todas y todos los que, de una forma u otra, me han ayudado en mi vida académica y profesional, porque gracias a ellos he podido alcanzar mis objetivos.

*“Sobre toda cosa guardada, guarda tu corazón; porque de él mana la vida”.
(Proverbios, 4:23).*

INDICE

1. INTRODUCCION

Capítulo 1

1.1. EPIDEMIOLOGIA CARDIOVASCULAR	1
1.2. URGENCIAS CARDIOLOGICAS MEDICAS	
1.2.1. <i>arritmias cardiacas.</i>	4
1.2.1.1. <i>Arritmias supraventriculares</i>	7
1.2.1.2. <i>Arritmias ventriculares.</i>	8
1.2.1.3. <i>Arritmias hipoactivas.</i>	9
1.2.1.4. <i>Arritmias de mecanismo mixto.</i>	11
1.2.1.5. <i>Síncope.</i>	12
1.2.2. <i>Cardiopatía isquémica.</i>	12
1.2.2.1. <i>Angina de pecho.</i>	12
1.2.2.2. <i>Infarto agudo de miocardio.</i>	14
1.2.2.3. <i>Muerte súbita.</i>	16
1.2.3. <i>Cardiopatías agudas valvulares.</i>	16
1.2.3.1. <i>Estenosis mitral</i>	17
1.2.3.2. <i>Insuficiencia mitral.</i>	18
1.2.3.3. <i>Estenosis aórtica.</i>	19
1.2.3.4. <i>Insuficiencia aórtica.</i>	20
1.2.4. <i>Insuficiencia cardíaca congestiva.</i>	21
1.2.4.1. <i>Edema agudo de pulmón.</i>	22
1.2.5. <i>Pericarditis aguda.</i>	23
1.2.5.1. <i>Taponamiento cardíaco.</i>	23
1.3. URGENCIAS VASCULARES MEDICAS.	
1.3.1. <i>Accidentes cerebrovasculares agudos (acva).</i>	24
1.3.1.1. <i>Acva isquémicos.</i>	24
1.3.1.2. <i>Acva hemorrágicos.</i>	25
1.3.2. <i>Tromboflebitis.</i>	26
1.3.3. <i>Tromboembolismo pulmonar (tep).</i>	27
1.3.4. <i>Erisipelas.</i>	29
1.3.5. <i>Linfangitis.</i>	29
1.4. URGENCIAS CARDIOQUIRURGICAS.	

1.4.1. Rotura de aorta traumática.	30
1.4.2. Traumatismos cardíacos.	31
1.4.2.1. Heridas penetrantes del corazón.	31
1.4.2.2. Traumatismos cardíacos cerrados.	32
1.4.2.3. Rotura cardíaca.	33
1.4.3. Disección aórtica.	33
1.4.4. Aneurismas torácicos.	34
1.4.5. Bloqueos auriculoventriculares.	35
1.4.6. Disfunciones protésicas.	36
1.4.7. Endocarditis infecciosa.	37
1.4.8. Cardiopatías congénitas en el neonato.	39
1.4.9. Mixomas cardíacos.	40
1.5. URGENCIAS VASCULOQUIRÚRGICAS.	
1.5.1. Isquemia aguda de las extremidades.	41
1.5.2. Traumatismos vasculares.	43
1.5.3. Aneurismas.	44
1.5.4. Accidentes cerebrovasculares.	45
1.5.5. Pie diabético.	46
1.5.6. Isquemias agudas intestinales.	47

Capítulo 2

2. OBJETIVOS.	48
--------------------	----

Capítulo 3

3. PACIENTES Y MÉTODOS.	
3.1. PACIENTES.	49
3.2. MÉTODOS.	55
3.2.1. Selección de grupos.	55
3.2.2. Cuestionario.	56
3.2.3. Informatización de datos.	57
3.2.4. Análisis estadístico.	58

Capítulo 4

4. RESULTADOS.	
4.1. GENERO.	59
4.2. ARRITMIAS.	63
4.3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	71
4.4. VALVULOPATÍAS	79
4.5. INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	87
4.6. PERICARDIOPATÍAS	95
4.7. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES AGUDOS	99
4.8. TROMBOFLEBITIS	109
4.9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	118
4.10. VASCULOTRAUMAS	125
4.11. PATOLOGÍA AÓRTICA	126
4.12. BLOQUEOS AURÍCULOVENTRICULARES	132
4.13. ENDOCARDITIS INFECCIOSA	139
4.14. MIXOMA AURICULAR	140
4.15. ISQUEMIAS AGUDAS	140
4.16. PIE DIABÉTICO	148

Capítulo 5

5. DISCUSION.	156
6. CONCLUSIONES.	170
7. BIBLIOGRAFIA.	171

Introducción

En el ámbito sanitario, la urgencia médica ha sido definida de formas diferentes, traduciendo cada una ideas distintas con respecto a su forma de implicación en el modelo de la asistencia médica. Hoy en día la definición más aceptada es la que se basa en la propuesta por la AMA: “Situación que surge cuando al producirse un cambio en la salud del individuo, éste o las personas responsables de él consideran que se precisa una actuación médica inmediata”. Teniendo en cuenta esta definición se pueden hacer tres diferenciaciones:

1ª **Urgencia Subjetiva:** Solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano, que una vez evaluada por un profesional médico se considera injustificada o demorable.

2ª **Urgencia Objetiva:** Solicitud de asistencia médica inmediata, desde la creencia y los valores propios del ciudadano, que una vez evaluada por un profesional médico precisa atención sanitaria por comprometer la vida o salud de la persona.

3ª **Emergencia Vital:** Es la situación originada en un individuo por la agresión de algún factor que causa la pérdida de salud brusca y violenta, con afectación actual o potencial de algún órgano vital. Se trata de sujetos que de no ser atendidos de forma inmediata in situ presentan grave riesgo para su vida.

Se define la **Urgencia Cardiovascular**, según la OMS (1980), como una situación en la que por afectación del corazón o de los vasos, la salud sufre un riesgo que exige la adopción de medidas inmediatas; la urgencia cardiovascular suele ser repentina, es, en general, inesperada y exige una serie de medidas urgentes.

Capítulo 1

1.1. EPIDEMIOLOGIA CARDIOVASCULAR.

Hasta la actualidad han sido descritos más de 246 factores presuntamente relacionados con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica. Este acontecimiento define claramente, para el conjunto de enfermedades cardiovasculares, un modelo etiopatogénico multifactorial. Además se distingue una serie, mucho más reducida, de factores o marcadores de riesgo de mayor impacto en la génesis de este grupo de enfermedades. Estos son el tabaquismo, las hiperlipoproteinemias, la hipertensión arterial, que constituyen los factores de mayor riesgo; y la obesidad, diabetes, vida sedentaria, que constituyen un grupo de factores de riesgo de segundo orden. **MELIO F (1998)** describe siete factores de riesgo importantes, que son edad, sexo masculino, antecedentes familiares, tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes melitus. **ZARCO P (1995)** también describe el sexo masculino y la edad mayor de 35 años como factor de riesgo de Cardiopatía isquémica. **PINTO X (1998)** nos habla del sexo masculino y la historia familiar de enfermedad coronaria como factores de riesgo que no pueden modificarse. Sin embargo, estos factores influyen a su vez sobre otros factores modificables. En los hombres se produce un aumento progresivo de las concentraciones de colesterol a medida que aumenta la edad y en las mujeres después de la menopausia.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) fueron la primera causa de mortalidad(31,89%) en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en el período comprendido entre 1977-1983. Hay mayor mortalidad por ECV en nuestra provincia que en el resto de España (**ALVAREZ A, PEREZ H, ACUÑA A et al, 1995**).

El **Plan Canario de Salud (1996)** describe que las enfermedades cardiovasculares (**ECV**) son la primera causa de muerte en Canarias (160 fallecimientos/100.000 habitantes y 82/100.000 habitantes para los hombres y las mujeres, respectivamente), así como en el resto de países desarrollados, y siendo su reducción potencial sensible a la acción de medidas de promoción de la salud (práctica de ejercicio, dieta sana, evitación del tabaco) y de prevención primaria (diagnóstico y tratamiento precoz, y adecuado, de las dislipemias, HTA, diabetes, obesidad), hemos de considerar a este grupo de enfermedades como prioridad sanitaria. Las provincias canarias ocupan uno de los primeros lugares en la mortalidad nacional por cardiopatía isquémica, y además el inicio del descenso en la mortalidad por esta causa todavía no se ha iniciado en Canarias, a diferencia de lo que está ocurriendo en el conjunto general del Estado. Sin embargo, la tasa por enfermedad cerebrovascular es de las más bajas de España.

El Instituto Canario de Estadística (**Istac, 1995**) describe 350 defunciones mensuales causadas por Enfermedades Cardiovasculares, registrándose más muertes en los grupos de edad mayores de 40 años, aumentando cada 10 años de edad hasta llegar a 129 muertes en el grupo de edad 80-89 años.

La prevalencia de cardiopatía isquémica ha sido determinada, con procedimientos homogéneos, en las islas de Lanzarote y El Hierro, mostrando cifras de 1,6% y 1,8% respectivamente en población de 20 y más años de edad, siendo más envejecida la población de El Hierro. La **Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (1993)** calcula 3000 casos de IAM al año en Canarias.

La prevalencia de los factores de riesgo de **ECV** en Canarias varía, entre otras razones, en relación a la sensibilidad y especificidad de los procedimientos utilizados para la determinación de los mismos. En relación a la HTA y utilizando criterios de la OMS, se han comunicado cifras del 20% para la población de Tenerife. La prevalencia de HTA en Canarias varía entre el 17% y el 28%. Sin embargo, la prevalencia de HTA se eleva al 30% en todos los estudios anteriores, aplicando criterios más recientes del **JNCDBP** (Joint National Committee on Detection of High Blood Pressure). Al igual que sucede en los países desarrollados, en Canarias es más recuente que la población hipertensa presente además otros factores de riesgo asociados, como: hipercolesterolemia, diabetes y obesidad.

La prevalencia de hipercolesterolemia en Canarias es del 20-25%, tomando como referencia cifras iguales o superiores a 250 mg/dl de colesterol total. Más del 5% de los hipercolesterolémicos detectados no se conocían previamente afectados por este problema de salud. En nuestra Comunidad se reproducen los hallazgos ya descritos en otros entornos referentes al incremento de la edad de la población, siendo más frecuente la asociación con HTA, obesidad e hipertigliceridemia. La fracción de HDL, coles terol favorecedora del desarrollo de aterosclerosis, está situada en niveles de alto riesgo (menor o igual de 35 mg/dl; para los varones, y menor o igual a 45mg/dl; para las mujeres). La prevalencia global de hipertrigliceridemia en Canarias se encuentra entre 12-17%; para el varón y entre 8-14%; para la mujer.

La tendencia a la morbimortalidad por ECV es mayor en hombres que en mujeres, al igual que la prevalencia de las mismas. El Riesgo Relativo (RR) para el sexo masculino es tanto más elevado cuanto mayor es la incidencia de la población estudiada, y cuanto más jóvenes son los grupos de edad evaluados. Se utiliza el término marcador y no factor porque evidentemente sobre edad y sexo no caben factores que tiendan a modificarlos (**Sierra A, Torres A, 1991. Bayes de Luna A, Brugada P, Cosín J y Navarro-López, 1991**).

La población de la Isla de Tenerife asciende a 665.611 habitantes, según el Padrón de 1996. Esta cifra corresponde a 338.219 mujeres (50,81%) y a 326.392 hombres , constituyendo el 49,03% (**Istac,1996**).

La mortalidad debida a ECV, y todas sus manifestaciones (IAM, ACVA, HTA, Cardiopatía isquémica) sigue ocupando el primer puesto en los diagnósticos de salud de las Zonas Básicas de Salud de Tenerife (**Gobierno de Canarias. PIMMEC 1993**)

El primer motivo de ingreso hospitalario en Canarias, excluyendo los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, son las ECV. Durante el periodo 1993-94, el 10,22% de las altas hospitalarias, y el 12,82% de las estancias en los hospitales adscritos al Servicio Canario de Salud, fueron originada por ECV. Porcentaje que asciende al 22, 86%, si consideramos aisladamente el grupo de personas de más de 65 años de edad.

Si bien en términos generales la Atención Especializada puede ser suficiente, la Atención Urgente merece comentario aparte. La fase prehospitalaria, especialmente la demora en la Atención de las Urgencias Cardiovasculares antes de la llegada al Hospital, es de especial interés en la patología Isquémica, no sólo por un gran impacto social sino por la trascendencia que tiene este periodo en la mortalidad a corto plazo, el pronóstico y la mortalidad a medio/largo plazo.

Entre los objetivos de “**Salud para todos en el año 2000**” se contempla uno específico a las ECV, que establece que la mortalidad por ECV de aquí al año 2000 en menores de 65 años, debería de ser reducida al menos en un 15% en la región europea.

Los programas de prevención llevados a cabo desde los años 70 en EE. UU. (**STANFORD, PAWTUCKET**), en Finlandia (**KARELIA del Norte**), y en los 80 en GALES, entre otros, han demostrado que el abordaje de los problemas debe de hacer se desde la perspectiva de promoción de la salud. La promoción de la salud representa una nueva estrategia basada en el cambio de estilos de vida, y se puede resumir en la frase “*hacer que las opciones más fáciles sean las más saludables*”.

1.1.- URGENCIAS CARDIOLOGICAS MEDICAS.

1.1.1. ARRITMIAS CARDIACAS.-

Las arritmias cardíacas constituyen un problema frecuente en la clínica diaria. Su forma de presentación puede variar desde un episodio súbito y grave, fatal en ocasiones, hasta una anomalía electrocardiográfica descubierta en una exploración rutinaria en una persona asintomática. Las arritmias diagnosticadas en Urgencias deben ser tratadas de forma inmediata cuando ocasionan deterioro hemodinámico, ponen en peligro la vida del enfermo y/o agravan una enfermedad previa del paciente (**TORRES J, ROMERO A, LOPEZ A, et al 1994**).

Las arritmias cardíacas podemos clasificarlas según sus implicaciones pronósticas (**BAYES de LUNA A, GUINDO J, DOMINGUEZ JM, OTERO R, 1995**):

Arritmias Benignas. Son aquellas que no comprometen la vida del paciente, ya que su presencia no tiene implicaciones pronósticas desfavorables. En estos casos el tratamiento estará indicado únicamente para aliviar los síntomas si son importantes o angustian al enfermo, por lo cual mejorará su calidad de vida. Los portadores de estas arritmias están asintomáticos o con síntomas vagos que no repercuten habitualmente en su actividad, y no son tributarios de tratamiento. Dentro de este grupo tenemos los impulsos ventriculares prematuros aislados en personas sin cardiopatía manifiesta o el bloqueo auriculoventricular (AV) de 2º grado tipo Wenckebach, que presentan algunos deportistas en reposo. Por otro lado, una vez tomada la decisión de instaurar tratamiento antiarrítmicos en estos pacientes, deberá tenerse muy en cuenta la relación riesgo/ beneficio del fármaco a administrar, ya que son fármacos además de muy eficaces, con importantes efectos secundarios.

Arritmias potencialmente Malignas. En este grupo quedan englobadas aquellas arritmias que, si en el momento de presentarse no compromete la vida del enfermo, son premonitorias de situaciones más graves, que pueden ocasionar la muerte en un plazo de tiempo más o menos corto. En estos casos si bien el tratamiento no debe instaurarse siempre de forma inmediata, si se debe hacer de manera prioritaria, pues el intervalo entre la presentación de la arritmia y su desenlace final es imprevisible. Dentro de este grupo está la aparición de un bloqueo AV de 2º grado tipo Mobitz II durante el curso de un infarto agudo de miocardio (IAM) o las salvas de taquicardia ventricular en un paciente post-infartado con mala contractilidad.

Arritmias Malignas. Son aquellas que producen un deterioro severo en la hemodinámica del paciente, de forma que si no se intervienen de modo inmediato pueden acabar causando la muerte. Ejemplo de este grupo son la fibrilación ventricular (FV) y el bloqueo AV avanzado con ritmo de escape lento.

Según su forma de presentación clínica, mecanismo de producción y lugar de origen, las Arritmias se pueden clasificar en:

1.1.1.1. Arritmias Supraventriculares.

- **Impulsos Prematuros.**
- **Fibrilación auricular.**
- **Flutter auricular.**
- **Taquicardia Supraventricular.**

1.1.1.2. Arritmias Ventriculares.

- **Impulsos Prematuros.**
- **Taquicardia Ventricular.**
- **Flutter ventricular.**
- **Fibrilación Ventriculares.**

1.1.1.3. Arritmias Hipoactivas.

- **Bradicardia Sinusal.**
- **Arritmia Sinusal.**
- **Bloqueos.**

1.1.1.1. ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES.

Por Impulsos Ventriculares Prematuros. Estas arritmias pueden ser auriculares o de la unión AV según el lugar en que se originen. En el electrocardiograma (**ECG**), se ponen de manifiesto en forma de una onda P prematura, o adelantada, de morfología distinta a la P sinusal, debido a la activación distinta del impulso. Si el impulso supraventricular prematuro no se conduce al ventrículo, la onda P anticipada se sigue de una pausa. Ambos tipos de impulsos prematuros se conocen como EXTRASISTOLES.

Fibrilación Auricular. Se caracteriza por un ritmo auricular rápido, desordenado y desincronizado incapaz de originar contracciones auriculares efectivas. Su diagnóstico se basa en las alteraciones **ECG** características: ausencia de ondas P, sustituidas por multitud de ondas f, que distorsionan la línea de base; frecuencia auricular muy difícil o casi imposible de medir, entre 400 y 600 por minuto. La frecuencia ventricular oscila entre 120 y 200 lpm; intervalos RR regulares.

La fibrilación auricular (**FA**) puede presentarse como crisis repetidas autolimitadas, paroxística, o en forma de crisis aisladas. El enfoque terapéutico va a depender de su forma de presentación, de forma efectiva, si no da síntomas y hay una aceptable frecuencia ventricular, o de urgencia, si se producen alteraciones hemodinámicas.

Flutter Auricular. Es un ritmo auricular organizado, regular y rápido que se origina por un impulso auricular prematuro, y se mantiene por un fenómeno de reentrada. El diagnóstico se basa en el **ECG**, con un trazado caracterizado por: no hay auténticas ondas P. La actividad auricular se representa por ondas F, en forma de “*dientes de sierra*”. Cada onda F, puede ir seguida de un QRS, pero la norma es que exista bloqueo AV. Existe morfología constante de F en cada derivación, con frecuencia auricular entre 250 y 350 lpm, y la ventricular depende del grado de bloqueo AV. Además los intervalos FF son regulares e intervalos RR, igualmente regulares, salvo en aquellos casos de bloqueo AV funcional de grado variable.

Taquicardia Supraventricular. Se agrupan aquí todos aquellos ritmos rápidos, de inicio y final súbitos, producidos por mecanismos de reentrada. Podemos distinguir:

. *Taquicardia Sinusal:* Cuando el ritmo sinusal tiene frecuencia superior a 100 lpm. Puede ser secundaria a ejercicio físico, hipoxemia, insuficiencia cardíaca, hipertiroidismo, embolia pulmonar.

. *Taquicardia Auricular Paroxística (TAP):* Puede ser unifocal, ritmo auricular organizado a 130-200 lpm, o multiforme, arritmia poco frecuente, que aparece en ancianos con cor pulmonale u otras enfermedades agudas. Su diagnóstico se basa en criterios ECG, de 3 o más morfología de ondas P, línea de base isoeletrica entre dichas ondas P, variabilidad de los intervalos PR, PP y RR.

. *Taquicardia Nodal de la Unión:* El diagnóstico se hace, desde el punto de vista ECG, por un ritmo cardíaco regular, con QRS similar al de base pero sin onda P previa. Se observa con relativa frecuencia en la intoxicación digitalica o en el IAM.

1.1.1.2. ARRITMIAS VENTRICULARES.

Impulsos prematuros. Se trata de impulsos precoces originados en los ventriculos, por un fenómeno de reentrada. Aparecen en individuos sanos, en cardiópatas y en casos de alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base. Su diagnóstico ECG se caracteriza por complejos ventriculares anchos, de morfología anómala, aberrantes, QRS > 0,12 seg. El QRS es anticipado, pudiendo haber pausa compensadora completa o incompleta, o incluso estar ausente. Dicho complejo QRS nunca va precedido de onda P, pero puede seguirse de P negativa en los casos que hay conducción retrógrada a la aurícula. Hay intervalos RR intermitentes irregulares, debido a la aparición de complejos QRS anticipados y seguidos de pausa. El tratamiento está indicado si aparecen alteraciones hemodinámicas, o si por sus características son premonitorios de arritmias ventriculares graves.

Taquicardia Ventricular. Se considera taquicardia ventricular cuando se producen tres o más de tres contracciones ventriculares prematuras (CVP) consecutivas. Clínicamente se pueden clasificar en *Episódicas*, cuando son secundarias a IAM, y en *Recurrentes*, si son secundarias a miocardiopatías, enfermedad coronaria...

Por el **ECG**, se dividen en *Monoformas*, si los QRS son prácticamente idénticos, y *Poliformas*, si los QRS son de distinta morfologías, cuyo ejemplo más relevante son las torsade de pointes.

Flutter y Fibrilación Ventricular. El Flutter Ventricular es una arritmia de rara presentación, debido a que pasa rápidamente a Fibrilación Ventricular, que a su vez es la causa más frecuente de parada cardiorespiratoria en medio extrahospitalario. Sus causas más frecuentes son el IAM y la intoxicación digitálica. Desde el punto de vista **ECG** se caracteriza por complejos QRS ondulados, de igual altura, sin línea isoeletrica y sin que pueda verse la onda T.

La Fibrilación Ventricular (**FV**) se caracteriza por presentar ondas irregulares de altura y morfología variable, a una frecuencia de 300-500 lpm, sin línea de base entre ellas y donde no se puede distinguir el QRS y el St-T.

1.1.1.3. ARRITMIAS HIPOACTIVAS.

Bradycardia Sinusal. Se define como un ritmo sinusal con frecuencia cardíaca inferior a 60 lpm., Se presenta en individuos sanos con hipervagotonía, deportistas, biotipo asténico y también durante el sueño.

Se puede presentar también en la fase inicial del IAM, sobre todo en el de cara diafragmática. También se puede ver como consecuencia de la administración de medicamentos como bloqueadores beta, digital, amiodarona, verapamilo etc.

Está indicado su tratamiento cuando exista repercusión hemodinámica, y se valorará la implantación de un marcapasos permanente si no responde al tratamiento farmacológico.

Arritmia Sinusal. Se define por la presencia de ritmo sinusal con intervalos PP o RR inconstantes, con ciclos irregulares.

La arritmia sinusal respiratoria se produce por cambios del tono vagal con el ciclo respiratorio. El ritmo sinusal se enlentece con la espiración y aumenta con la inspiración. Se observa en individuos sanos, sobre todos en niños y adolescentes.

La arritmia sinusal no respiratoria se caracteriza por variaciones del ritmo sinusal no relacionada con la respiración. Aunque se observa en individuos sanos, puede asociarse a bradicardia sinusal en la fase precoz del IAM inferior (**TORRES. 1995**).

Bloqueos. Son trastornos en la conducción del impulso cardíaco. Pueden ser Sinoauriculares, Auriculoventriculares (BAV) e Intraventriculares.

Bloqueos Sinoauriculares. La relación entre P y QRS no está alterada. Pueden ser de primero, segundo y tercer grado.

Bloqueo de Primer Grado: Son de imposible traducción en el ECG.

Bloqueo de Segundo Grado: Pueden ser:

- TIPO 1 o Mobitz I, con periodos de Wenckebach, que se traduce por ondas P sinusales de morfología constante en cada derivación. Cada onda P va seguida de un QRS con PR normal. La frecuencia cardíaca es variable, pero dentro de límites normales enlenteciéndose cuanto mayor es el grado de bloqueo. Intervalos PP irregulares acortándose progresivamente hasta que se produce una pausa.
- TIPO 2: Se caracteriza por ondas P sinusales, seguidas de QRS con PR normal. La frecuencia cardíaca puede reducirse súbitamente a la mitad (Bloqueo 2:1), a la tercera parte (Bloqueo 3:1), etc, por no aparecer una o más ondas P en el momento esperado. Los intervalos PP son regulares.

Bloqueos Auriculoventriculares (BAV). Pueden ser Orgánicos o Funcionales y aparecen, en individuos sanos, o por procesos degenerativos en el sistema de conducción. Pueden ser la primera manifestación de la intoxicación digitalica.

Se clasifican en BAV de primero, BAV de segundo y BAV de tercer grado:

BAV de Primer Grado. Se caracteriza por un intervalo PR mayor de 0,20 seg en el trazado del ECG. No tiene indicaciones de tratamiento, pues asintomático.

BAV de Segundo Grado.

Tipo 1 o Mobitz I. Suele ser suprahisiano y se puede presentar en el IAM inferior, en la intoxicación digitalica y en infecciones. Se caracteriza por ondas P, sinusales o ectópicas, con morfología constante en cada derivación. Los intervalos PP son constantes. Alargamiento progresivo de los segmentos PR hasta que una onda P no se sigue de QRS. Los intervalos RR son progresivamente más cortos. No tiene indicaciones de tratamiento.

Tipo 2 o Mobitz II. Puede ser intrahisiano o infrahisiano y se puede presentar en el IAM anteroseptal y en el curso de la Cirugía Cardíaca. En el ECG aparecen intervalos PR constantes, que pueden ser normales o mayores de 0,20 seg. Los intervalos RR incluyen una onda P bloqueada y son el doble de los intervalos RR de los ciclos conducidos. Está indicado el tratamiento si se producen alteraciones hemodinámicas.

BAV de Tercer Grado o Completo. Se puede presentar en el IAM inferior. El ECG se caracteriza por activación sinusal o auricular (ondas P), activación ventricular (QRS) independientemente de la auricular. Suele asociarse a ritmos de escape. El tratamiento está indicado siempre que sea sintomático.

1.1.1.4. ARRITMIAS DE MECANISMO MIXTO.

Síndrome de WOLFF-PARKINSON-WHITE (WPW). Es más frecuente en individuos sanos, con mayor incidencia en mayores de 30 años y predominio en el sexo masculino. Es frecuente su asociación con taquiarritmias supraventriculares.

En el ECG aparecen un intervalo PR corto (menor de 0,12 seg.), complejos QRS ensanchados con onda delta. Existe el llamado intervalo PJ, que es idéntico a otro sin preexcitación. Hay una alteración secundaria del ST y de la onda T. Se produce una alternancia de acortamiento del PR y ensanchamiento del QRS progresivo y regresivo.

Enfermedad del Seno. Es la asociación de una función sinusal deprimida y de arritmias supraventriculares (Síndrome de Bradicardia-Taquicardia. **BAYES de LUNA.** 1994). Es un proceso esclerótico degenerativo, más frecuente en mujeres mayores de 60 años.

En el ECG aparece una bradicardia sinusal inferior a 45 lpm, que si progresa puede pasar a parosinusal o a bloqueo sinoauricular. Las extrasístoles supraventriculares se siguen de pausa compensadora incompleta. Es frecuente la asociación con fibrilación auricular, con respuesta ventricular lenta que no revierte con cardioversión.

1.1.1.5. SINCOPE.-

Se definen como una pérdida temporal del conocimiento y del tono postural, con resolución espontánea. Constituye un problema frecuente, que supone hasta el 6% de los ingresos hospitalarios y un 3% de todas las visitas de urgencia (**CARUSO AC. 1995**).

El síncope se resuelve sin secuelas neurológicas, es un cuadro clínico común. Alrededor del 20% de la población adulta ha sufrido, en algún momento de su vida, un cuadro sincopal. Por otra parte, constituye entre el 1-2% de todas las urgencias de un hospital general (**LOPEZ V y GARCIA R. 1995**).

1.1.2. CARDIOPATIA ISQUEMICA.-

Es la más frecuente de las enfermedades del corazón y contribuye, en mayor grado, a aumentar el índice de mortalidad general. Incluye los cuadros de Angina de pecho, Infarto de miocardio y Muerte Súbita. (**CINCA J, CORTADELLAS J, SALAS A. 1995**)

La prevalencia de la cardiopatía isquémica es mayor en hombres, aumentando en ambos sexos con la edad. Antes de los 50 años existe una proporción de 4:1 entre hombres y mujeres, pasando la citada proporción a 2:1 a los 60 años (**ROBERTS R. 1990**). **SANZ GA (1995)** indica que esta enfermedad es más frecuente en las mujeres postmenopáusicas.

1.1.2.1. ANGINA DE PECHO.-

En 1798 **Heberder**, definió la angina como un dolor opresivo de origen coronario. Se define como dolor, quemazón u opresión torácica atribuible a isquemia miocárdica transitoria, isquemia que se produce como desajuste entre el aporte y la demanda de oxígeno del tejido miocárdico. **ZARCO P (1994)**, describe el comienzo del dolor por la mañana, en las primeras horas.

Actualmente se utiliza la clasificación de la Sociedad Española de Cardiología para definir la angina.

Por su forma de presentación:

. **Angina de esfuerzo.** Se origina en aquellas situaciones que conllevan un aumento de la demanda miocárdica de oxígeno, y cede cuando desaparece esta situación desencadenante. Se clasifica, según su grave vedad en:

- **Grado I.** Cuando el dolor es provocado por una actividad física excepcional. Las situaciones habituales de ejercicio físico no provocan dolor.
- **Grado II.** Cuando el dolor provoca una limitación ligera en la actividad física.

- **Grado III.** Cuando el dolor aparece ante esfuerzos moderados, y provoca una limitación importante de la actividad física ordinaria, con aparición del dolor ante esfuerzos físicos ordinarios.
- **Grado IV.** Cuando el dolor aparece ante mínimos esfuerzos, y provoca incapacidad para el desarrollo de cualquier actividad.

Según su forma evolutiva:

. **Angina estable.** Aquella en que sus características clínicas no se han modificado en el último mes.

. **Angina inestable.** Aquella cuya evolución clínica es difícilmente previsible:

- **Angina Inicial:** También denominada angor de reciente comienzo, que incluye a los pacientes con clínica de menos de un mes de evolución.
- **Angina Progresiva:** Aquella en la que se altera su frecuencia, intensidad, duración o situación desencadenante durante el último mes de evolución.
- **Angina Prolongada:** Se trata de episodios de angor que por su larga duración nos hacen sospechar la existencia de un IAM.
- **Angina Variante o de Prinzmetal:** Se caracteriza por la aparición de dolor en reposo, sin causa desencadenante y que suele presentarse por la noche o a primeras horas de la mañana. Se asocia casi siempre a vasoespasmos coronarios.
- **Angina Post-infarto:** Dolor anginoso que se produce en las primeras 24 h. o durante el primer mes después de un IAM. (DURAN M, CALDERON de la BARCA JM, ROMERO MA et al, 1994).

1.1.2.1. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM).-

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es la necrosis aguda, de un área de miocardio, como consecuencia de una isquemia grave y prolongada. La fase precoz del mismo se caracteriza por presentar mayor mortalidad. La encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE. 1993) calcula que al año se producen 3000 IAM en Canarias.

El diagnóstico se basa en la clínica, en el trazado de ECG y en las determinaciones enzimáticas complementarias.

- A) CLINICA:** Existen tres formas clínicas que son:
- **Típica:** Es la forma de presentación más frecuente, y se caracteriza por un dolor

torácico similar al que se presenta en la angina de pecho, pero de mayor intensidad, mayor duración y que no cede al tratamiento con nitroglicerina sublingual, ni con el reposo, pudiendo, o no estar relacionado con el esfuerzo, el estrés emocional, o asociarse a manifestaciones vegetativas.

- **Atípica:** Es de presentación más frecuente en ancianos. Se puede presentar con dolor de características diferentes al citado anteriormente, disnea súbita o exacerbación de una preexistente de menor grado. También como síncope, embolismo periférico, ACV, ansiedad, depresión debilidad extrema o muerte súbita.

- **Asintomática:** Es frecuente su presentación en diabéticos, ancianos, hipertensos y enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas. Suele ser de localización inferoposterior o diafragmática. Hasta el 30% de los infartos de miocardio pasan inadvertidos, debido a que no existen síntomas típicos; sin embargo sólo la mitad de ellos son verdaderamente silentes desde el punto de vista clínico. Los infartos no detectados aparecen con más frecuencia en diabéticos, hipertensos y ancianos (LEONAR, MORRIS,DC,1995).

En los ancianos es más probable que la cardiopatía isquémica sea silente. Por lo tanto los ancianos pueden tener más episodios de IAM silentes. La mortalidad por IAM es significativamente mayor en los ancianos (SCHLANT RC, 1995).

B) ECG: Representa las manifestaciones de las alteraciones fisiológicas producidas en las células miocárdicas, por la isquemia grave y mantenida. Los trastornos hallados se definen como isquemia, lesión y necrosis.

- Isquemia. IAM subendocárdico, con onda T alta y simétrica. IAM subepicárdico, con onda T negativa y simétrica.

- Lesión IAM subendocárdico con segmento ST infradesnivelado. IAM subepicárdico, con segmento ST supradesnivelado.

- Necrosis IAM subendocárdico, con acortamiento no transmural de la onda R, y persistencia de lesión subendocárdica. IAM subepicárdico, con onda Q de necrosis con duración mayor de 0,04 seg; y amplitud mayor del 25% en relación con la amplitud de la onda R.

Desde el punto de vista práctico el IAM se puede clasificar en anterior y en posteroinferior.

El Anterior se caracteriza por su gran extensión, tendencia a cursar con reacción simpaticotónica, mayor repercusión hemodinámica, trastornos de la

conducción infrahisiano permanentes, con buena respuesta a la fibrinólisis y cuyo tratamiento analgésico se realiza con cloruro mórfico.

El Posteroinferior se caracteriza por su menor extensión, reacción vagotónica, menor repercusión hemodinámica, transtornos de la conducción suprahisianos, transitorios, peor respuesta a la trombolisis y su tratamiento analgésico se realiza con meperidina, además suele afectarse en mayor o menor grado el ventrículo derecho.

B) DATOS DE LABORATORIO. De manera inespecífica se puede apreciar una leucocitosis polinuclear en las primeras horas de inicio del dolor. Pero lo más específico es la determinación de la CPK (creatinfosfoquinasa), sobre todo de la isoenzima MB. También la LDH (lactodeshidrogenasa) y sus isoenzimas, y de manera menos específica la AST (aminotransferasa aspártica), antes denominada GOT.

MUERTE SUBITA.-

Manifestación muy frecuente de Cardiopatía isquémica, representa el 44% de todas las muertes. Se ha definido con criterios muy variables, desde el cese inesperado de la respiración y la circulación, que ocurre entre 1 hora y 24 horas después del comienzo de los síntomas, también se considera en la muerte no presenciada de los estudios epidemiológicos.

Por enfermedad coronaria se debe a dos causas fundamentales: isquemia aguda en los enfermos sin cardiopatía conocida, y mala función ventricular en los enfermos con historia previa conocida (**ZARCO P, 1994**). La enfermedad valvular, sobre todo la estenosis aórtica, se asocia a la muerte súbita de origen cardíaco, observándose una pequeña pero importante incidencia en pacientes con prolapso de la válvula mitral (**CAMPBELL RWF, 1991**).

1.1.3. CARDIOPATIAS AGUDAS VALVULARES.

Las Urgencias Valvulares suelen constituir retos tanto diagnósticos como terapéuticos, pero la respuesta al tratamiento puede ser espectacular y gratificante. Cualquier tipo de valvulopatía cardíaca crónica puede constituir una urgencia durante la descompensación aguda (**KHAN, SS et al. 1991**).

Las enfermedades que pueden provocar cambios agudos en la función valvular pueden clasificarse en grupos según sea su causa:

- Infecciosa.
- Isquémica.
- Degenerativa.
- Traumática.
- Inflamatoria.
- Yatrogénica.

La afectación valvular es, tras la enfermedad coronaria, el área de la cardiología que da lugar al mayor número de consultas en el Servicio de Urgencias. Se acompaña de manifestaciones agudas que requieren atención urgente, bien por el debut agudo de la propia valvulopatía o bien porque aparecen complicaciones a la misma (GALVE, 1995).

ESTENOSIS MITRAL.-

Es una valvulopatía, la mayoría de las veces adquirida, casi siempre por una enfermedad reumática. Su desarrollo es extraordinariamente lento, sin embargo existen diversas formas de manifestación aguda o de complicaciones que son campo de actuación en medicina de urgencias.

CUADROS CLINICOS AGUDOS.

A. Insuficiencia Cardíaca izquierda: La Estenosis Mitral (EM) determina una dificultad al llenado del ventrículo izquierdo en diástole, lo que eleva las presiones en la aurícula izquierda y, retrógradamente, en toda la circulación pulmonar, lo que con el tiempo se manifiesta como disnea de esfuerzo y, más adelante como insuficiencia cardíaca izquierda. Esta insuficiencia puede ser aguda y severa, en forma de edema agudo de pulmón, si ocurre alguna de las siguientes circunstancias:

- Fibrilación Auricular Paroxística.
- Sobrecarga de Líquidos.
- Otros factores como esfuerzo físico, fiebre, infecciones respiratorias, coito, estrés y embarazo.

B. Hemoptisis: Es clásica en la EM., la presencia de Hemoptísis súbita de sangre roja, abundante, debido a la ruptura de venas bronquiales por la hipertensión venosa pulmonar.

C. Tromboembolismo: la dilatación que se produce en la aurícula izquierda como consecuencia de la EM., y el éstasis sanguíneo en la misma favorecen la formación de coágulos que embolizan, y constituyen una de las más graves complicaciones de la EM.

D. Síncope: Esta complicación es más rara y se produce como consecuencia de que una trombosis de gran tamaño en la aurícula izquierda, puede dar lugar a un trombo que en sus movimientos puede interferir con el paso de sangre a través de la

válvula, agravando así la clínica de insuficiencia cardíaca izquierda, o dando lugar a un súbito descenso del gasto cardíaco que puede ocasionar un síncope o incluso una muerte súbita.

DIAGNOSTICO.

La exploración física y la auscultación cardíaca pueden proporcionar el diagnóstico. La EM, se caracteriza a la auscultación por un primer ruido fuerte, chasquido de apertura, inmediatamente después del segundo ruido, y retumbo diastólico que, estando el paciente en ritmo sinusal, se acompaña de refuerzo presistólico.

También nos puede ayudar al diagnóstico la radiografía de tórax, donde aparece un doble contorno en el borde cardíaco izquierdo, denominado tercer arco, debido a la dilatación de la aurícula izquierda.

El ECG en ritmo sinusal demuestra crecimiento auricular izquierdo, apareciendo ondas P bifásicas, que desaparecen a desarrollar fibrilación auricular.

1.1.3.2. INSUFICIENCIA MITRAL (IM).

Hemos visto que en la Estenosis Mitral (EM), las manifestaciones agudas vienen dadas por factores sobreañadidos, mientras que la IM, tiene dos formas de expresarse: una crónica, de origen reumático, que también puede ser debidas a otras causas cuya clínica es progresiva como en la Estenosis y sus complicaciones parecidas (GALVE, 1995).

Insuficiencia Mitral Aguda.

El origen de la regurgitación puede estar a nivel de las valvas, en las cuerdas tendinosas o bien en los músculos papilares. Las valvas se pueden afectar por endocarditis infecciosa o por traumatismos. Las cuerdas tendinosas se pueden romper de forma idiopática, por valvulopatía mixoide, por endocarditis o por traumatismos. Los músculos papilares pueden presentar disfunción en la isquemia y romperse en el infarto (KHAN, SS. 1991).

La rotura traumática de la válvula mitral es rara, y siempre se asocia a otras lesiones cardíacas, PRIETO (1995), describe un caso de Insuficiencia Mitral, por rotura aislada de un músculo papilar, a consecuencia de accidente de automóvil con traumatismo cerrado del tórax.

La Insuficiencia Mitral Aguda produce una sobrecarga de volumen en la aurícula izquierda, no teniendo tiempo de dilatarse ni la aurícula, ni el ventrículo izquierdo, por lo que se produce una elevación aguda de las presiones venosas y capilares pulmonares, pudiendo dar lugar de forma severa a un edema agudo de pulmón. Si la regurgitación es masiva el volumen ventricular se vacía, casi por completo, en la aurícula izquierda lo que produce un descenso del volumen que en cada latido se expulsa hacia la aorta, entrando el paciente en una situación de shock cardiogénico.

DIAGNOSTICO.

Los datos diagnósticos claves son los siguientes:

- Soplo sistólico de regurgitación mitral que acaba antes del segundo ruido, es más suave y se irradia hacia el cuello o hacia atrás. Se acompaña de cuarto ruido y a veces de tercer ruido con ritmo de galope.

- La radiografía de tórax muestra una silueta cardíaca no agrandada, hipertensión venocapilar e incluso edema pulmonar en los campos pulmonares. Es un dato sugestivo la discordancia entre la escasa cardiomegalia y la severidad del fallo cardíaco.

- El ECG suele conservar el ritmo sinusal, con frecuencias elevadas, sin crecimiento de cavidades ni sobrecarga.

- En el capilar pulmonar aparecen ondas v de gran tamaño, superando en más de dos veces la media de presión capilar.

- El Ecocardiograma nos orienta acerca de la causa de la IM, especialmente en los casos de endocarditis y rotura de cuerdas, aunque en el caso de la cardiopatía isquémica es el Doppler el método que identifica la regurgitación (**KHAN, 1991**).

1.1.3.4. ESTENOSIS AORTICA (EA).

Sus causas más frecuentes son la congénita, caso de la aorta bivalva, y adquirida, bien sea reumática o degenerativa senil. Los síntomas no suelen aparecer hasta que el orificio valvular se reduce a un área inferior a 0,7 cm². Por este motivo el debut de los síntomas puede ser súbito, y son básicamente tres: disnea, angina o síncope, y en algunos casos muerte súbita, que algunos autores sitúan hasta en un 15-20% de los casos, siendo más frecuentes en niños.

Cualquier alteración en el balance entre la percarga, representada por la presión arterial sistémica, puede descompensar de forma aguda el equilibrio hemodinámico que existe en la estenosis aórtica crítica.

La hipertrófica ventricular izquierda y la presión sistólica intraventricular incrementan severamente las necesidades miocárdicas de oxígeno, lo que conlleva una elevación insuficiente del flujo coronario. Todos aquellos factores que aumentan las demandas de oxígeno o que disminuyen la perfusión coronaria, darán lugar al inicio de las manifestaciones clínicas.

Las arritmias cardíacas son factores importantes en la descompensación súbita del equilibrio anteriormente citado. Las arritmias ventriculares están presentes en la mayor parte de pacientes con estenosis aórtica, son el mecanismo fundamental de muerte súbita (CAMPBELL RWF, 1991).

DIAGNOSTICO.

El dato más característico es el soplo sistólico eyectivo, frecuentemente con frémito, que se ausculta en borde paraesternal izquierdo o en foco aórtico e irradiando hacia las carótidas, pero en algunas ocasiones se ausculta mejor en ápex. El segundo ruido está disminuido o ausente. En el ECG aparecen signos de hipertrofia ventricular izquierdo y podrá observarse calcificación valvular en la proyección lateral.

El Ecocardiograma es de gran ayuda diagnóstica al identificar una válvula engrosada, con reducción de apertura, acompañada de una cavidad ventricular izquierda de pequeño tamaño pero de paredes hipertróficas.

La E.A. del anciano puede ser de difícil diagnóstico, especialmente si se presenta con insuficiencia cardíaca de intensidad y rudeza.

1.1.3.4. INSUFICIENCIA AORTICA.-

La Insuficiencia Aórtica (I.A.) puede ser aguda o crónica, siendo de lenta instauración y sus manifestaciones clínicas también suelen ser progresivas, por lo que tiene poco interés en Medicina de Urgencias. La Insuficiencia Aórtica Aguda es una valvulopatía que va a determinar una severa y brusca repercusión hemodinámica, con severas manifestaciones clínicas de entrada y de difícil manejo. La IA Aguda es una urgencia médica que origina un rápido deterioro clínico y tiene una considerable mortalidad sin tratamiento quirúrgico (STAPCZYNSKI, JS. 1993).

El cuadro clínico agudo se caracteriza por disnea, taquipnea, taquicardia y dolor torácico de inicio repentino. Puede aparecer palidez de las extremidades debido al

gasto cardíaco bajo y vasoconstricción, aunque en ocasiones puede aparecer cianosis periférica. Se produce un aumento de la frecuencia cardíaca, a la vez que las presiones sistólica y diastólica son normales, o pueden estar disminuidas. Asimismo se puede manifestar como una insuficiencia cardíaca grave con shock cardiogénico inminente según (**ROGERS, JG, GELTMAN EM.** 1996).

La Insuficiencia Aórtica Aguda tiene cuatro causas fundamentales:

- . Endocarditis Infecciosa
- . Disección Aórtica.
- . Traumatismo Torácico.
- . Ruptura espontánea de una valva previamente patológica.

DIAGNOSTICO.

La exploración física demuestra a un enfermo con taquicardia, porque la taquicardia reduce fundamentalmente el periodo de diástole, lo que disminuye la regurgitación. La tensión arterial es normal o baja. En el pulso carotídeo se aprecia un ascenso rápido y un colapso también rápido, pero no es amplio y no aparece el clásico pulso de Corrigan de la Insuficiencia Aórtica Crónica. El primer ruido es débil o inaudible, y no existe cuarto ruido. El tercer ruido es frecuente y también lo es el soplo de Austin-Flint.

El ECG suele ser normal, con excepción de taquicardia sinusal y cambios inespecíficos del segmento ST-T.

La radiografía de tórax nos demuestra ausencia de dilatación en el ventrículo izquierdo, y en la aorta ascendente. Los campos pulmonares presentan hipertensión venocapilar, edema intersticial o franco edema alveolar.

El Ecocardiograma es el método de diagnóstico más útil. El ventrículo izquierdo no está dilatado y el movimiento de las paredes no es hiperkinético. Lo más característico es el cierre precoz de la Mitrál, y que se debe a la elevación de las presiones diastólicas.

1.1.4. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es el síndrome clínico que aparece como resultado de una insuficiente función de bombeo cardíaco, que no satisface las necesidades de riesgo sanguíneo del organismo. Es frecuente que esta insuficiencia origine retención hídrica (congestión o edema) y ello se designa con el término de

Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), y se puede clasificar en aguda o crónica según su rapidez de inicio. En derecha o izquierda según el ventrículo afectado, y según sea el gasto cardíaco que la acompaña alto, normal o bajo (**STAPCZYNSKI, JS.** 1993).

Las manifestaciones clínicas dependen de la rapidez de la descompensación cardíaca, de la causa subyacente y de la edad del paciente. Los signos y síntomas de la disminución del gasto cardíaco comprenden fatiga, intolerancia al esfuerzo y disminución de la perfusión periférica. El deterioro extremo del gasto cardíaco y la elevación de las resistencias periféricas provocan hipoperfusión orgánica, originando en el riñón disminución de la diuresis, y en el cerebro confusión y letargia, para en última instancia producir shock. La congestión venosa pulmonar y sistémica crónica determinan ortopnea, disnea de esfuerzo, edema periférico, aumento de la presión venosa yugular, derrame pleural y pericárdico, congestión hepática y ascitis. La elevación aguda de la presión diastólica en el ventrículo izquierdo y de la presión venosa pulmonar son la causa del edema agudo de pulmón (**ROGERS, JG, GELTMAN EM** 1996).

La Miocardiopatía dilatada puede causar hasta 10-30% del total de casos de ICC. La prevalencia de la ICC es del 1% en individuos de 50-59 años, cifra que se dobla en cada nueva década de edad, por lo que el 10% de la población de EE. UU., mayores de 80 años, está afectada (**BELLAH K.**1995).

1.1.4.1. EDEMA AGUDO DE PULMON

El Edema Agudo de Pulmón constituye una de las emergencias médicas más frecuentes. Se produce por retención de volumen sanguíneo en la circulación pulmonar, a consecuencia de la elevación de la presión telediastólica ventricular izquierda, y con ello aumento de la presión retrógrada en venas y capilares pulmonares.

Clínicamente se presenta con polipnea, tos, ortopnea, disnea paroxística nocturna, ansiedad, piel sudorosa, crepitantes basales bilaterales, expectoración hemoptóica, estertores audibles a distancia y taquicardia con ritmo de galope (**SABATE FX, DIAZ-PRIETO A,** 1996).

1.1.5. PERICARDITIS AGUDA

Cuadro caracterizado por la inflamación de la membrana pericárdica y que se manifiesta, clínicamente, por dolor torácico agudo, precordial o retroesternal, roce

pericárdico y cambios evolutivos en la repolarización del ECG. El dolor suele agravarse con la inspiración o con los movimientos, puede revestir mayor intensidad en posición decúbito dorsal y es frecuente que se alivie cuando el paciente está sentado, o con el tronco inclinado hacia adelante. En la mayoría de los casos, estas características permiten diferenciarlo del dolor isquémico de la angina o del IAM.

Como síntomas acompañantes se incluyen febrícula intermitente, sobre todo si la Pericarditis es de origen infeccioso, disnea por intensificación del dolor en inspiración, y disfagia por la irritación del esófago por el pericardio posterior.

El roce pericárdico es el signo más frecuente e importante de la Pericarditis. Es muy parecido a un chasquido o al frotar cabellos cerca del oído. Otros signos adicionales como el pulso paradójico, distensión venosa yugular y signo de Kussmaul, pueden resultar de los efectos del derrame pericárdico en expansión sobre el llenado ventricular (NIEMANN, JT. 1993).

1.1.5.1. TAPONAMIENTO CARDIACO.

El Taponamiento Cardíaco es una situación hemodinámica producida por la compresión cardíaca secundaria a derrame pericárdico. Puede presentarse como un cuadro de insuficiencia cardíaca, de difícil distinción del producido por otros mecanismos, o en casos extremos, como un síndrome de bajo gasto cardíaco con shock cardiogénico grave.

Puede diagnosticarse cuando coexiste la evidencia objetiva de derrame pericárdico con pulso paradójico, signos de hipertensión venosa, unidos a hipotensión arterial o signos clínicos de bajo gasto cardíaco. El pulso paradójico se observa hasta en un 70-80% de los casos de Taponamiento Cardíaco, si bien no es un hallazgo patognomónico (UGARTEMENDIA, MC. 1996).

1.2.- URGENCIAS VASCULARES MEDICAS.

1.2.1. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV).

Se entiende por accidente cerebrovascular (ACV) la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, focal, causado por una enfermedad vascular. Es la patología neurológica más frecuente, la incidencia es de 200 casos/ 100.000

habitantes/año, y la tasa de fallecimientos de 100/100.000 habitantes/año (CAÑADILLAS F, MONTERO FJ, PEREZ D et al, 1994).

Los ACV constituyen la 3ª causa de muerte en países desarrollados, con una incidencia global de 794/100.000 habitantes (KISTLER JP, 1994).

Según la naturaleza patológica se divide en: Isquémico y Hemorrágico.

1.2.1.1. ACV ISQUEMICO.

Se puede dividir en cuanto a su **evolución** en:

- **Accidente Isquémico Transitorio (AIT)**: Se trata de un déficit vascular neurológico cuyos síntomas duran menos de 24 horas, seguidos de recuperación completa. Su importancia la tenemos porque son la señal de alarma de una enfermedad vascular que es necesario investigar.

- **Déficit Neurológico Isquémico Reversible (DNIR)**: Los síntomas neurológicos duran más de 24 horas y desaparecen completamente en un periodo de tres semanas desde el inicio del proceso. Es de significado e implicaciones diagnósticas similares a los del AIT.

- **ACV o Infarto Cerebral Establecido, Completo o Permanente**: El déficit neurológico persiste durante más de tres semanas desde su instauración.

- **ACV Estable**: Las manifestaciones clínicas permanecen inalteradas durante más de 24 horas, para el ACV del territorio carotídeo, y más de 72 horas para el ACV vertebrobasilar. Puede evolucionar hacia un DNIR, hacia un ACV establecido.

- **ACV o Ictus Progresivo o en Evolución**: Los síntomas iniciales progresan en presencia del mismo médico o en el curso de las tres horas previas a la valoración neurológica.

Atendiendo al **territorio vascular afectado**, el **ACV** se clasifica en Carotídeo y Vertebrobasilar, distinción que tiene implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas.

1.2.1.2. ACV HEMORRAGICO.

Es una colección hemática dentro del parénquima encefálico producida por rotura vascular con o sin comunicación con espacios subaracnoideos o el sistema

ventricular. Por tanto quedan excluidos de este concepto la hemorragia subaracnoidea (HSA) y el hematoma subdural y epidural.

Según la localización del sangrado, las hemorragias cerebrales se dividen en:

SUPRATENTORIALES: que se localizan más frecuentemente en la región putaminal y en la talámica, manifestándose en el primer caso por hemiplejía densa, hemianestesia, hemianopsia y desviación conjugada de la mirada. La que afecta a la región talámica presenta signos motores y sensitivos idénticos pero con mirada forzada hacia abajo y convergente. En los hematomas de localización lobular los déficits son menos graves y manifestación de la función del lóbulo afectado.

INFRATENTORIALES: hay que pensar en ellos ante toda cefalea frontal u occipital súbita, acompañada de vértigos, vómitos y ataxia cerebelosa con rápida progresión al coma (**CAÑADILLAS F, MONTERO FJ, PEREZ D et al 1994**).

DIAGNOSTICO.

Ante un paciente con un déficit vascular, de instauración brusca, tendremos que plantearnos si su causa es verdaderamente vascular, si es isquémico o de naturaleza hemorrágica.

A. Naturaleza Vascular. Lo más característico de la lesión vascular es su inicio súbito, manifestaciones focales y resolución gradual. La forma de instauración es súbita en la embolia; en minutos en la hemorragia; en horas en la trombosis; escalonado en el embolismo; progresivo en días o semanas en el tumor.

Si se presentan alteraciones de la conciencia de forma brusca, con pérdida inicial y recuperación con déficit, se tratará de una embolia. Sin embargo, cuando es progresiva la disminución del nivel de conciencia, se tratará de una hemorragia.

B. Naturaleza Isquémica o Hemorrágica. Orientan hacia una ACV Hemorrágico:

- Cefalea brusca e intensa.
- Deterioro del nivel de conciencia progresivo o mantenido.
- Vómitos sin vértigo.
- Rigidez de nuca.
- Antecedentes de HTA grave, alcoholismo, tratamiento anticoagulante.
- Cuadro desencadenado por maniobras de Valsalva.

Orientan hacia un ACV Isquémico: Síntomas que aparecen durante la noche, al levantarse por la mañana, o en la primera micción:

- Progresión en horas.
- Antecedentes de AIT, cardiopatía isquémica, claudicación intermitente.
- Valvulopatía conocida.

La TAC craneal es capaz de diagnosticar el 100% de las hemorragias. La punción lumbar queda reservada a la alta sospecha clínica de HSA, a pesar de un TAC normal, y si se plantea infección del SNC.

EXPLORACION EN URGENCIAS.

- Determinación de glucemia mediante tira reactiva, ya que la hipoglucemia puede cursar con focalidad neurológica.
- Hemograma completo con fórmula y recuento leucocitario.
- Bioquímica sanguínea, incluyendo glucosa, urea, creatinina, e iones.
- ECG.
- TAC craneal urgente.
- Punción lumbar ante la sospecha de hemorragia subaracnoidea y TAC craneal normal.

1.2.2.TROMBOFLEBITIS.-

En pacientes con venopatías agudas, la trombosis se debe a lesiones mecánicas de las venas, estados de hipercoagulabilidad o éstasis venoso. El proceso es predominante en mujeres, y su prevalencia aumenta con la edad de la población (JUNCADELLA E, VILARDELL M, 1994).

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL. En las extremidades inferiores la, trombo flebitis superficial afecta a las venas safenas externa o interna, así como a las varicosidades. Sus síntomas son el enrojecimiento, dolor a la palpación e induración en el curso de la vena afectada.

El diagnóstico se confirma con examen con Doppler, que tiene una precisión de

hasta el 94% o venografía.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP). Sus signos o síntomas son muy variables y es necesario estudios de confirmación. Se afecta comunmente los miembros inferiores, caracterizándose clínicamente por signos de edema, calor, eritema y dolor espontáneo y a la palpación. Es una enfermedad frecuente, y es en la mayoría de los casos el origen de la embolia pulmonar. Hoy se considera la TVP y la embolia pulmonar como dos aspectos de una misma enfermedad (**MONREAL M, 1995**).

NICOLAIDES (1991), apunta una tasa de TVP de 160 por 100.000, en la población general, cada año.

Los antecedentes de episodios trombóticos, traumatismos recientes de las extremidades inferiores, tratamiento con estrógenos, cirugía reciente, edad avanzada, IAM reciente, insuficiencia cardíaca congestiva, carcinoma y obesidad, se acompaña de mayor riesgo de trombosis venosa profunda.

Se dispone de diversas pruebas para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda. La ultrasonografía dúplex con imágenes Doppler en tiempo real y evaluación simultánea del flujo venoso han resultado una modalidad diagnóstica extracorporal de precisión. Este estudio elimina la necesidad de exposición a rayos X y el contraste intravenoso. Además permite diferenciar las formas agudas y crónicas de la enfermedad, así como la antigüedad del trombo. La pletismografía de impedancia es de ejecución sencilla e inmediata en la sala de urgencias con seguridad del 80-90% (**PALOMAR V, GARCIA MA, ROIG J et al 1994**).

1.2.3. EMBOLIA PULMONAR.-

La embolia pulmonar es una enfermedad frecuente y, si no se trata correctamente, muchas veces mortal. Deriva de trombosis venosa profunda en las extremidades inferiores, en un 70-90%, de los casos. **NICOLAIDES** (1991) cifra una tasa de TEP de 60/100.000.

CUADRO CLÍNICO.

Debe considerarse como posible diagnóstico en todo paciente en riesgo de experimentar cualquier síntoma cardiopulmonar agudo de carácter inespecífico. El síntoma más común es el dolor torácico, que afecta al 90% de los enfermos. Suele ser

de carácter pleurítico y semejante al dolor compresivo de la isquemia miocárdica o el dolor inespecífico y vago de la pared torácica. En más del 80% de los pacientes surge disnea en algún momento, suele ser breve y no siempre es un síntoma en el momento de la atención inicial. La ansiedad, probablemente debida a hipoxemia, afecta a un 60% de los enfermos, y además el paciente puede llegar al hospital después de haber sufrido un episodio de síncope.

DIAGNOSTICO.

Lo primero que hay que considerar ante la sospecha clínica de embolia pulmonar es valorar la presencia o no de factores de riesgo. La edad es uno de los factores de riesgo más importantes, siendo la embolia pulmonar más frecuente en mayores de 60 años. Hay que preguntar al paciente por la presencia de historia familiar de trombosis venosa profunda y/o embolia pulmonar. Hay que preguntar por el antecedente de muerte súbita de algún familiar. Debemos informarnos si el paciente ha mantenido reposo en cama durante una semana o más., si ha estado sometido a intervenciones quirúrgicas, especialmente en la cadera o por procesos neoplásicos. La presencia de varices en extremidades inferiores y el antecedente de trombosis venosa, también pesan mucho cuando el paciente que nos consulta presenta síntomas sugestivos de embolia (MONREAL M, 1995).

El ECG presenta un patrón clásico con cambios inespecíficos del segmento ST y la onda T. La gasometría arterial es muy discutida, ya que la embolia puede cursar con hipocapnia, pero también con valores normales.

La radiografía de tórax demuestra elevación de uno de los hemidiafragmas a causa de la disminución del volumen pulmonar. También se puede apreciar derrame pleural, atelectasia e infiltrados pulmonares transitorios.

La gammagrafía pulmonar de perfusión, es una prueba incruenta cuyo resultado normal excluye el diagnóstico de embolia pulmonar. Cuando existe un defecto de perfusión, como ocurre en el caso de un émbolo pulmonar, el déficit de dicha perfusión de objetiva como un defecto de radiactividad en la zona correspondiente. Esta técnica tiene una alta sensibilidad, por lo que se utiliza como método de rutina para excluir el tromboembolismo pulmonar. Por ello los resultados de dicha prueba se dan en grados de probabilidad diagnóstica nula, indeterminada, baja, media o alta, dependiendo del defecto de perfusión hallado.

1.2.4. ERISPELAS.-

En este caso se trata de una forma especial de celulitis estreptocócica. La puerta de entrada del microorganismo puede ser una herida traumática o quirúrgica.

La Erisipela se caracteriza por un aspecto rojo brillante de la piel afectada, y forma una elevación delimitada de la piel normal circundante. Los casos clásicos de Erisipela casi siempre se deben a infección por estreptococos del grupo A.

La celulitis estreptocócica tiende a ocurrir en localizaciones anatómicas en las que se ha distorsionado el drenaje linfático normal, como en zonas de celulitis previa, brazo homolateral a una mastectomía y disección ganglionar axilar, extremidad inferior previamente afecta de trombosis venosa profunda o linfedema crónico, también en los casos en los que se ha extirpado la vena safena para derivación aortocoronaria (**WESSELS MR**, 1994).

Los estreptococos del grupo A son de los escasos gérmenes patógenos que pueden producir signos de infección en la herida quirúrgica, y celulitis circundante, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención. Se asocian habitualmente a exudado poco espeso y pueden extenderse rápidamente, bien como celulitis de la piel y del tejido subcutáneo, o como infección de tejidos más profundos. La infección de heridas por estreptococos puede asociarse también a linfangitis, que se manifiesta como líneas rojas que se extienden proximamente, desde el lugar de la infección, a lo largo de los linfáticos superficiales.

1.2.5. LINFANGITIS.-

Los capilares linfáticos son tubos ciegos en su porción sistal, formados por una capa de células endoteliales. El linfedema puede ser primario o secundario. La prevalencia del linfedema primario es 1 por cada 10.000 individuos (**CREAGER, MA Y DZAU, VJ**, 1994).

El linfedema secundario es una enfermedad adquirida que se produce a consecuencia de lesiones u obstrucción de los canales linfáticos, previamente normales. Una causa muy frecuente de linfedema son las linfangitis recidivantes bacterianas, debidas generalmente a estreptococos. Los pacientes refieren sensación de pesadez en el miembro afecto. En las extremidades inferiores afecta inicialmente al pie, y progresa de manera gradual, hasta formar un edema en toda la pierna.

1.3.- URGENCIAS CARDIOQUIRURGICAS.

1.3.1. ROTURA DE AORTA TRAUMÁTICA.-

La sección traumática de la aorta es una complicación grave, generalmente secundaria a un traumatismo torácico cerrado con desaceleración intensa del cuerpo, que produce una dehiscencia parcial o total de la aorta. Normalmente se considera aguda cuando se presenta dentro de las dos primeras semanas del accidente.

La localización más frecuente es en el extremo distal del arco aórtico y la porción proximal de la aorta torácica descendente. La porción superior de la aorta torácica descendente está sujeta por el ligamento arterioso y por las arterias intercostales. Esto condiciona que se produzca un movimiento de cizalla que da lugar a la sección de la aorta. La localización suele ser proximal al ligamento arterioso, próxima al nacimiento de la subclavia, pero puede incluir también el nacimiento de ésta. Es raro que se extienda más allá de la subclavia hacia la porción distal del arco aórtico.

La sección de la aorta con frecuencia es completa, y se produce una hemorragia libre, masiva, con muerte súbita en pocos minutos. Cuando la sección de la aorta es menos violenta se produce una infiltración hemorrágica retropleural, con hemotórax o derrame pleural, secundarios a la sangre y plasma que atraviesa la pleura parietal posterior. La aorta torácica inferior y la aorta abdominal se ven sólo lesionadas con fracturas graves de la columna vertebral.

Los pacientes con sección traumática aguda de la aorta, frecuentemente, presentan lesiones neurológicas asociadas, fracturas múltiples y otras lesiones severas, como laceraciones mesentéricas, con hemorragia intraabdominal, lesiones que por sí solas condicionan el manejo de los pacientes.

La mortalidad por sección traumática aguda de la aorta es muy elevada, inmediatamente después del accidente, alcanzando cifras del 80-90%. En un 10-20% de las autopsias practicadas en los fallecidos por accidente de automóvil, se ha encontrado una ruptura traumática de la aorta. A medida que pasa el tiempo desde el accidente el riesgo disminuye, pero sin tratamiento el 40% de los pacientes fallecen dentro de las primeras 48 horas. Después de la primera semana, y al final de la segunda, el riesgo de mortalidad es muy bajo, pero existe cierto riesgo por la tendencia del falso aneurisma a romperse, incluso tardíamente (MURTRA, M. 1994).

Los pacientes que llegan vivos al hospital pueden presentar un shock hemorrágico severo. La presencia de síntomas y signos como dolor torácico,

hipertensión en extremidades superiores, diferencia de pulsos entre extremidades, soplos, hipoventilación pulmonar, pueden ser variables.

DIAGNOSTICO.

La radiografía de tórax es muy útil, y debe practicarse lo antes posible. El ensanchamiento mediastínico superior es un signo radiológico de ruptura aórtica. A veces no es evidente en la primera radiografía, por ello es muy importante practicar radiografías seriadas. Otros signos radiológicos patognomónicos son el desplazamiento traqueal hacia la derecha, depresión del bronquio principal izquierdo, opacificación del espacio entre la aorta y la arteria pulmonar, y borramiento difuso del borde de la aorta torácica superior.

El diagnóstico definitivo nos lo proporcionará la aortografía aórtica donde se localizará el lugar de la ruptura cuando existe extravasación de contraste de la luz aórtica. La TAC también puede ser útil en el diagnóstico.

1.3.2. TRAUMATISMOS CARDIACOS.-

1.3.2.1. HERIDAS PENETRANTES DEL CORAZÓN.

Las Heridas Penetrantes del Corazón son mucho menos frecuentes que los traumatismos cerrados, y su incidencia se encuentra sobre el 10% de los traumatismos del corazón y de los grandes vasos (**MURTRA**, 1994).

Dichas heridas se pueden dividir en dos grupos, por un lado las heridas por armas de fuego, en las que el proyectil alcanza el pericardio y el corazón o la aorta torácica. Las heridas de la aorta ascendente y el cayado se suele acompañar de lesiones en la cava superior y la arteria pulmonar, y las heridas de la aorta descendente se acompaña de lesiones traqueobronquiales y esofágicas. Las heridas cardíacas suelen ser ocasionalmente tangenciales, afectando a una cámara, pero lo más frecuente es que atraviesen completamente el corazón, produciendo una hemorragia aguda rápidamente mortal.

En el otro grupo tenemos las heridas por arma blanca o similares que, penetrando en la porción media del tórax, pueden atravesar el pericardio y alcanzar el corazón y los grandes vasos. Se afectan con mayor frecuencia el ventrículo derecho y

después el ventrículo izquierdo. Con menor frecuencia se afectan las aurículas, los grandes vasos y las arterias coronarias.

La mayoría de las heridas penetrantes del corazón dan lugar a una hemorragia, con taponamiento cardíaco agudo, que puede contribuir en la disminución de la hemorragia de la herida cardíaca. Pero la persistencia de dicha evolución condiciona un shock con evolución fatal. También dan lugar a taponamiento cardíaco agudo las heridas de la aorta ascendente.

1.3.2.2. TRAUMATISMOS CARDIACOS CERRADOS.

La contusión cardíaca es la lesión que más frecuentemente se produce en los traumatismos cardíacos cerrados. La causa más frecuente es la contusión miocárdica, como consecuencia de un impacto violento y directo sobre la región precordial, típico de los accidentes de automóvil, en los que el tórax choca contra el volante. Puede ocasionar trastornos del ritmo o de la conducción, y evolucionar a una ulterior ruptura de la pared cardíaca. También se puede producir en aquellos otros traumatismos en los que el corazón es lanzado bruscamente contra la pared torácica (SYMBAS PN, 1995).

Las lesiones miocárdicas pueden ser muy variables, desde pequeñas hemorragias subepicárdicas o subendocárdicas, hasta necrosis miocárdicas transmurales extensas. El paciente puede encontrarse asintomático, y por este motivo el diagnóstico puede pasar desapercibido. Existen dolor precordial o dolores anginosos típicos y en ocasiones se acompaña de arritmias.

La Radiografía de Tórax suele ser inespecífica. El hallazgo de ondas en el ECG y la elevación de la CPK-MB, favorecen el diagnóstico de contusión cardíaca, pero son hallazgos poco sensibles. El método más sensible es la angiografía nuclear, que puede demostrar anomalías segmentarias en la movilidad de la pared ventricular.

1.3.2.3. RUPTURA CARDIACA.

En un traumatismo torácico importante, el corazón puede verse comprimido entre la columna vertebral y el esternón. La presión intracardíaca puede aumentar de forma muy importante, hasta el extremo de provocar una ruptura de la pared libre del corazón, del tabique intraventricular o del aparato de sustentación de las válvulas auriculoventriculares.

La ruptura de la pared libre produce, en general, un taponamiento cardíaco agudo, rápidamente mortal. Si existe ruptura del pericardio la muerte se produce por shock hemorrágico agudo. Si la ruptura es pequeña, y en el ventrículo derecho, la hemorragia puede llegar a cohibirse espontáneamente, y dar lugar a un estado de hemopericardio o taponamiento cardíaco más o menos controlado.

1.3.3. DISECCION AORTICA.-

La Disección de la pared Aórtica se debe inicialmente a la rotura de la intima de la pared arterial, de esta forma se separan las capas de la aorta creándose una falsa luz en la pared del vaso, con la consiguiente pérdida de resistencia física a la tensión y riesgo de rotura extravascular (**FONTANILLAS C, LOPEZ L, UGARTEMENDIA MC, 1996**).

Los aneurismas disecantes se dividen, según la clasificación de DeBakey en tres tipos:

_ TIPO I. Se origina en la válvula aórtica y disecciona toda la aorta torácica y abdominal, incluidas sus ramas.

– TIPO II. Se origina en la válvula aórtica y disecciona solamente la aorta ascendente.

– TIPO III. Se origina distalmente a la salida de la subclavia izquierda y por lo general abarca toda la aorta descendente.

Según la clasificación de Stanford, el TIPO A une los tipos I y II, dado que los principios del tratamiento y pronóstico son los mismos. El TIPO B, es el equivalente al

TIPO	III	de	DeBakey.
------	-----	----	----------

CLINICA Y DIAGNOSTICO.

En el 70 a 90% de los pacientes, se produce el dolor más intenso que jamás hayan sufrido. El dolor torácico se irradia al abdomen y los miembros inferiores, aunque no es habitual. El dolor suele localizarse en la espalda, epigastrio, extremidades o una combinación de dichos sitios. Su característica más importante es la intensidad, así como su breve duración. Pueden presentarse manifestaciones de apoplejía aguda, pérdida aguda de pulsos en una extremidad, isquemia renal, la

insuficiencia cardíaca congestiva y el edema pulmonar pueden estar presentes en el 20% de los enfermos. La presión arterial suele estar elevada y se debe medir en ambas extremidades superiores e inferiores.

La Radiografía de Tórax puede presentar aumento de la sombra mediastínica, doble contorno del arco aórtico y derrame pericárdico o pleural. El diagnóstico de certeza viene dado por el estudio angiográfico. La angiografía por sustracción digital puede proporcionar imágenes diagnósticas, con menor invasibilidad que la angiografía convencional. El TAC también ayuda a la confirmación diagnóstica.

1.3.4. ANEURISMAS TORACICOS.

Los Aneurismas de la Aorta Torácica pueden localizarse en la porción ascendente, en el cayado o en la porción descendente siendo más comunes en esta última localización. Estos aneurismas de la aorta descendente a menudo se extienden a la aorta abdominal creando un aneurisma toracoabdominal (**EAGLE, KA et al.** 1993).

Antiguamente la sífilis era la causa más importante de los aneurismas de la aorta torácica, pero con el control de dicha enfermedad la arterioesclerosis ha pasado a ocupar la causa fundamental. Los traumatismos también son una causa constante de aneurismas de la aorta torácica.

La patogenia de los aneurismas arterioescleróticos es idéntica a la de los aneurismas de la aorta abdominal. La historia natural de los aneurismas torácicos difieren un tanto de los aneurismas abdominales, ya que es menos frecuente la rotura espontánea sin síntomas previos, debido a que es posible obtener datos del aneurisma en crecimiento ya que puede producir síntomas por compresión de estructuras vecina.

CUADRO CLINICO.

Entre los síntomas predominantes se encuentra el dolor retroesternal, que se ha señalado que tienen hasta el 42% de los enfermos (**FELDMAN, AJ**, 1993). Si el aneurisma es de un tamaño considerable, puede provocar disfagia por compresión del esófago, síndrome de la vena cava superior y disnea por compresión bronquial. Los aneurismas del segmento terminal del arco pueden ocasionar afonía, por afectación del nervio laríngeo recurrente, y un cuadro isquémico en el miembro superior por compresión de la arteria subclavia izquierda. El cuadro puede debutar con una angina de pecho o IAM, cuando la aneurisma comprime las arterias coronarias.

La complicación más frecuente y más grave de estos aneurismas es la rotura de los mismos. Dicha rotura provocará taponamiento cardíaco si se produce en el pericardio; fístula arteriovenosa si se rompe en la vena cava; hemoptisis si la rotura es hacia el sistema bronquial, o hematemesis masiva cuando dicha rotura es hacia el esófago. La rotura se precede de dolor intenso, y sigue con un cuadro de shock y paro cardíaco (**CALLEJAS JM, SILVEIRA P, GALEGO P, 1995**).

DIAGNOSTICO.

Llegaremos al diagnóstico mediante la Radiografía de Tórax y la Aortografía. En la radiografía de tórax se aprecia ensanchamiento del mediastino o de la silueta aórtica. La aortografía será la que nos proporcionará el tamaño y la amplitud del aneurisma (**FELDMAN AJ, 1993**). La morfología de la aneurisma y el grado de afectación de las ramas del arco aórtico, serán informadas mediante la realización de una angiografía por sustracción digital. La TAC es muy útil para confirmar el diagnóstico dado que es difícil el diagnóstico diferencial con tumores de mediastina, aneurismas del tronco de la pulmonar y elongación aórtica.

1.3.5. BLOQUEOS AURICULOVENTRICULARES (BAV).

Ya definidos en el capítulo de arritmias cardíacas. La importancia de los mismos en la urgencia viene dada porque, en la mayoría de los casos, está indicada la implantación de marcapasos temporal o permanente (**ZIPES, DP. 1993**).

1.3.6. DISFUNCIONES PROTÉSICAS.

Los primeros reemplazos de válvulas cardíacas en el ser humano fueron realizados por **BRAUNWALD**. Las válvulas mitral y aórtica fueron realizadas por **HARDEN y cols. y STARR**, en 1960.

La sospecha de disfunción valvular, sea de una prótesis o de una válvula nativa reparada, obliga a remitir al paciente a su Centro Cardioquirúrgico para una evaluación completa. Si la disfunción es aguda, el traslado debe de hacerse con la máxima urgencia. Este aspecto es el más importante para evitar el fallecimiento inexorable de los pacientes con rotura aguda de una prótesis mecánica. Clínicamente se presenta con un cuadro de disnea súbita, edema agudo de pulmón, shock y alteraciones de la conciencia (**ALEGRIA, E et al 1996**).

Existen dos variedades de disfunción protésica: la debida a la desinserción del anillo protésico de sutura, que da lugar a regurgitación perivalvular (disfunción

periprotésica) y la debida a la anomalía de algunos de los componentes intrínsecos de la prótesis (disfunción intraprotésica). En esta segunda modalidad se encuentran más frecuentemente casos de debut fulminante que obligan a verdaderas situaciones de emergencia (GALVE E, 1995).

Las complicaciones del uso de válvulas protésicas ocurren poco después de la operación o al cabo de años de la implantación. El tipo e incidencia de las complicaciones dependen de una serie de factores como son: la cardiopatía presente, la válvula sustituida, el tipo de prótesis valvular y la necesidad de anticoagulación.

La tromboembolia es una complicación de importancia con las válvulas artificiales, y es usual que su prevención requiera tratamiento de por vida con anticoagulantes. La trombosis también se presenta con eteroingertos valvulares, en especial en el foco mitral. La trombosis de la prótesis valvular aórtica o mitral, por lo general origina un cuadro agudo, con evidente insuficiencia cardíaca izquierda. El cuadro clínico de la trombosis por prótesis valvular tricúspide es mucho más insidioso.

La endocarditis bacteriana que surge poco después de la valvuloplastia, depende de estafilococos o bacilos gramnegativos (BGN). La aparición tardía la producen el estreptococo viridans o el estafilococo epidermidis. Los síntomas indicativos de disfunción de la prótesis valvular son: angina creciente, insuficiencia cardíaca y síncope. Los cambios en los soplos o el apagamiento de los ruidos valvulares apuntan a la disfunción de la prótesis valvular (STAPCZYNSKI, JS. 1993).

DIAGNOSTICO.

En la Radiografía de tórax se confirmará la posición correcta de la prótesis. La difuminación de los bordes de la misma puede deberse a los movimientos normales de la válvula, movimientos respiratorios o disfunción de la prótesis. Para confirmar el diagnóstico de disfunción se puede emplear la angiografía y la ecocardiografía.

1.3.7. ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

El término Endocarditis Infecciosa designa la infección bacteriana o micótica dentro del corazón. La endocarditis se clasifica en aguda o subaguda en base a su evolución clínica. El término endocarditis aguda se refiere a la infección de una válvula sana por microorganismos virulentos, que destruyen rápidamente la misma, produciendo focos metastásicos diseminados. El término subaguda se refiere a la infección de válvulas anormales, generalmente reumáticas, con microorganismos más o menos virulentos como estreptococo viridans, o estafilococo epidermidis.

La evolución es insidiosa, hasta 2 años, y los focos metastásicos son raros. En la actualidad este tipo de presentación clínica es rara y la mayoría de las veces se presenta en pacientes con prótesis valvulares, drogadictos por vía parenteral (ADVP), y enfermos con prolapso mitral u otras anomalías no reumáticas.

Los pacientes con endocarditis de una válvula natural, que cursa con alguna lesión cardíaca predisponente, pueden llegar hasta el 60-80% (**KORZENIOWSKI OM et al**, 1992). La naturaleza de dicha lesión y la bacteriología de la infección dependen de la edad del enfermo. En los niños, la lesión cardíaca principal predisponente son la cardiopatía reumática y las cardiopatías congénitas. En los adultos, la lesión predisponente principal es el prolapso mitral.

La endocarditis infecciosa es una enfermedad mortal sin tratamiento.

CLINICA.

Clínicamente sus síntomas y signos comunes son:

- Fiebre. Presente en un 90% de los casos. La temperatura puede ser normal en los casos de estar interferida por antibióticos, así como en el caso de pacientes ancianos, enfermedades debilitantes, uremia e insuficiencia cardíaca.

- Soplos y Cardiopatía. Se escuchan en el 85% de los casos. Las consecuencias finales de la endocarditis son la insuficiencia cardíaca, IAM, arritmias y trastornos en la conducción, así como graves alteraciones hemodinámicas por fallo valvular o rotura de las cuerdas tendinosas.

- Fenómenos Embólicos. Dentro de este grupo tenemos las petequias subconjuntivales, las hemorragias subungueales en esquirola, las manchas de ROTH, las lesiones de JANEWAY, hematuria y dolor cólico renoúteral, IAM, arritmias por microaccesos miocárdicos, oclusiones arteriales periféricas y aneurismas micóticos, encefalopatía con síndrome confusional, ACV, hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurismas micóticos y meningitis.

- Fenómenos Autoinmunes. Provocados por el depósito de inmunocomplejos que dan lugar a diferentes manifestaciones clínicas, como son: Nódulos de OSLER; artralgias, mialgias y artritis mono y poli articular, y glomerulonefritis con hematuria.

- Esplenomegalia. Se ve en el 30% de los enfermos y puede evolucionar a abscesos esplénicos.

DIAGNOSTICO.

En el ECG se puede encontrar un espacio PR prolongado, bloqueos de r -

ma y extrasístoles ventriculares. El Ecocardiograma detecta vegetaciones valvulares en un 80% de los casos. El ecocardiograma bidimensional se encuentran vegetaciones de hasta 2 mm. de tamaño. También es útil un ecocardiograma transesofágico, que es más sensible que los anteriores. Se puede realizar punción lumbar en los casos en los que exista pérdida de conciencia.

1.3.8. CARDIOPATIAS CONGENITAS EN EL NEONATO.

Se definen como anomalías de la estructura o el funcionamiento cardiocirculatorio presentes al nacimiento aún cuando se descubran bastante tiempo después. (**FRIEDMAN, WF.1993**), cifra en el 0,8% el número de recién nacido vivo sufre alguna malformación cardiovascular. Dentro de esta cifra no se incluyen las que podrían ser más frecuentes: la válvula aórtica bicúspide no estenótica congénita, y la anomalía de las valvas que acompaña al prolapso mitral.

Las causas principales que motivan una consulta cardiológica de urgencia son (**PERERA C, 1998**):

- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Insuficiencia cardíaca derecha.
- Hipoxemia y/o crisis hipoxémicas.
- Asociación de ambas.
- Transtrornos en la permeabilidad de las vías aéreas y digestivas superiores.
- Arritmias.

TRANSPOSICION DE LAS GRANDES ARTERIAS (TGA). Se trata de una anomalía congénita en la que la aorta surge del ventrículo derecho, y la arteria pulmonar desde el ventrículo izquierdo. La sangre desaturada procedente del lado derecho del corazón pasa indebidamente a la aorta, mientras que la sangre pulmonar oxigenada vuelve a los pulmones. De esta forma la circulación pulmonar y la sistemática forman dos circuitos paralelos, que permiten la supervivencia porque el agujero oval permanente permeable, permitiendo una cierta mezcla de sangre (**BEHRMAN,RE.1992**). La cifra en una frecuencia de 1 por cada 5.000 nacidos vivos.

Clínicamente se manifiesta por cianosis y taquipnea en las primeras horas, o días, de vida. La mayoría de estos lactantes no sobrevivirá, sin tratamiento, al periodo neonatal. Este proceso constituye una urgencia médica en el recién nacido.

PERSISTENCIA DEL DUCTUS ARTERIOSO. Se trata de una anomalía en la cual existe un solo tronco arterial, para atender a la circulación sistemática, pulmonar y coronaria.

El cuadro clínico está dominado por la disnea, fatiga, insuficiencia cardíaca, infecciones respiratorias recurrentes, escaso desarrollo físico y, a menudo, muerte en la lactancia. La cianosis es mínima o nula.

COARTACION AORTICA. Se trata de una anomalía caracterizada por una constricción de longitud variable, debido a una hipoplasia tubular o a una obstrucción más definida.

Clínicamente es clásica la disparidad del pulso y de la presión arterial entre miembros superiores, y los miembros inferiores. La presión arterial sistólica, en los miembros inferiores, es más baja que en los miembros superiores, y con frecuencia difícil de obtener.

1.3.9. MIXOMAS CARDIACOS.-

Los tumores mixomatosos pueden causar síntomas de comienzo agudo, entre ellos, dificultad respiratoria y cianosis periférica. Los pacientes suelen tener una historia de disnea de esfuerzo o un síndrome análogo al lupus (**ALPERT JS, BECKER RC, 1995**).

El mixoma intracardíaco es el tumor benigno más frecuente del corazón. Aparecen sobre todo en mujeres de entre 30 y 60 años de edad. Los síntomas iniciales consisten en una tríada de manifestaciones constitucionales, embólicas y obstructivas. Las manifestaciones sistémicas son pérdida de peso, fiebre, anemia, velocidad de sedimentación alta y elevación de inmunoglobulinas (sobre todo la Ig G). Se producen embolias sistémicas en el 50% de los pacientes. Los mixomas de la aurícula izquierda puede producirse obstrucción de la válvula mitral o de las venas pulmonares, que puede dar lugar a hipertensión arterial y venosa con insuficiencia cardíaca derecha secundaria. Los mixomas de aurícula derecha se caracterizan por hipertensión venosa sistémica y son menos frecuentes que los de aurícula izquierda (**HALL RJ, 1995**).

1.4. URGENCIAS VASCULOQUIRURGICAS

1.4.1. ISQUEMIA AGUDA DE LAS EXTREMIDADES.

La Isquemia Arterial Aguda periférica es el resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo a las extremidades, como consecuencia de la obstrucción súbita de las arterias que las irriga.

Por lo común es un proceso que se debe a embolia, trombosis in situ de una lesión aterosclerótica preexistente, o traumatismos. Se afectan, con mayor frecuencia, las extremidades inferiores. (FELDMAN, AJ.1992), cifra en un 46% la localización en la bifurcación de la arteria femoral, 18% en las arterias ilíacas, el 13% en la porción terminal de la aorta y 10% en las arterias poplíteas. La localización más común de las extremidades superiores es la porción distal de la arteria humeral. Hasta en un 8% los embolos se alojan en la circulación visceral, ya sean en las arterias mesentérica superior o en la arteria renal.

La isquemia aguda es más frecuente a partir de los 50-60 años. La prevalencia es algo mayor en los hombres (5%) que en las mujeres (2%), si bien en éstas está aumentando la incidencia debido al incremento importante del hábito de fumar en este colectivo (JUNCADELLA E, VILARDELL M, 1994).

EMBOLIA ARTERIAL.

Se trata de la oclusión brusca de una arteria sana, por material embolígeno, que puede ser procedente de territorios más distales. El lugar de origen suele ser el corazón izquierdo y sus enfermedades desencadenantes más frecuentes, la cardioesclerosis, valvulopatías, especialmente la estenosis mitral, y la endocarditis infecciosa. También pueden embolizar, de forma menos frecuente, una placa de ateroma, grasa, gas, fragmentos tumorales y fragmentos de prótesis valvulares.

La edad de presentación es muy variable, y si bien puede detectarse antes de los 40 años, son mucho más frecuentes en pacientes mayores de 70 años. El género femenino predomina claramente sobre el masculino.

TROMBOSIS ARTERIAL.

En este caso existe una afectación grave de la pared arterial, debido a un proceso estenosante al que se une un factor precipitante de la oclusión, como insuficiencia cardíaca, hipotensión arterial, placas de ateroma desprendidas, etc.

TRAUMATISMOS ARTERIALES.

Las lesiones arteriales pueden ser resultado de traumatismos penetrantes o no penetrantes. Son más frecuentes los primeros, pero los no penetrantes pueden ser más graves, puesto que no se acompañan de una lesión vascular tan evidente como los penetrantes. El traumatismo arterial puede provocar una isquemia arterial aguda, motivada por un desgarro en la pared arterial, o bien por desprendimiento secundario de una placa de ateroma.

CUADRO CLINICO.

Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización y de la intensidad de la obstrucción, así como del tiempo transcurrido desde la instauración del cuadro. Se conoce como el cuadro de las cinco p: dolor (*pain*), palidez (*pallor*), ausencia de pulsos (*pulse less*), parestesias y parálisis (ROS E, 1995).

Síntomas Precoces:

Dolor. Es el síntoma más común de las extremidades con isquemia aguda. Es de comienzo súbito, como un latigazo, que se hace constante, difuso y muy intenso.

Palidez y frialdad.

Impotencia funcional. Se puede manifestar como una dificultad para la movilización de los dedos, e incluso como una parálisis con abolición de los reflejos osteotendinosos.

Abolición de los pulsos distales. Están abolidos todos los pulsos palpables, por debajo de la oclusión.

Parestesias.

Síntomas Tardíos:

Anestesia o hipoestesia.

Cianosis. Es un signo indicativo de la trombosis en el lecho vascular, con desfavorables perspectivas de revitalización de la zona isquémica.

Flictenas. Signo que también nos indica la irreversibilidad de la lesión.

Rigidez muscular. También indica lesión irreversible.

Gangrena. Que puede ser seca o húmeda, dependiendo de la desecación o no de los tejidos.

DIAGNOSTICO.

Las partes más importantes de la evaluación inicial son la anamnesis y la exploración física, que nos permitirán determinar el nivel de la obstrucción, su causa y el grado de isquemia. En el interrogatorio tenderemos a descubrir el foco embolígeno, averiguaremos si se han producido trastornos del ritmo, como fibrilación auricular, valvulopatías como estenosis mitral, o signos propios de un proceso arterial obstructivo, como claudicación intermitente, factores de riesgo como tabaquismo, hiperlipemias, etc.

Las exploraciones básicas que debemos solicitar en urgencias son el ECG, Radiografía de Tórax, hemograma y bioquímica sanguínea, gasometría y estudio de coagulación. Además otras exploraciones complementarias como Doppler, EcoDoppler, Pletismografía y Angiografía.

1.4.2. TRAUMATISMOS VASCULARES

Los traumatismos vasculares representan el 2-3% de los traumatismos en tiempos de guerra. En la práctica civil su incidencia está cifrada en 30-40 casos nuevos por año, y por 100.000 habitantes (ESTEVAN, 1995).

Heridas incisocortantes. Grado I.

No se produce una lesión completa de la pared arterial. No existe hemorragia, ni isquemia distal. El peligro consiste en la rotura tardía de la pared del vaso o en el posterior desarrollo de un aneurisma. Diagnóstico difícil, y generalmente se trata de un hallazgo al explorar quirúrgicamente la herida.

Heridas incisocortantes. Grado II.

Existe una rotura completa de la pared del vaso, pero no total. Clínicamente se produce hemorragia profusa, pudiendo producirse isquemia distal. Esta lesión es la causante de la mayoría de las muertes y los traumatismos vasculares graves.

Heridas incisocortantes. Grado III.

Se produce una sección completa del vaso. No siempre esta sección conlleva la muerte por hemorragia. Se produce isquemia importante además de la hemorragia externa.

Contusiones arteriales. Grado I.

Se afecta únicamente la capa íntima, no produciéndose hemorragia externa, ni obstrucción primaria de la circulación con isquemia distal.

Contusiones arteriales. Grado II.

Se produce lesión de las capas íntima y media. Tampoco se produce hemorragia externa, aunque sí es causa frecuente de trombosis con isquemia periférica.

Contusiones arteriales. Grado III.

Se produce la afectación de todas las capas de la pared arterial. Ocasionan isquemia periférica debido a la obliteración de la luz del vaso, por la retracción de la íntima y la media (CALLEJAS JM, 1995).

1.4.3. ANEURISMAS.

Se define el Aneurisma como la dilatación focal y permanente de la luz de un vaso sanguíneo. Etiológicamente, los aneurismas arteriales se pueden clasificar en: congénitos, traumáticos, postestenóticos, sifilíticos, micóticos y arterioescleróticos.

Los **Aneurismas congénitos** se localizan, preferentemente, en el polígono de Willis, aorta ascendente, seno de Valsalva, arteria pulmonar y, de forma menos frecuente, en la aorta abdominal y sus ramas viscerales.

Los **Aneurismas traumáticos** afectan, preferentemente, a las arterias periféricas. Las dilataciones aneurismáticas postestenóticas se presentan más frecuentemente en la arteria subclavia, aorta ascendente y tronco de la pulmonar.

Como Aneurismas micóticos, se conocen todos aquellos aneurismas que se producen a partir de un proceso infeccioso de la pared vascular. Tienen la localización en arterias de pequeño y mediano calibre, aunque también se pueden encontrar en la aorta abdominal.

También podemos clasificar los aneurismas desde un punto de vista anatomopatológico (**ROLDAN. 1996**):

Fusiformes. Afectación circunferencial de la pared arterial, de tamaño variable.

Saculares. Afectación de una parte de la pared arterial.

Falso Aneurisma. Contenido por una falsa pared, que forman los tejidos vecinos. No tiene pared propia.

Aneurisma verdadero. Presenta una dilatación, conservando todas sus capas.

1.4.4. ACV.

Se describieron en el capítulo de Urgencias Vasculares Médicas. Vamos aquí a hablar de la hemorragia subaracnoidea (HSA) como cuadro de ACV de naturaleza vascular, con las características ya enumeradas de la lesión vascular cerebral.

En la HSA se produce una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo, de forma directa y primaria.

Clínicamente se presenta como una cefalea de comienzo súbito, que refieren como el dolor de cabeza más intenso que han tenido nunca, que les sobreviene después de un ejercicio violento, en la mayoría de los casos. Además se presenta una disminución progresiva del nivel de conciencia y rigidez de nuca.

1.4.5. PIE DIABETICO

Hay que tener en cuenta las siguientes complicaciones de la diabetes mellitus: hipertensión maligna secundaria a nefropatía diabética, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovasculares o la isquemia crónica de los miembros inferiores (**KESSLER P 1994**). La afectación vascular en una de las complicaciones más frecuentes del paciente diabético. Se produce una alteración del sistema arterial, con afectación de los vasos de pequeño (microangiopatía) y gran calibre (macroangiopatía). Aunque las lesiones que aparecen en el diabético no son exclusivas de esta enfermedad, ocurren con mayor frecuencia, se desarrollan a edad más temprana y progresan de forma más rápida que en los restantes individuos.

Se manifiesta, la arteriopatía diabética, de forma distinta a las arteriopatías arterioescleróticas, o de otro origen. El dolor y las molestias nocturnas al elevar las extremidades difieren del paciente arterioesclerótico. En los diabéticos es más predominante la sensación parestésica, que se alivia al levantarse de la cama e iniciar la deambulación (**AZCONA JM, LORENTE MC, JURADO J et al, 1995**).

1.4.6. ISQUEMIAS AGUDAS INTESTINALES.

La Isquemia Mesentérica es un padecimiento relativamente infrecuente, cuya incidencia aumenta conforme aumenta la edad de la población. (**GLOVER, JL y BLOSSOM, GB.** 1992), nos dicen que la morbimortalidad es alta, la mortalidad del 70% en los casos en que la laparotomía muestra necrosis intestinal.

La Isquemia Mesentérica se puede producir por:

- Embolia Arterial. En la mayoría de los casos de la arteria mesentérica superior.
- Trombosis Arterial. Debida generalmente a placas ateromatosas.
- Trombosis Venosa. Relacionada frecuentemente con coagulopatías.
- Flujo Arterial Insuficiente. Por función cardíaca también insuficiente, la denominada Isquemia de bajo gasto.

La Embolia Arterial origina, según estos autores, el 40-50% de los episodios de Isquemia Mesentérica Aguda, casi siempre con origen del émbolo en el corazón.

CUADRO CLINICO.

La clave para el diagnóstico oportuno es el considerar la isquemia mesentérica en sujetos con dolor abdominal y sin ningún factor relacionado, como intervenciones abdominales, hernia incarcerada o síntomas de úlceras o enfermedades biliares. El dolor abdominal es de comienzo súbito e intenso, acompañado de náuseas y vómitos, en ocasiones en “posos de café”, y deposiciones líquidas con sangre (melenas y/o hematoquezia).

En la exploración física, que puede ser anodina, se puede observar un abdomen distendido, con timpanismo difuso a la percusión, y con ausencia de signos peritoneales hasta fases tardías.

La radiografía simple de abdomen puede mostrar ileo parálítico, apareciendo leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma, alteración de la función renal en las determinaciones bioquímicas y trastornos iónicos.

Capítulo 2

Los objetivos que se persiguen con este estudio es un profundo conocimiento estadístico de lo que acontece en un Servicio de Urgencias de un Hospital de referencia, como es el Hospital Universitario de Canarias (HUC), en cuanto a las urgencias cardiovasculares acontecidas a lo largo de los 12 meses de un año. La finalidad es poder disponer, si es preciso para el futuro, de una adecuación de recursos humanos y materiales para atender este tipo de urgencias. Para ello se analizan unos parámetros que dependen de los enfermos: género, edad, procedencia, momento de llegada al Servicio de Urgencias, día festivo o no festivo, y otros que afectan a los recursos habidos en el Servicio de Urgencias, a los sistemas de transporte y emergencia extrahospitalarios, a los servicios médicos hospitalarios y recursos asignados a éstos, que atienden en 2ª instancia en el Servicio de Urgencias en donde se encuentran este tipo de pacientes.

Capítulo 3

3.1. PACIENTES.-

Se han estudiado un total de 896 pacientes, de los 65.632, que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) a lo largo de 12 meses, desde 1 de Abril de 1996 hasta 1 de Abril del año 1997. Por lo tanto el Diseño es el de Estudio epidemiológico retrospectivo.

Estos pacientes fueron clasificados en cuatro grupos, según los diagnósticos a los que se llegó en el propio Servicio de Urgencias. Dichos grupos fueron los siguientes:

3.1.1. URGENCIAS CARDIOLÓGICAS MÉDICAS.

Son aquellos procesos agudos de origen cardíaco, que son susceptibles de tratamiento médico. Este grupo está formado por 399 pacientes, agrupados en los siguientes subgrupos:

ARRITMIAS CARDIACAS. Definidas como aquella alteración del ritmo sinusal normal. Este grupo está compuesto por 23 pacientes, divididos en los siguientes diagnósticos:

Taquicardia Ventricular. Se define por una frecuencia cardíaca entre 100 y 160 lpm. En este apartado se incluyeron ocho pacientes.

Bradicardia Sintomática. Cuadro definido por una frecuencia cardíaca inferior a 60 lpm. En este grupo se incluyeron tres pacientes.

Enfermedad del Seno. Síndrome caracterizado por una combinación de síntomas (mareos, confusión, fatiga, síncope, e insuficiencia cardíaca congestiva), causados por disfunción sinusal, que se manifiesta por taquicardia sinusal intensa, bloqueo sinoauricular o parada sinusal. Este grupo incluye dos pacientes.

Flúter Auricular. Está definido por la presencia de una frecuencia auricular entre 250 y 350 latidos por minuto. En este grupo hay dos pacientes.

Fibrilación Auricular. Definida por la ausencia de ondas P en el ECG, frecuencia auricular difícil o imposible de medir, y una frecuencia ventricular que oscila entre 120-200 lpm. Fueron clasificados siete pacientes con este diagnóstico.

Fibrilación Ventricular. Cuadro que se caracteriza por presentar en el ECG ondas irregulares, de morfología y altura variables, con alta frecuencia, entre 300-500 lpm.; sin línea de base entre ellas y donde no puede distinguirse lo que es QRS y el ST-T. Aquí se incluyó un paciente.

CARDIOPATIA ISQUEMICA. Cuadro clínico que se caracteriza por el desajuste entre el aporte y las necesidades del oxígeno del músculo cardíaco. Está

constituida por tres manifestaciones fundamentales: Angina de pecho, Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y Muerte Súbita.

Con este diagnóstico fueron clasificados 269 enfermos.

VALULOPATIAS. Se define este cuadro por la afectación de una válvula cardíaca, que se acompaña de manifestaciones que requieren atención urgente, bien por la propia valvulopatía, por la presencia de factores sobreañadidos que descompensan una afectación valvular crónica, o bien porque aparecen complicaciones inherentes a la propia valvulopatía.

En este grupo fueron incluidos cinco enfermos con cuadro de Estenosis Aórtica, otros tres afectos de un cuadro de Insuficiencia Aórtica, diagnosticados de Estenosis Mitral hubo cuatro pacientes, se incluyeron cuatro enfermos más con Insuficiencia Mitral, de Doble Lesión Aórtica fue diagnosticado un paciente, y se diagnosticó un enfermo de Valvulopatía Aortico-mitral.

Forman este grupo un total de 18 enfermos.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC). La ICC describe un síndrome o grupo de síntomas, que es generalmente el resultado final de anomalías en la función del corazón. Los síntomas son el resultado de un desequilibrio entre el flujo de sangre del corazón y las demandas corporales. Puede haber enfermos que deberían figurar en otros grupos, con diagnóstico anatomoclínico más preciso, y que están englobados en este diagnóstico sindrómico-funcional.

En este grupo incluimos seis enfermos diagnosticados de Miocardiopatía Dilatada y otros dos de Miocardiopatía Hipertrófica Obstructiva (MHO).

El número total de pacientes de este grupo es de 79.

PERICARDITIS. Cuadro caracterizado por la inflamación de la membrana pericárdica y que se manifiesta por dolor torácico, roce pericárdico y cambios evolutivos en la repolarización del ECG. Dentro de las enfermedades del pericardio se incluye el Taponamiento Cardíaco, situación hemodinámica producida por la compresión cardíaca secundaria a derrame pericárdico.

En este grupo se incluyeron a diez pacientes (con Taponamiento Cardíaco uno de ellos).

3.1.2. URGENCIAS VASCULARES MEDICAS.

Son aquellos procesos agudos de naturaleza vascular y susceptibles de tratamiento médico. En este grupo fueron incluidos 319 pacientes que se subdividieron en los siguientes apartados:

ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES AGUDOS (ACVA). Se entiende por ACVA la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, focal, causado por una enfermedad vascular. Según su naturaleza patológica se dividen en Isquémicos y Hemorrágicos, cuadros que ya fueron definidos en el capítulo de Introducción del presente trabajo.

Con este diagnóstico fueron clasificados 215 pacientes.

TROMBOFLEBITIS. Viene definida por la presencia de un trombo en una vena superficial o profunda y la respuesta inflamatoria que la acompaña. En este grupo se incluyeron a 86 pacientes.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). Se define como el trastorno fisiopatológico originado por la oclusión del canal arterial pulmonar, generalmente por un trombo sanguíneo (que en el 95% de los casos se origina en las venas profundas de los miembros inferiores), y más raramente por émbolos constituidos por tumores, fibrina, líquido amniótico, aire, médula ósea o cuerpos extraños.

Con este diagnóstico fueron incluidos 18 pacientes.

3.1.3. URGENCIAS CARDIOQUIRURGICAS.-

Se incluyeron aquí a aquellos procesos agudos, de origen cardíaco, y que son subsidiarios de un tratamiento quirúrgico.

Se diagnosticaron en este grupo a 46 enfermos, divididos en las siguientes patologías:

VASCULOTRAUMAS. Cuadro caracterizado por la dehiscencia total o parcial de la pared de un vaso como consecuencia de un traumatismo. Se incluye aquí la Rotura de Aorta Traumática. Se considera aguda cuando se presenta dentro de las dos primeras semanas del accidente.

En este grupo fueron diagnosticados dos pacientes.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI). Se define como EI a la infección bacteriana o micótica, del endocardio valvular o mural. Con este diagnóstico se clasificaron tres pacientes.

BLOQUEOS AURICULOVENTRICULARES (BAV). Ya fueron definidos en el capítulo de Arritmias Cardíacas, en el grupo de Urgencias Cardiológicas Médicas, de la Introducción de este trabajo. Se considera BAV de primer grado cuando el intervalo PR es superior a 0,18 seg. en niños, 0,20 en adultos o 0,22 en ancianos.

Se definió como BAV de segundo grado cuando una o varias ondas P basales no se conducen a los ventrículos a pesar de haber superado el periodo refractario fisiológico de la unión AV. Asimismo ya fueron definidos, en el capítulo anteriormente citado, los Bloqueos Tipo Mobitz I, y Mobitz II, así como los periodos de Wenckebach.

De igual modo, se define el BAV de tercer grado cuando ninguna onda P conduce a los ventrículos.

Con el diagnóstico de Síncope (pérdida temporal del conocimiento y del tono postural, con resolución espontánea) fueron atendidos diez enfermos.

Con el diagnóstico de BAV fueron clasificados 39 pacientes.

MIXOMA AURICULAR. Se trata de un tumor cardíaco primario caracterizado por la presencia de dolor, pericarditis, síncope, insuficiencia cardíaca, soplos arritmias, alteraciones de la conducción y taponamiento cardíaco.

Con este diagnóstico fueron clasificados dos pacientes.

3.1.4. URGENCIAS VASCULOQUIRURGICAS.

En este grupo se clasificaron aquellos procesos agudos de naturaleza vascular y que fueron susceptibles de tratamiento quirúrgico. Se incluyeron aquí a 132 pacientes y que fueron divididos en los siguientes grupos:

PATOLOGIA DE LA AORTA. Abarca este grupo a tres entidades clínicas que son:

Disección Aórtica. La Disección de la pared de la Aorta se debe a la rotura de la capa íntima de la pared arterial, producida debido a la escasez de medios elásticos en su estructura, y por lo tanto menor distensibilidad de la misma. En este grupo se diagnosticaron tres pacientes.

Aneurismas de la Aorta Torácica. Se definen como una dilatación local y permanente de la pared aórtica, localizada a nivel de la porción torácica de dicha arteria, desde la válvula aórtica hasta la aorta abdominal. Aquí fueron incluidos otros tres pacientes.

Aneurismas de Aorta Abdominal. Ya definidos como la dilatación, local y permanente, de la luz de un vaso sanguíneo. Según su etiología se pueden clasificar en Congénitos, Traumáticos, Postestenóticos, Sifilíticos, Micóticos y Arterioesclerosos. Con este diagnóstico fueron incluidos nueve pacientes.

Dentro de este grupo de Patología de la Aorta se incluyen un total de 15 enfermos.

ISQUEMIAS AGUDAS. Se define como el resultado de la interrupción brusca del aporte sanguíneo de las extremidades como consecuencia de la obstrucción súbita de las arterias que las irrigan. Entre sus causas fundamentales se incluyen:

Embolia Arterial. Es el cuadro producido por la oclusión aguda de una arteria sana por material embolígeno, procedente de territorios más distales. Con este diagnóstico se clasificaron siete pacientes.

Trombosis Arterial Aguda. Es una entidad clínica en la que existe una grave afectación de la pared arterial ocasionada por un proceso estenosante al que se le añade un factor precipitante de la oclusión, como insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, desprendimiento de placas de ateroma. Fueron diagnosticados en este grupo diez pacientes, y de estos tres lo fueron por trombosis en su By-Pass.

Enfermedad de Takayasu. Se define por la obstrucción de las grandes ramas que parten de la aorta y que cursa con fiebre, mal estado general, pérdida de peso y síntomas generales. Este diagnóstico le fue asignado a un paciente.

Enfermedad de Buerger o Tromboangeitis Obliterante. Es una enfermedad vascular oclusiva que afecta a las arterias de pequeño y mediano tamaño, y las venas distales de extremidades superiores e inferiores. También puede afectar a los vasos cerebrales, viscerales y coronarios. Cursa con la triada de claudicación de la extremidad afecta, fenómeno de Raynaud y tromboflebitis migratoria de venas superficiales.

Asimismo se pueden contabilizar 47 pacientes diagnosticados de Isquemia Aguda de los miembros inferiores.

El total de este grupo incluye a 64 enfermos.

PIE DIABETICO. Cuadro producido como complicación de la Diabetes Mellitus, caracterizado por una vasculopatía que afecta a las arteriolas de las extremidades. A nivel de las mismas da lugar a una entidad clínica bien diferenciada en la que, además de la afectación vascular, que puede dar lugar a Isquemia, coexisten neuropatía y artropatía de difícil tratamiento.

Con este diagnóstico fueron clasificados 53 pacientes.

3.2. METODOS.

3.2.1. SELECCIÓN DE GRUPOS.

Entre los 65.632 enfermos atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC, entre el 1 de Abril de 1996 y el 1 de Abril de 1997, se seleccionó vía informática, desde el ordenador central del Hospital, a 896 pacientes en función de los criterios diagnósticos definidos en el apartado anterior de pacientes. Cada grupo diagnóstico quedó decidido por dicho método de selección automático. Los grupos diagnósticos fueron los utilizados por el propio Servicio de Urgencias en el momento de ser dado de alta el paciente, independientemente de su destino.

Además, por si algún paciente hubiera quedado excluido al no haber sido definido claramente su diagnóstico, se revisaron el total de Urgencias atendidas en dicho Servicio por los Servicios de Cardiología, Cirugía Cardiovascular, independientemente del destino que se le diera al paciente (fuera o no ingresado).

Para ello se utilizó, en el ordenador central del HUC, la clave asignada a cada uno de estos Servicios en la historia específica del Servicio de Urgencias. Dicha historia es diferente de las historias de hospitalización y consultas externas del mencionado HUC.

Las claves de los Servicios citados son:

1. Urgencias.
3. UVI.
4. Unidad Coronaria.
5. Medicina Interna.
8. Neurología.
9. Cardiología.
10. Neumología.
20. Cirugía General y Digestiva.
24. Traumatología B.
25. Traumatología A.
30. Cirugía Cardiovascular.
31. Angiología y Cirugía Vascular.
88. Ginecología.

3.2.2. CUESTIONARIO.

Se ha definido para todos los pacientes de este estudio un cuestionario de preguntas que fuese fácilmente extraíble de las historias específicas del Servicio de Urgencias. Estas preguntas fueron las siguientes:

Diagnóstico.

Fecha: Día, Mes y Año.

Festivo o No Festivo.

1. No Festivo. Aquí son considerados todos los días laborales (249 días).
2. Festivo. Son considerados Festivos los sábados, domingos y los festivos nacionales, autonómicos y locales, según el calendario laboral vigente (116 días).

Estación del Año.

1. Primavera. Del 21 de Marzo al 20 de Junio.
2. Verano. Del 21 de Junio al 20 de Septiembre.
3. Otoño. Del 21 de Septiembre al 20 de Diciembre.
4. Invierno. Del 21 de Diciembre al 20 de Marzo.

Hora y Minutos.

Momento del Día de Acceso al Servicio de Urgencias.

1. Madrugada. De 4 a 8 horas a.m.
2. Día. De 8 a.m. a 15 p.m.
3. Tarde. De 15 a 22 horas p.m.
4. Noche. De 22 p.m. a 4 horas a.m.

Género.

1. Mujer.
2. Hombre.

Edad.

Definida en años cumplidos.

1. Menores de 70 años.
2. Mayores de 71 años.

Procedencia.

1. Iniciativa Propia.

2. Centros del Sector Público, donde se incluyeron los procedentes de Centros de Salud, de otros Hospitales Públicos, o remitidos desde el 061.
3. Procedentes del Sector Privado. Se incluyeron Hospitales Privados, Médicos y Clínicas Privadas.

Forma de Acceso al Servicio de Urgencias.

1. Medios Propios.
2. Medios Públicos.

Destino del Paciente.

1. Ingreso.
2. A su Procedencia: 2.1 Domicilio. 2.2. Hospital. 2.3. Centro de Salud.
3. Residencia Sanitaria La Candelaria.
4. Fallecidos.
5. Clínica La Colina.
6. Alta Voluntaria.

Tiempo de Estancia en el Servicio de Urgencias.

Medido en Horas.

Servicio.

Se describe aquí el Servicio en el que ingresan, si son hospitalizados, o que se hacen cargo de su control y evolución posterior. Se le asignan las claves anteriormente citadas en el apartado Selección de Grupos del capítulo Métodos.

3.2.3. INFORMATIZACIÓN DE DATOS.

Los datos recogidos han sido analizados en un Programa de Ordenador Word.97 y Excel.

3.2.4. ANALISIS ESTADÍSTICO.

Los estudios de variables cualitativas y cuantitativas, variable o multivariable, han sido analizados utilizando el Programa Estadístico SPSS, ampliamente conocido en los trabajos científicos.

Para la descripción de las variables cualitativas se han utilizado la Distribución de Frecuencias, medidas de Tendencia central (Media, Mediana y Moda) y el Diagrama de Barras.

Para las variables cuantitativas se han empleado: Media aritmética, Rango, Varianza, Desviación Típica, Histograma y Gráfico de Tallo y hojas. Además se ha utilizado la T de STUDENT. En el caso de variables cuantitativas dicotómicas se ha practicado el test de Xi Cuadrado, con la Corrección de YATES. El test de Xi Cuadrado también se ha utilizado para aquellas variables con más de 2 categorías.

Capítulo 4

Se han estudiado 896 enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias y fueron diagnosticados de Patología Cardiovascular, del total de 65.632 que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC desde el 1 de Abril de 1996 hasta el 1 de Abril de 1997.

4.1. GENERO.-

Se distribuyó en 348 mujeres (38,8%) y 548 hombres (61,2%), siendo la mayor frecuencia de hombres estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). (Tabla 4.1)

4.1.1. FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Accedieron al Servicio de Urgencias por sus Propios Medios 517 pacientes (193 mujeres y 324 hombres), lo que corresponde al 57,70%, y acudieron mediante el uso de Medio Públicos otros 379 enfermos (42,29%), que son 155 mujeres y 224 hombres. (Tabla 4.1.1).

Por lo que se refiere a la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, no se puede demostrar asociación, estadísticamente significativa ($p > 0,05$), entre dicha Forma de acceso y el Género de los pacientes que acudieron. (Tabla 4.1.1 - 1).

4.1.2. DESTINO-GENERO.-

Ingresaron un total de 706 pacientes, fueron 250 mujeres y 456 son hombres, lo que corresponde al 78,79%. Este mayor número de hombres ingresados muestra una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con respecto al de mujeres que fueron ingresadas.

Otros 27 enfermos (3,01%) fueron derivados a la R.S. La Candalaria, grupo formado por 11 mujeres y 16 hombres. Hubo cinco pacientes que fallecieron (0,55%), correspondiendo esta cifra a cuatro mujeres y un hombre. A la Clínica La Colina fueron enviados dos mujeres y un hombre, correspondiendo este destino al 0,33%. De alta voluntaria se marchó una mujer.

A sus domicilios fueron enviados un total de 102 enfermos (11,38%), siendo 50 mujeres y 52 hombres. Al hospital de procedencia se trasladaron 14 pacientes (1,56%), de ellos diez eran mujeres y cuatro hombres.

Fueron derivados a sus respectivos Centros de Salud 38 enfermos, un (4,24%), correspondiendo a 20 mujeres y 18 hombres. (Tabla 4.1.2).

Es estadísticamente significativo ($p < 0,05$) el mayor porcentaje de ingresos hospitalarios, respecto al resto de los Destinos. (Tabla 4.1.2 - 1).

4.1.3. **ESTACION-GENERO.-**

Acudieron a Urgencias durante la Primavera un total de 236 pacientes (26,33%), lo que corresponde a 106 mujeres y a 130 hombres. En el Verano fueron atendidos 223 enfermos (24,88%) que se distribuyen en 76 mujeres y en 147 hombres. En el Otoño fueron vistos 210 pacientes (23,43%), grupo constituidos por 81 mujeres y 129 hombres. Otras 85 mujeres y 142 hombres fueron atendidos en Invierno, lo que equivale al 25,33% y 227 enfermos. (Tabla 4.1.3).

No se observa diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,112$) al comparar la Estación del año, en que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias, y el Género de dichos enfermos (Tabla 4.1.3 - 1).

4.1.4. **FESTIVO-GENERO.-**

En día Festivo fueron atendidos 221 enfermos (24,66%), con 81 mujeres y 140 hombres. En día No Festivo acudieron 675 enfermos (75,33%), siendo 267 mujeres y 408 hombres.

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,44$) entre el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o día No festivo, y el Género de los enfermos. (Tabla 4.1.4).

Sin embargo la asistencia al Servicio de Urgencias es más frecuente en día No festivo, que en día Festivo, y es estadísticamente muy significativa ($p < 0,0001$) esa diferencia. (Tabla 4.1.4 - 1).

4.1.5. **MOMENTO-GENERO.-**

El momento del día en que acudieron a Urgencias fue durante la Madrugada en 61 casos (6,80%), hubo 14 mujeres y 47 hombres. Durante las horas del Día (8-15

horas) fueron atendidas 175 mujeres y 242 hombres, lo que supone un total de 417 enfermos equivalente al 47%. Por la Tarde fueron atendidos un total de 299 pacientes (33,37%), grupo formado por 113 mujeres y 186 hombres y por la Noche (22:00 p.m. – 4:00 a.m.) acudieron 119 pacientes (13,28%), lo que corresponde a 46 mujeres y 73 hombres. (Tabla 4.1.5).

Se demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0,04$) entre el Género de los pacientes y el Momento del día en que acudieron al Servicio de Urgencias. Fue más frecuente la demanda de los hombres, que de las mujeres, en todos los Momentos del día (Tabla 4.1.5 – 1).

4.1.6. **PROCEDENCIA y GENERO.**-

Correspondió a su Propia Iniciativa la decisión de acudir a Urgencias en 549 pacientes (61,27%), son 209 mujeres y 340 hombres. Desde Centros Públicos son remitidos 271 enfermos (30,24%), compuesto por 115 mujeres y 156 hombres. Desde Centros Privados son enviados 24 mujeres y 52 hombres, lo que hace un total de 76 pacientes (8,48%). (Tabla 4.1.6).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p>0,05$), entre la Procedencia de los enfermos, y el Género de los mismos (Tabla 4.1.6 - 1).

4.1.7. **SERVICIO y GENERO.**-

En lo referente al servicio que se hizo cargo de los ingresos, y/o posterior control de los enfermos, fue:

- Urgencias (1). Con 211 enfermos (23,54%), de los cuales 111 fueron mujeres y 100 hombres.
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (3). Se ingresaron dos enfermos, un hombre y una mujer, lo que equivale al 0,33%.
- Unidad Cuidados Intensivos Coronarios (4). Ingresaron 315 enfermos (35,15%) de los cuales 87 eran mujeres y 228 hombres.
- Medicina Interna (5). En este servicio fueron 11 pacientes (0,55%), siendo ocho mujeres y tres hombres.
- Neurología (8). Aquí se contabilizan 46 enfermos correspondiente al 5,13%, siendo 24 las mujeres y 22 los hombres.

- Cardiología (9). Este servicio se hizo cargo de 114 enfermos, de ellos 49 mujeres y 65 hombres, lo que corresponde al 12,72%.
- Neumología (10). Se incluyeron en este servicio tres enfermos, siendo una mujer y dos hombres, constituyendo el 0,42%.
- Cirugía General y Aparato Digestivo (20). Este servicio se hizo cargo de una mujer (0,11%).
- Traumatología A (25). Se incluye una mujer (0,11%).
- Traumatología B (24). Se incluye una mujer (0,11%).
- Cirugía Cardiovascular (30). Aquí se cuentan 76 enfermos.
- Angiología y Cirugía Vascular (31). Se hizo cargo del (8,48%) que corresponde a 26 mujeres y 50 hombres. control y/o posterior evolución de 114 pacientes (37 mujeres y 77 hombres), lo que equivale al 12,72%.
- Ginecología (88). Se ocupó de una mujer (0,11%). (Tabla 4.1.7).

Por lo que se refiere a este apartado del Servicio en el que fueron ingresados, o controlados posteriormente, sí existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre dicho Servicio, y el Género de los Enfermos atendidos. Siendo más frecuente el ingreso de los hombres, y en los Servicios de Cardiología, Angiología y Cirugía vascular y en la Unidad Coronaria. (Tabla 4.1.7 – 1).

4.1.8. **EDAD y GENERO.**-

La media de edad para las mujeres es de 68,43, con Rango de 81 (15-96), y para los hombres la media es de 66,27, con Rango de 74 (23-97). (Tabla 4.1.8).

Se contabilizan un total de 178 mujeres menores de 70 años, siendo 329 los hombres de edad inferior a la citada. Hay 170 mujeres mayores de 71 años y 209 hombres. Es estadísticamente significativo ($p = 0,005$) la mayor edad de las mujeres con respecto a los hombres. (Tabla 4.1.8 – 1).

4.1.9. **HORA MEDIA y GENERO.**-

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	193	324	517
		Expected Count	200,8	316,2	517,0
		Residual Std. Residual	-7,8 ,6	7,8 ,4	
	Medios públicos	Count	155	224	379
		Expected Count	147,2	231,8	379,0
		Residual Std. Residual	7,8 ,6	-7,8 ,5	
Total		Count	348	548	896
		Expected Count	348,0	548,0	896,0

TABLA 4.1.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,171 ^b	1	,279		
Continuity Correction ^a	1,026	1	,311		
Likelihood Ratio	1,169	1	,280		
Fisher's Exact Test ^a				,298	,156
Linear-by-Linear Association	1,170	1	,279		
N of Valid Cases	896				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 147,20.

TABLA 4.1.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	250	456	706
		Expected Count	274,2	431,8	706,0
		Residual	-24,2	24,2	
		Std. Residual	-1,5	1,2	
Residencia Candelaria	Residencia Candelaria	Count	11	16	27
		Expected Count	10,5	16,5	27,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,2	-,1	
Fallecidos	Fallecidos	Count	4	1	5
		Expected Count	1,9	3,1	5,0
		Residual	2,1	-2,1	
		Std. Residual	1,5	-1,2	
La Colina	La Colina	Count	2	1	3
		Expected Count	1,2	1,8	3,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,8	-,6	
Alta voluntaria	Alta voluntaria	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	
Domicilio	Domicilio	Count	50	52	102
		Expected Count	39,6	62,4	102,0
		Residual	10,4	-10,4	
		Std. Residual	1,6	-1,3	
Hospital	Hospital	Count	10	4	14
		Expected Count	5,4	8,6	14,0
		Residual	4,6	-4,6	
		Std. Residual	2,0	-1,6	
Centro de Salud	Centro de Salud	Count	20	18	38
		Expected Count	14,8	23,2	38,0
		Residual	5,2	-5,2	
		Std. Residual	1,4	-1,1	

Crosstab

		GENERO		Total
		Mujer	Hombre	
Total	Count	348	548	896
	Expected Count	348,0	548,0	896,0

TABLA 4.1.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	23,406 ^a	7	,001
Likelihood Ratio	23,356	7	,001
Linear-by-Linear Association	14,624	1	,000
N of Valid Cases	896		

a. 6 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

TABLA 4.1.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	106	130	236
		Expected Count	91,7	144,3	236,0
		Residual	14,3	-14,3	
		Std. Residual	1,5	-1,2	
	Verano	Count	76	147	223
		Expected Count	86,6	136,4	223,0
		Residual	-10,6	10,6	
		Std. Residual	-1,1	,9	
	Otoño	Count	81	129	210
		Expected Count	81,6	128,4	210,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,1	,0	
	Invierno	Count	85	142	227
Expected Count		88,2	138,8	227,0	
Residual		-3,2	3,2		
Std. Residual		-,3	,3		
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	5,986 ^a	3	,112
Likelihood Ratio	5,964	3	,113
Linear-by-Linear Association	1,649	1	,199
N of Valid Cases	896		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 81,56.

TABLA 4.1.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	267	408	675
		Expected Count	262,2	412,8	675,0
		Residual	4,8	-4,8	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Si	Count	81	140	221
		Expected Count	85,8	135,2	221,0
		Residual	-4,8	4,8	
		Std. Residual	-,5	,4	
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,591 ^b	1	,442		
Continuity Correction ^a	,475	1	,491		
Likelihood Ratio	,594	1	,441		
Fisher's Exact Test ^a				,475	,246
Linear-by-Linear Association	,590	1	,442		
N of Valid Cases	896				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 85,83.

TABLA 4.1.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	14	47	61
		Expected Count	23,7	37,3	61,0
		Residual	-9,7	9,7	
		Std. Residual	-2,0	1,6	
	Dia	Count	175	242	417
		Expected Count	162,0	255,0	417,0
		Residual	13,0	-13,0	
		Std. Residual	1,0	-,8	
	Tarde	Count	113	186	299
		Expected Count	116,1	182,9	299,0
		Residual	-3,1	3,1	
		Std. Residual	-,3	,2	
Noche	Count	46	73	119	
	Expected Count	46,2	72,8	119,0	
	Residual	-,2	,2		
	Std. Residual	,0	,0		
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	8,339 ^a	3	,040
Likelihood Ratio	8,819	3	,032
Linear-by-Linear Association	,271	1	,603
N of Valid Cases	896		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,69.

TABLA 4.1.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	209	340	549
		Expected Count	213,2	335,8	549,0
		Residual	-4,2	4,2	
		Std. Residual	-,3	,2	
	Centros públicos	Count	115	156	271
		Expected Count	105,3	165,7	271,0
		Residual	9,7	-9,7	
		Std. Residual	,9	-,8	
	Centros privados	Count	24	52	76
		Expected Count	29,5	46,5	76,0
		Residual	-5,5	5,5	
		Std. Residual	-1,0	,8	
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,299 ^a	2	,192
Likelihood Ratio	3,331	2	,189
Linear-by-Linear Association	,019	1	,891
N of Valid Cases	896		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,52.

TABLA 4.1.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Urgencias	Count	111	100	211
		Expected Count	82,0	129,0	211,0
		Residual	29,0	-29,0	
		Std. Residual	3,2	-2,6	
	UVI	Count	1	1	2
		Expected Count	,8	1,2	2,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Unidad Coronaria	Count	87	228	315
		Expected Count	122,3	192,7	315,0
		Residual	-35,3	35,3	
		Std. Residual	-3,2	2,5	
	Med. Int.	Count	8	3	11
		Expected Count	4,3	6,7	11,0
		Residual	3,7	-3,7	
		Std. Residual	1,8	-1,4	
	Neurología	Count	24	22	46
		Expected Count	17,9	28,1	46,0
		Residual	6,1	-6,1	
		Std. Residual	1,5	-1,2	
	Cardiología	Count	49	65	114
		Expected Count	44,3	69,7	114,0
		Residual	4,7	-4,7	
		Std. Residual	,7	-,6	
	Neumología	Count	1	2	3
		Expected Count	1,2	1,8	3,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,2	,1	
	C. Gral. y Dig.	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Traumatología B	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	
	Traumatología A	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	
	Cirugía Cardiovascular	Count	26	50	76
		Expected Count	29,5	46,5	76,0
		Residual	-3,5	3,5	
		Std. Residual	-,6	,5	
	Cirugía Vascular	Count	37	77	114
		Expected Count	44,3	69,7	114,0
		Residual	-7,3	7,3	
		Std. Residual	-1,1	,9	
Ginecología	Count	1	0	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	,6	-,6		
	Std. Residual	1,0	-,8		
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	52,198 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	53,596	12	,000
Linear-by-Linear Association	2,050	1	,152
N of Valid Cases	896		

a. 13 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

TABLA 4.1.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	178	333	511
		Expected Count	198,5	312,5	511,0
		Residual	-20,5	20,5	
		Std. Residual	-1,5	1,2	
	Mayores de 71	Count	170	215	385
		Expected Count	149,5	235,5	385,0
		Residual	20,5	-20,5	
		Std. Residual	1,7	-1,3	
Total	Count	348	548	896	
	Expected Count	348,0	548,0	896,0	

TABLA 4.1.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	8,033 ^b	1	,005		
Continuity Correction ^a	7,645	1	,006		
Likelihood Ratio	8,015	1	,005		
Fisher's Exact Test ^a				,006	,003
Linear-by-Linear Association	8,024	1	,005		
N of Valid Cases	896				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 149,53.

TABLA 4.1.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	348	10,09	12,16	,65
	Hombre	547	9,46	12,50	,53
HORA DE LLEGADA	Mujer	348	13:40:45	5:27:52	0:17:34
	Hombre	548	13:17:28	5:41:13	0:14:34
EDAD	Mujer	348	68,43	15,16	,81
	Hombre	548	66,29	13,45	,57

TABLA 4.1.9

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	,760	,383	,742	893	,458	,63
	Equal variances not assumed			,747	753,712	,455	,63
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,779	,183	1,011	894	,312	0:23:17
	Equal variances not assumed			1,020	760,314	,308	0:23:17
EDAD	Equal variances assumed	2,879	,090	2,209	894	,027	2,14
	Equal variances not assumed			2,151	673,723	,032	2,14

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	,85	-1,04	2,29
	Equal variances not assumed	,84	-1,03	2,28
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:23:02	-0:21:55	1:08:30
	Equal variances not assumed	0:22:50	-0:21:31	1:08:06
EDAD	Equal variances assumed	,97	,24	4,04
	Equal variances not assumed	1,00	,19	4,10

TABLA 4.1.9 - 1

La hora media de llegada al Servicio de Urgencias fue las 13:40 para las mujeres y las 13:17 para los hombres (Tabla 4.1.9 y Tabla 4.1.9 – 1).

4.1.10. **TIEMPO DE ESTANCIA y GENERO.**-

Las mujeres tienen una media de tiempo de estancia en Urgencias de 10,09 horas, similar al de los hombres, cuya media es de 9,46 horas (Tabla 4.1.9 y Tabla 4.1.9 – 1).

4.2. ARRITMIAS.

El diagnóstico de Arritmias Cardíacas fue el que se le dio a 23 pacientes (0,03%) de los atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC, y corresponden al 2,56% del presente trabajo. De ellos 8 fueron mujeres, representando el 34,8%, y los otros 15 fueron hombres. (Tabla 4.2).

4.2.1. **FORMA DE ACCESO y GENERO.**-

Accedieron a Urgencias por sus Propios Medios 12 hombres, y otros 3 por Medios Públicos. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 10,4 hombres por Medios Propios, y a 4,6 por Medios Públicos.

Hubo 4 mujeres que llegaron por Medios Propios, siendo 5,6 la cifra esperada por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia. Las otras 4 acudieron por Medios Públicos, y en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 2,4. (Tabla 4.2.1).

No se ha encontrado una diferencia, estadísticamente significativa ($p > 0,136$), entre el género de los pacientes y su forma de acceso al Servicio de Urgencias. (Tabla 4.2.1 – 1).

4.2.2. **DESTINO y GENERO.**-

El Destino que tomaron los pacientes fue mayoritariamente el de Ingreso Hospitalario, lo cual ocurrió en 16 casos, que comprenden a cuatro mujeres y a 12 hombres. Lo que podría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 5,6 en mujeres, y 10,4 en hombres.

A su domicilio fueron enviados dos hombres, y 0,7 lo que cabría esperar para las mujeres y 1,3 para los hombres, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Al Hospital, desde donde fue derivada, se remitió una mujer. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 0,3 mujeres y 0,7 hombres.

Por último, se enviaron tres mujeres y un hombre, a su Centro de Salud. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos permitiría esperar 1,4 en mujeres y 2,6 en hombres. (Tabla 4.2.2).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,091$), entre el Destino que tomaron los pacientes y el Género de los enfermos. (Tabla 4.2.2 – 1).

4.2.3. **ESTACION y GENERO.**-

Respecto a la Estación del Año en que se presentó el problema de salud, para acudir a Urgencias, hay que destacar que ocho enfermos fueron vistos en Invierno (cuatro mujeres y cuatro hombres). Estas cifras coinciden con las que se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Lo hicieron en Verano otros siete (una mujer y seis hombres), cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 2,4 para las mujeres y 4,6 para los hombres.

Hubo cinco enfermos que acudieron en Otoño (dos mujeres y tres hombres), siendo 1,7 mujeres y 3,3 los hombres los que se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Finalmente fueron tres los pacientes en Primavera (una mujer y dos hombres), en esta estación las cifras coinciden con las que cabrían esperarse en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.2.3).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,537$), entre la Estación del año en la cual acuden al Servicio de Urgencias los enfermos, y el género de los mismos. (Tabla 4.2.3 – 1).

4.2.4. **FESTIVO y GENERO.**-

Acudieron 20 enfermos en día No Festivo (Coeficiente 0,08), que corresponden a seis mujeres y 14 hombres, y los tres restantes en día Festivo (Coeficiente 0,025), que fueron dos mujeres y un hombre. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar siete mujeres y 13 hombres en día No Festivo, y una mujer y dos hombres en día Festivo. (Tabla 4.2.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,213$) entre la demanda de asistencia urgente, en día Festivo o no festivo, y el género de los pacientes portadores de dicha demanda. (Tabla 4.2.4 – 1).

4.2.5. **MOMENTO y GENERO.**-

En lo que se refiere al Momento del Día en que se desplazaron al Servicio de Urgencias, fue más importante durante el Día (43,5%) con diez pacientes. Había cuatro mujeres y seis hombres. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de contingencia, 3,5 para las mujeres, y 6,5 para los hombres.

Por la Tarde fueron ocho (34,8%), lo que se corresponde con dos mujeres y seis hombres (por lo que se refiere a la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 2,8 en las mujeres y 5,2 en los hombres).

Durante las horas de Madrugada fueron tres (13%) los enfermos atendidos, mujeres una y hombres dos, que coinciden con los que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Por la Noche fueron dos enfermos, mujer y hombre, los que acudieron al Servicio de Urgencias (8,7%) y cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 0,7 respecto a las mujeres y 1,3 respecto a los hombres. (Tabla 4.2.5).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,882$) entre el Momento de acceder al Servicio de Urgencias y el Género de los pacientes que acceden al mismo. (Tabla 4.2.5 – 1).

4.2.6 **PROCEDENCIA y GENERO.**-

Acudieron 11 enfermos por Iniciativa propia, de ellos tres eran mujeres, y 11 eran hombres. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podría esperar 3,8 mujeres y 7,2 hombres.

Otros nueve eran trasladados a instancia de Centros Públicos (cuatro mujeres y cinco hombres). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 3,1 respecto de las mujeres, y 5,9 respecto a los hombres.

Los tres enfermos restantes fueron derivados desde Centros o Médicos Privados (una mujer y dos hombres), estos datos coinciden con los esperados en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.2.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,724$), entre la Procedencia de los enfermos y el Género de los pacientes. (Tabla 4.2.6 – 1).

4.2.7. **SERVICIO y GENERO.**-

El Tiempo Medio de Estancia fue 11,70 y el Servicio que se hizo cargo de más Ingresos fue la Unidad Coronaria, con 15 enfermos, se corresponden con cuatro mujeres y 11 hombres. Se podrían esperar 2,8 mujeres y 5,2 hombres, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Los otros ocho enfermos pasaron a ser ingresados y/controlados por el Servicio de Cardiología, y corresponden a cuatro mujeres y cuatro hombres. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 2,8 mujeres y 5,2 hombres. (Tabla 4.2.7).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p>0,05$) entre el Servicio que se hace cargo de los enfermos y el Género de los mismos. (Tabla 4.2.7 – 1).

4.2.8. **EDAD y GENERO.**-

La edad tiene una Media de 60,91 (siendo 56,95 la media en las mujeres y 64,87 en los hombres). La edad tiene un Rango para las mujeres que va desde 25 – 77; y en los hombres el Rango de edad es de 47 – 83. Hay 17 enfermos menores de 70 años (siete mujeres y diez hombres). Los esperados, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 5,9 para las mujeres, y 11,1 para los hombres.

Había seis enfermos mayores de dicha edad, de los cuales una era mujer y cinco hombres, lo esperado por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia era 2,1 mujeres y 3,9 hombres. (Tabla 4.2.8).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,278$) entre la edad de los enfermos, menores de 70 años, o mayores de 71 años, y el Género de los pacientes. (Tabla 4.2.8 – 1).

4.2.9. **FORMA DE ACCESO-EDAD.**-

De los pacientes que accedieron a Urgencias por sus Propios medios había 11 que eran menores de 70 años, y otros cinco que eran mayores de 71 años. Cabrían esperar 11,8 menores de 70 años, y 4,2 mayores de 71 años, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Mediante la utilización de Medios públicos accedieron al Servicio de Urgencias siete enfermos, de los cuales seis eran menores de 70 años, y uno mayor de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 5,2 menores de 70 años, y 1,8 mayores de 71 años. (Tabla 4.2.9).

No se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$) entre la Forma de acceso al Servicio de Urgencias y la edad de los pacientes, mayores de 71 años, o menores de 70. (Tabla 4.2.9 – 1).

4.2.10. **DESTINO-EDAD.**-

Fueron ingresados 16 enfermos, había 11 menores de 70 años y cinco mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 11,8 menores de 70 años, y 4,2 mayores de 71 años.

Fueron remitidos a su Centro de Salud cuatro pacientes todos ellos menores de 70 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia nos haría esperar tres menores de 70 años, y uno mayor de 71 años.

Se enviaron a su domicilio otros dos pacientes, uno mayor de 71 años y el otro menor de 70 años.

Al Hospital, desde donde fue enviado, se destinó un enfermo menor de 70 años, siendo los esperados 0,7 en menores de 70 años y 0,3 en mayores de 71, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.2.10).

Tampoco existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,461$) entre el Destino de los enfermos en relación con la edad de los mismos. (Tabla 4.2.10 – 1).

4.2.11 **ESTACION y EDAD.**-

La Estación del año, en relación con la Edad de los pacientes, se distribuye de la siguiente manera: durante la Primavera fueron atendidos tres enfermos, de ellos dos eran menores de 70 años y uno mayor de 71 años. Lo esperados en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 2,2 menores de 70 años, y 0,8 mayores de 71.

En Verano hubo siete enfermos, todos ellos menores de 70 años. Por lo que se refiere a la Distribución de Frecuencias, podrían esperarse 5,2 menores de 70 años, y 1,8 mayores de 71 años.

Durante el Otoño se cuentan cinco enfermos, tres menores de 70 años y dos mayores de 71 años. Cabrían esperar 3,7 menores de 70 años, y 1,3 mayores de 71 años.

El Invierno presentó ocho enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias, eran cinco de ellos menores de 70 años y tres mayores de 71 años. Lo esperado por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se corresponde con 5,9 menores de 70 años y 2,1 mayores de 71 años. (Tabla 4.2.11).

Relacionando la Estación del año con la Edad de los pacientes, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,212$) entre ellas. (Tabla 4.2.11 – 1).

4.2.12. **FESTIVO y EDAD.**-

De los 20 pacientes que acudieron a Urgencias, en día No Festivo, había 16 menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 14,8 menores de 70 años, y 5,2 mayores de 71 años.

Los tres pacientes atendidos en día Festivo, tienen menos de 70 años uno de ellos, y otros dos son mayores de 71 años. Se esperaban, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 2,2 menores de 70 años, y 0,8 mayores de 71 años. (Tabla 4.2.12).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,086$) entre la Edad de los pacientes, y el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo o No festivo. (Tabla 4.2.12 – 1).

4.2.13. **MOMENTO y EDAD.**-

Por lo que se refiere al Momento de acudir a Urgencias, y la Edad de los pacientes, encontramos que los tres pacientes que acudieron de Madrugada eran menores de 70 años. Sin embargo, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de contingencia, encontramos que se esperaba 2,2 menores de 70 años, y 0,8 mayores de 71 años.

Durante el Día llegaron diez enfermos, de ellos eran siete menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, 7,4 menores de 70 años, y 2,6 mayores de 71 años.

En horas de Tarde fueron ocho los enfermos, menores de 70 años eran cinco de ellos, y los otros tres mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias nos haría esperar 5,9 menores de 70 años, y 2,1 mayores de 71 años.

Por la Noche hubo dos enfermos, ambos menores de 70 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 1,5 menores de 70 años, y 0,5 mayores de 71 años. (Tabla 4.2.13).

Entre el Momento de acudir al Servicio de Urgencias, y la Edad menor de 70 años, o mayor de 71 años, no se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,497$). (tabla 4.2.13 – 1).

La Hora Media en que acudieron al Servicio de Urgencias fue las 12:59. La Mediana de la hora de llegada es las 12:58, y la Moda las 12:12.

4.2.14. **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Correspondió a su Propia Iniciativa la decisión de acudir al Servicio de Urgencias a 11 enfermos, menores de 70 años eran ocho de ellos, y los otros tres eran mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaban 8,1 menores de 70 años, y 2,9 mayores de 71.

Menores de 70 años ocho de ellos, y uno mayor de 71 años. Los esperados, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 6,7 los menores de 70 años y 2,3 los mayores de 71 años.

De estos tres pacientes había uno menor de 70 años, y los otros dos mayores de 71 años. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 2,2 los menores de 70 años, y 0,8 los mayores de 71 años. (Tabla 4.2.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,164$) entre la Procedencia de los enfermos y la edad de los mismos, mayores de 71 años, o menores de 70. (Tabla 4.2.14 – 1).

4.2.15. **SERVICIO y EDAD.**-

En la Unidad Coronaria ingresaron 15 enfermos, siendo 11 menores de 70 años y mayores de 71 los cuatro restantes. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia, cabrían esperar 11,1 menores de 70 años y 3,9 mayores de 71 años.

El Servicio de Cardiología se encargó de seis pacientes menores de 70 años, y de dos enfermos mayores de 71 años. Se podrían esperar, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, en menores de 70 años a 5,9 y en mayores de 71 a 2,1. (Tabla 4.2.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,931$), entre el Servicio en el que fueron ingresados, o controlados posteriormente, los enfermos y la edad de los mismos, menor de 70 años o mayor de 71 (Tabla 4.2.15 - 1)

4.3. CARDIOPATIA ISQUEMICA.-

Con este diagnóstico fueron atendidos 269 pacientes, lo que equivale al 0,40% del total de urgencias atendidas en el HUC y al 30,02% de urgencias cardiovasculares del presente estudio. Hubo un total de 70 mujeres, lo que equivale a un 26%, y 199 hombres, representando el 74% restante. (Tabla 4.3).

4.3.1. **FORMA DE ACCESO y GENERO.**-

La Forma de Acceso al Servicio de Urgencias fue más habitual por sus Propios Medios, lo cual hicieron 161 enfermos (125 hombres y 36 mujeres), cantidad equivalente al 62,8%. Por la distribución de frecuencias, en la tabla de contingencia, cabría esperar 41,9 respecto a las mujeres y 119,1 respecto a los hombres.

Otras 34 mujeres acudieron a urgencias por Medios Públicos, haciéndolo de esta forma 74 hombres. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 28,1 en las mujeres, y 79,9 en los hombres. (Tabla 4.3.1).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,095$) entre la forma de acceso al Servicio de Urgencias, y el género de los pacientes que acuden al mismo. (Tabla 4.3.1 – 1).

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	4	12	16
		Expected Count	5,6	10,4	16,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,7	,5	
	Medios públicos	Count	4	3	7
		Expected Count	2,4	4,6	7,0
		Residual	1,6	-1,6	
		Std. Residual	1,0	-,7	
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,218 ^b	1	,136		
Continuity Correction ^a	1,027	1	,311		
Likelihood Ratio	2,165	1	,141		
Fisher's Exact Test ^a				,182	,156
Linear-by-Linear Association	2,121	1	,145		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,43.

TABLA 4.2.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	4	12	16
		Expected Count	5,6	10,4	16,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,7	,5	
	Domicilio	Count	0	2	2
		Expected Count	,7	1,3	2,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,8	,6	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	1,1	-,8	
Centro de Salud	Count	3	1	4	
	Expected Count	1,4	2,6	4,0	
	Residual	1,6	-1,6		
	Std. Residual	1,4	-1,0		
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	6,469 ^a	3	,091
Likelihood Ratio	7,227	3	,065
Linear-by-Linear Association	2,359	1	,125
N of Valid Cases	23		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.

TABLA 4.2.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	1	2	3
		Expected Count	1,0	2,0	3,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Verano	Count	1	6	7
		Expected Count	2,4	4,6	7,0
		Residual	-1,4	1,4	
		Std. Residual	-,9	,7	
	Otoño	Count	2	3	5
		Expected Count	1,7	3,3	5,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Invierno	Count	4	4	8
		Expected Count	2,8	5,2	8,0
		Residual	1,2	-1,2	
		Std. Residual	,7	-,5	
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,176 ^a	3	,537
Likelihood Ratio	2,339	3	,505
Linear-by-Linear Association	1,221	1	,269
N of Valid Cases	23		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.

TABLA 4.2.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	6	14	20
		Expected Count	7,0	13,0	20,0
		Residual	-1,0	1,0	
	Si	Count	2	1	3
		Expected Count	1,0	2,0	3,0
		Residual	1,0	-1,0	
Std. Residual		-,4	,3		
Total		Count	8	15	23
		Expected Count	8,0	15,0	23,0

TABLA 4.2.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,546 ^b	1	,214		
Continuity Correction ^a	,352	1	,553		
Likelihood Ratio	1,467	1	,226		
Fisher's Exact Test ^a				,269	,269
Linear-by-Linear Association	1,479	1	,224		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.

TABLA 4.2.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	1	2	3
		Expected Count	1,0	2,0	3,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Dia	Count	4	6	10
		Expected Count	3,5	6,5	10,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Tarde	Count	2	6	8
		Expected Count	2,8	5,2	8,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,5	,3	
Noche	Count	1	1	2	
	Expected Count	,7	1,3	2,0	
	Residual	,3	-,3		
	Std. Residual	,4	-,3		
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,664 ^a	3	,882
Likelihood Ratio	,671	3	,880
Linear-by-Linear Association	,005	1	,946
N of Valid Cases	23		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,70.

TABLA 4.2.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	3	8	11
		Expected Count	3,8	7,2	11,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,4	,3	
	Centros públicos	Count	4	5	9
		Expected Count	3,1	5,9	9,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,5	-,4	
	Centros privados	Count	1	2	3
		Expected Count	1,0	2,0	3,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,647 ^a	2	,724
Likelihood Ratio	,645	2	,724
Linear-by-Linear Association	,230	1	,631
N of Valid Cases	23		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,04.

TABLA 4.2.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	4	11	15
		Expected Count	5,2	9,8	15,0
		Residual	-1,2	1,2	
	Cardiología	Count	4	4	8
		Expected Count	2,8	5,2	8,0
		Residual	1,2	-1,2	
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,252 ^b	1	,263		
Continuity Correction ^a	,435	1	,510		
Likelihood Ratio	1,232	1	,267		
Fisher's Exact Test ^a				,371	,253
Linear-by-Linear Association	1,198	1	,274		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,78.

TABLA 4.2.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	7	10	17
		Expected Count	5,9	11,1	17,0
		Residual	1,1	-1,1	
		Std. Residual	,4	-,3	
	Mayores de 71	Count	1	5	6
		Expected Count	2,1	3,9	6,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,8	,5	
Total	Count	8	15	23	
	Expected Count	8,0	15,0	23,0	

TABLA 4.2.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,174 ^b	1	,278		
Continuity Correction ^a	,342	1	,558		
Likelihood Ratio	1,279	1	,258		
Fisher's Exact Test ^a				,369	,288
Linear-by-Linear Association	1,123	1	,289		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,09.

TABLA 4.2.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	8	11,25	9,85	3,48
	Hombre	15	11,93	17,80	4,60
HORA DE LLEGADA	Mujer	8	10:39:22	4:44:58	1:40:45
	Hombre	15	14:13:40	5:04:19	1:18:34
EDAD	Mujer	8	53,50	19,29	6,82
	Hombre	15	64,87	11,93	3,08

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	,561	,462	-,100	21	,921	-,68
	Equal variances not assumed			-,119	20,906	,907	-,68
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,208	,653	-1,642	21	,115	-3:34:17
	Equal variances not assumed			-1,677	15,279	,114	-3:34:17
EDAD	Equal variances assumed	4,081	,056	-1,755	21	,094	-11,37
	Equal variances not assumed			-1,519	9,940	,160	-11,37

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	6,83	-14,89	13,53
	Equal variances not assumed	5,77	-12,68	11,31
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	2:10:28	-8:05:37	0:57:02
	Equal variances not assumed	2:07:46	-8:06:11	0:57:36
EDAD	Equal variances assumed	6,48	-24,84	2,10
	Equal variances not assumed	7,48	-28,05	5,32

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	11	5	16
		Expected Count	11,8	4,2	16,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,2	,4	
	Medios públicos	Count	6	1	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,4	-,6	
	Total	Count	17	6	23
		Expected Count	17,0	6,0	23,0

TABLA 4.2.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,727 ^b	1	,394		
Continuity Correction ^a	,113	1	,736		
Likelihood Ratio	,786	1	,375		
Fisher's Exact Test ^a				,621	,382
Linear-by-Linear Association	,695	1	,404		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,83.

TABLA 4.2.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	11	5	16
		Expected Count	11,8	4,2	16,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,2	,4	
	Domicilio	Count	1	1	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,4	,7	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,3	-,5	
Centro de Salud	Count	4	0	4	
	Expected Count	3,0	1,0	4,0	
	Residual	1,0	-1,0		
	Std. Residual	,6	-1,0		
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	
	Count				

TABLA 4.2.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,579 ^a	3	,461
Likelihood Ratio	3,755	3	,289
Linear-by-Linear Association	,799	1	,372
N of Valid Cases	23		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

TABLA 4.2.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	2	1	3
		Expected Count	2,2	,8	3,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,1	,2	
	Verano	Count	7	0	7
		Expected Count	5,2	1,8	7,0
		Residual	1,8	-1,8	
		Std. Residual	,8	-1,4	
	Otoño	Count	3	2	5
		Expected Count	3,7	1,3	5,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,4	,6	
	Invierno	Count	5	3	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,4	,6	
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	

TABLA 4.2.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,595 ^a	3	,309
Likelihood Ratio	5,268	3	,153
Linear-by-Linear Association	1,017	1	,313
N of Valid Cases	23		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

TABLA 4.2.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	16	4	20
		Expected Count	14,8	5,2	20,0
		Residual	1,2	-1,2	
		Std. Residual	,3	-,5	
	Si	Count	1	2	3
		Expected Count	2,2	,8	3,0
		Residual	-1,2	1,2	
		Std. Residual	-,8	1,4	
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	

TABLA 4.2.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,946 ^b	1	,086		
Continuity Correction ^a	1,023	1	,312		
Likelihood Ratio	2,567	1	,109		
Fisher's Exact Test ^a				,155	,155
Linear-by-Linear Association	2,818	1	,093		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

TABLA 4.2.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	3	0	3
		Expected Count	2,2	,8	3,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,5	-,9	
	Dia	Count	7	3	10
		Expected Count	7,4	2,6	10,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,2	
	Tarde	Count	5	3	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,4	,6	
	Noche	Count	2	0	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
		Residual	,5	-,5	
Std. Residual		,4	-,7		
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	

TABLA 4.2.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,385 ^a	3	,497
Likelihood Ratio	3,600	3	,308
Linear-by-Linear Association	,136	1	,712
N of Valid Cases	23		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,52.

TABLA 4.2.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	8	3	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,1	
	Centros públicos	Count	8	1	9
		Expected Count	6,7	2,3	9,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,5	-,9	
	Centros privados	Count	1	2	3
		Expected Count	2,2	,8	3,0
		Residual	-1,2	1,2	
		Std. Residual	-,8	1,4	
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	
	Count				

TABLA 4.2.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,617 ^a	2	,164
Likelihood Ratio	3,413	2	,181
Linear-by-Linear Association	,522	1	,470
N of Valid Cases	23		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,78.

TABLA 4.2.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	11	4	15
		Expected Count	11,1	3,9	15,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,0	
	Cardiología	Count	6	2	8
		Expected Count	5,9	2,1	8,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	-,1	
Total	Count	17	6	23	
	Expected Count	17,0	6,0	23,0	

TABLA 4.2.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,008 ^b	1	,931		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,008	1	,931		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,666
Linear-by-Linear Association	,007	1	,932		
N of Valid Cases	23				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,09.

TABLA 4.2.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	17	13,94	16,65	4,04
	Mayores de 71	6	5,33	8,43	3,44
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	17	11:58:52	5:21:18	1:17:55
	Mayores de 71	6	15:49:50	3:28:01	1:24:55
EDAD	Menores de 70	17	55,35	14,00	3,40
	Mayores de 71	6	76,67	4,84	1,98

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,629	,216	1,200	21	,243	8,61
	Equal variances not assumed			1,623	17,734	,122	8,61
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,666	,423	-1,631	21	,118	-3:50:57
	Equal variances not assumed			-2,004	13,888	,065	-3:50:57
EDAD	Equal variances assumed	5,601	,028	-3,605	21	,002	-21,31
	Equal variances not assumed			-5,423	20,974	,000	-21,31

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	7,17	-6,30	23,52
	Equal variances not assumed	5,30	-2,55	19,77
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	2:21:37	-8:45:29	1:03:35
	Equal variances not assumed	1:55:15	-7:58:20	0:16:26
EDAD	Equal variances assumed	5,91	-33,61	-9,02
	Equal variances not assumed	3,93	-29,49	-13,14

4.3.2. **DESTINO y GENERO.-**

El Destino fue de Ingreso Hospitalario en 239 casos (57 mujeres y 182 hombres). Se podrían esperar, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 62,2 mujeres y 176,8 hombres.

Otras cuatro mujeres fueron enviadas a la R.S. La Candelaria, por tratarse de su Hospital de referencia, y de seis hombres que tomaron el mismo destino, siendo 2,6 las mujeres y 7,4 los hombres que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Asímismo, dos mujeres fallecieron en el Servicio de Urgencias, no falleciendo ningún hombre. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos permitiría esperar 0,5 en mujeres y 1,5 en hombres.

Una mujer fue trasladada a la Clínica La Colina, y cabría esperar 0,3 en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, y 0,7 hombres en la mencionada Distribución.

Cabe destacar que otros 13 enfermos (4,8%) se devolvieron a su domicilio, que fueron tres mujeres y diez hombres. Las cifras que se podrían esperar, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 3,4 mujeres y 9,6 hombres.

Se remitieron a su Centro de Salud dos pacientes (una mujer y un hombre). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaban 0,5 mujeres y 1,5 hombres. (Tabla 4.3.2).

Es más frecuente el Ingreso hospitalario en los hombres, y estadísticamente significativa esa diferencia ($p=0,01$), que en las mujeres. (Tabla 4.3.2 – 1).

4.3.3. **ESTACION y GENERO.-**

Por lo que respecta a la Estación del Año, fueron más enfermos los atendidos en Invierno, con 72 pacientes (18 mujeres y 54 hombres, y esperados 18,7 mujeres y 53,3 hombres, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia).

En Verano fueron 69 los atendidos (17 mujeres y 52 hombres), y 18 mujeres las que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Durante la Primavera acudieron 67 pacientes, siendo 19 las mujeres y 48 los hombres. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, las mujeres esperadas serían 17,4 y los hombres 49,6.

En Otoño acudieron 16 mujeres y 45 hombres (equivalentes a un 22,67% del total). Podrían esperarse, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 15,9 en mujeres y 45,1 en hombres. (Tabla 4.3.3).

En lo que se refiere al género de los enfermos y la Estación del año, en que acuden al Servicio de Urgencias, no hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0,96$) entre ellos. (Tabla 4.3.3 - 1).

4.3.4. **FESTIVO y GENERO.**-

Hay que apuntar que 200 de estos enfermos (74,34%), mujeres fueron 56 y hombres 144, acudieron al Servicio de Urgencias en día No Festivo (Coeficiente de 0,80), siendo los esperados por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 52 mujeres y 148 hombres.

Los 69 pacientes restantes son atendidos en día Festivo (Coeficiente 0,59), lo que se corresponde con 14 mujeres y 55 hombres. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperan 18 mujeres y 51 hombres. (Tabla 4.3.4).

No existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,20$) entre el Género de los enfermos, con el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, y el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo o no Festivo. (Tabla 4.3.4 - 1).

4.3.5. **MOMENTO y GENERO.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias, durante la Madrugada, 29 enfermos. Eran siete mujeres y 22 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 7,5 para las mujeres, y 21,5 para los hombres.

Durante el Día fueron 32 mujeres y 84 hombres. Se podrían esperar, en lo que se refiere a la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 30,2 en mujeres y 85,8 en hombres.

Por la Tarde fueron atendidos 69 pacientes (15 mujeres y 54 hombres). Respecto a la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 18 mujeres y 51 hombres.

De Noche se contabilizan 55 enfermos, que corresponden a 16 mujeres y a 39 hombres. Los esperados por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 14,3 respecto a mujeres, y 40,7 respecto a hombres. (Tabla 4.3.5).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,77$) entre el Momento de acudir al Servicio de Urgencias, y el Género de los pacientes que acuden. (Tabla 4.3.5 – 1).

4.3.6. **PROCEDENCIA y GENERO.**-

A su Propia Iniciativa se debió la decisión de acudir al Servicio de Urgencias en 166 pacientes, cifra que se compone de 40 mujeres, y de 126 hombres. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, un total de 43,2 respecto de las mujeres, y de 122,8 respecto de los hombres.

Desde centros sanitarios Públicos fueron derivados 77 pacientes, que son 24 mujeres y 53 hombres. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 20 mujeres y 57 hombres.

Fueron remitidos 26 enfermos (seis mujeres y 20 hombres) desde médicos o centros privados. (Tabla 4.3.6).

No existe diferencia, estadísticamente significativa, ($p=0,473$) entre la Procedencia de los enfermos y el Género de los mismos. (Tabla 4.3.6 - 1).

4.3.7. **SERVICIO y GENERO.**-

El Servicio al que correspondió el Ingreso, y/o el posterior control del enfermo, fue la Unidad Coronaria en 208 casos, que se corresponden con 45 mujeres y 163 hombres. El Servicio de Cardiología se hizo cargo de 51, lo que suponen 21 mujeres y 30 hombres. Cirugía Cardiovascular en nueve pacientes, tres mujeres y seis hombres, y Angiología y Cirugía Vascul ar a una mujer. (Tabla 4.3.7).

Es estadísticamente significativo, ($p=0,01$) el Servicio que se hace cargo del ingreso y/o posterior control de los enfermos, en relación al Género de los enfermos. Es más frecuente el ingreso, y/o posterior control, de los hombres por los servicios de Cardiología, Unidad coronaria y Cirugía Cardiovascular. (Tabla 4.3.7 – 1).

El Tiempo Medio de Estancia en Urgencias fue 7,70.

4.3.8. **EDAD y GENERO.**-

La Media de Edad de los pacientes atendidos por Cardiopatía Isquémica es de 63,77, siendo la Media de 68,39 en las mujeres y 62,15 en los hombres. La Edad tiene un Rango para las mujeres de 32 – 87, y en los hombres el Rango es de 28 – 88.

Se contabilizaron un total de 183 enfermos menores de 70 años (64,31%), de los cuales había 36 mujeres y 147 hombres. Por otra parte, había 86 pacientes mayores de 71 años (35,68%), cifra que corresponde a 34 mujeres y a 52 hombres.

Podrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 47,6 mujeres menores de 70 años y 22,4 mayores de 71. En cuanto a los hombres, del total de 199, había 147 menores de 70 años, y 52 mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 135,4 para los menores de 70 años, y 63,6 para los mayores de 71. (Tabla 4.3.8).

Es más frecuente la presencia de Cardiopatía isquémica en mujeres mayores de 71 años, y estadísticamente significativo ($p=0,0001$), con respecto a los hombres. (Tabla 4.3.8 – 1).

4.3.9. **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Hubo 161 pacientes que acudieron, por medios propios, al Servicio de urgencias. De ellos 115 eran menores de 70 años, y mayores de 71 años los 46 restantes. Cabrían esperar, por la Distribución de frecuencias en la Tabla de Contingencia, 109,5 respecto a los menores de 70 años, y 51,5 en lo referente a los mayores de 71 años.

Mediante Medios de transporte sanitario públicos accedieron al Servicio de Urgencias un total de 108 enfermos, de los cuales 68 eran menores de 70 años, y los otros 40 eran mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 73,5 en menores de 70 años, y 34,5 en mayores de 71 años. (Tabla 4.3.9).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$) entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y el hecho de que los pacientes que acuden sean mayores de 71 años, o menores de 70 años. (Tabla 4.3.9 – 1).

4.3.10. **DESTINO y EDAD.**-

Fueron ingresados un total de 239 pacientes, de ellos eran menores de 70 años 166, y otros 73 mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 162,6 en los menores de 70 años, y 76,4 en los mayores de 71 años.

A la Residencia Sanitaria La Candelaria fueron trasladados diez enfermos, eran siete menores de 70 años, y tres mayores de 71 años.

Hubo dos pacientes que fallecieron en el Servicio de Urgencias, los dos mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, los esperados son 1,4 menores de 70 años, y 0,6 mayores de 71 años.

Fue trasladado a la Clínica La Colina un enfermo mayor de 71 años, y 0,7 los menores de 70 años y 0,3 los mayores de 71, que se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

A su domicilio fueron enviados 13 enfermos, eran diez de ellos menores de 70 años y tres mayores de 71 años. Se esperaban 8,8 menores de 70 años, y 4,2 mayores de 71, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Al Hospital desde donde fueron derivados, y a su Centro de Salud, fueron remitidos dos enfermos a cada uno de ellos, ambos mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 1,4 menores de 70 años y 0,6 mayores de 71. (Tabla 4.3.10).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,016$), el Ingreso hospitalario respecto a los demás Destinos de los pacientes, en los enfermos menores de 70 años. (Tabla 4.3.10 – 1).

4.3.11. **ESTACION y EDAD.**-

Acudieron a urgencias 67 pacientes durante los meses de la Primavera, había 42 de ellos menores de 70 años, y 25 mayores de 71 años. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 45,6 en los menores de 70 años, y 21,4 en los mayores de 71 años.

En lo que se refiere al Verano, acudieron a Urgencias 69 enfermos, con 51 menores de 70 años, y 18 mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	36	125	161
		Expected Count	41,9	119,1	161,0
		Residual	-5,9	5,9	
		Std. Residual	-,9	,5	
	Medios públicos	Count	34	74	108
		Expected Count	28,1	79,9	108,0
		Residual	5,9	-5,9	
		Std. Residual	1,1	-,7	
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,794 ^b	1	,095		
Continuity Correction ^a	2,340	1	,126		
Likelihood Ratio	2,763	1	,096		
Fisher's Exact Test ^a				,119	,064
Linear-by-Linear Association	2,783	1	,095		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,10.

TABLA 4.3.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	57	182	239
		Expected Count	62,2	176,8	239,0
		Residual	-5,2	5,2	
		Std. Residual	-,7	,4	
	Residencia Candelaria	Count	4	6	10
		Expected Count	2,6	7,4	10,0
		Residual	1,4	-1,4	
		Std. Residual	,9	-,5	
	Fallecidos	Count	2	0	2
		Expected Count	,5	1,5	2,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	2,1	-1,2	
	La Colina	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	1,5	-,9	
	Domicilio	Count	3	10	13
		Expected Count	3,4	9,6	13,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,2	,1	
	Hospital	Count	2	0	2
		Expected Count	,5	1,5	2,0
		Residual	1,5	-1,5	
Std. Residual		2,1	-1,2		
Centro de Salud	Count	1	1	2	
	Expected Count	,5	1,5	2,0	
	Residual	,5	-,5		
	Std. Residual	,7	-,4		
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	16,471 ^a	6	,011
Likelihood Ratio	15,569	6	,016
Linear-by-Linear Association	1,529	1	,216
N of Valid Cases	269		

a. 10 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

TABLA 4.3.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	19	48	67
		Expected Count	17,4	49,6	67,0
		Residual	1,6	-1,6	
		Std. Residual	,4	-,2	
	Verano	Count	17	52	69
		Expected Count	18,0	51,0	69,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,2	,1	
	Otoño	Count	16	45	61
		Expected Count	15,9	45,1	61,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	,0	
Invierno	Count	18	54	72	
	Expected Count	18,7	53,3	72,0	
	Residual	-,7	,7		
	Std. Residual	-,2	,1		
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,299 ^a	3	,960
Likelihood Ratio	,297	3	,961
Linear-by-Linear Association	,127	1	,722
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,87.

TABLA 4.3.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	56	144	200
		Expected Count	52,0	148,0	200,0
		Residual	4,0	-4,0	
		Std. Residual	,5	-,3	
	Si	Count	14	55	69
		Expected Count	18,0	51,0	69,0
		Residual	-4,0	4,0	
		Std. Residual	-,9	,6	
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,584 ^b	1	,208		
Continuity Correction ^a	1,209	1	,272		
Likelihood Ratio	1,642	1	,200		
Fisher's Exact Test ^a				,265	,135
Linear-by-Linear Association	1,578	1	,209		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,96.

TABLA 4.3.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	7	22	29
		Expected Count	7,5	21,5	29,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,2	,1	
	Dia	Count	32	84	116
		Expected Count	30,2	85,8	116,0
		Residual	1,8	-1,8	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Tarde	Count	15	54	69
		Expected Count	18,0	51,0	69,0
		Residual	-3,0	3,0	
		Std. Residual	-,7	,4	
Noche	Count	16	39	55	
	Expected Count	14,3	40,7	55,0	
	Residual	1,7	-1,7		
	Std. Residual	,4	-,3		
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	
	Count				

TABLA 4.3.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,127 ^a	3	,770
Likelihood Ratio	1,146	3	,766
Linear-by-Linear Association	,021	1	,886
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,55.

TABLA 4.3.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	40	126	166
		Expected Count	43,2	122,8	166,0
		Residual	-3,2	3,2	
		Std. Residual	-,5	,3	
		Residual			
	Centros públicos	Count	24	53	77
		Expected Count	20,0	57,0	77,0
		Residual	4,0	-4,0	
		Std. Residual	,9	-,5	
		Residual			
	Centros privados	Count	6	20	26
		Expected Count	6,8	19,2	26,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,3	,2	
		Residual			
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	
	Count				

TABLA 4.3.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,496 ^a	2	,473
Likelihood Ratio	1,464	2	,481
Linear-by-Linear Association	,257	1	,612
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,77.

TABLA 4.3.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	45	163	208
		Expected Count	54,1	153,9	208,0
		Residual	-9,1	9,1	
		Std. Residual	-1,2	,7	
	Cardiología	Count	21	30	51
		Expected Count	13,3	37,7	51,0
		Residual	7,7	-7,7	
		Std. Residual	2,1	-1,3	
	Cirugía Cardiovascular	Count	3	6	9
		Expected Count	2,3	6,7	9,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,4	-,3	
Cirugía Vascular	Count	1	0	1	
	Expected Count	,3	,7	1,0	
	Residual	,7	-,7		
	Std. Residual	1,5	-,9		
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	11,257 ^a	3	,010
Likelihood Ratio	10,615	3	,014
Linear-by-Linear Association	4,181	1	,041
N of Valid Cases	269		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,26.

TABLA 4.3.7 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	70	10,51	12,03	1,44
	Hombre	199	6,70	9,64	,68
HORA DE LLEGADA	Mujer	70	12:44:02	6:14:26	0:44:45
	Hombre	199	12:48:28	6:13:56	0:26:30
EDAD	Mujer	70	68,39	11,80	1,41
	Hombre	199	62,15	12,43	,88

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	8,108	,005	2,660	267	,008	3,81
	Equal variances not assumed			2,393	101,837	,019	3,81
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,014	,907	-,085	267	,932	-0:04:25
	Equal variances not assumed			-,085	120,731	,932	-0:04:25
EDAD	Equal variances assumed	1,229	,269	3,656	267	,000	6,23
	Equal variances not assumed			3,749	126,703	,000	6,23

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,43	,99	6,63
	Equal variances not assumed	1,59	,65	6,97
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:51:58	-1:46:46	1:37:55
	Equal variances not assumed	0:52:00	-1:47:24	1:38:33
EDAD	Equal variances assumed	1,71	2,88	9,59
	Equal variances not assumed	1,66	2,94	9,53

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	36	147	183
		Expected Count	47,6	135,4	183,0
		Residual	-11,6	11,6	
		Std. Residual	-1,7	1,0	
	Mayores de 71	Count	34	52	86
		Expected Count	22,4	63,6	86,0
		Residual	11,6	-11,6	
		Std. Residual	2,5	-1,5	
Total	Count	70	199	269	
	Expected Count	70,0	199,0	269,0	

TABLA 4.3.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	11,990 ^b	1	,001		
Continuity Correction ^a	10,981	1	,001		
Likelihood Ratio	11,533	1	,001		
Fisher's Exact Test ^a				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,946	1	,001		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,38.

TABLA 4.3.8 - 1

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	115	46	161
		Expected Count	109,5	51,5	161,0
		Residual	5,5	-5,5	
		Std. Residual	,5	-,8	
	Medios públicos	Count	68	40	108
		Expected Count	73,5	34,5	108,0
		Residual	-5,5	5,5	
		Std. Residual	-,6	,9	
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,130 ^b	1	,144		
Continuity Correction ^a	1,758	1	,185		
Likelihood Ratio	2,115	1	,146		
Fisher's Exact Test ^a				,182	,093
Linear-by-Linear Association	2,122	1	,145		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 34,53.

TABLA 4.3.9 - 1

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	166	73	239
		Expected Count	162,6	76,4	239,0
		Residual	3,4	-3,4	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Residencia Candelaria	Count	7	3	10
		Expected Count	6,8	3,2	10,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Fallecidos	Count	0	2	2
		Expected Count	1,4	,6	2,0
		Residual	-1,4	1,4	
		Std. Residual	-1,2	1,7	
	La Colina	Count	0	1	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,8	1,2	
Domicilio	Count	10	3	13	
	Expected Count	8,8	4,2	13,0	
	Residual	1,2	-1,2		
	Std. Residual	,4	-,6		
Hospital	Count	0	2	2	
	Expected Count	1,4	,6	2,0	
	Residual	-1,4	1,4		
	Std. Residual	-1,2	1,7		
Centro de Salud	Count	0	2	2	
	Expected Count	1,4	,6	2,0	
	Residual	-1,4	1,4		
	Std. Residual	-1,2	1,7		
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	15,610 ^a	6	,016
Likelihood Ratio	16,710	6	,010
Linear-by-Linear Association	1,212	1	,271
N of Valid Cases	269		

a. 10 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

TABLA 4.3.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	42	25	67
		Expected Count	45,6	21,4	67,0
		Residual	-3,6	3,6	
		Std. Residual	-,5	,8	
	Verano	Count	51	18	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	4,1	-4,1	
		Std. Residual	,6	-,9	
	Otoño	Count	42	19	61
		Expected Count	41,5	19,5	61,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Invierno	Count	48	24	72
Expected Count		49,0	23,0	72,0	
Residual		-1,0	1,0		
Std. Residual		-,1	,2		
Total		Count	183	86	269
		Expected Count	183,0	86,0	269,0

TABLA 4.3.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,058 ^a	3	,560
Likelihood Ratio	2,075	3	,557
Linear-by-Linear Association	,060	1	,807
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,50.

TABLA 4.3.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	137	63	200
		Expected Count	136,1	63,9	200,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Si	Count	46	23	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,1	,2	
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,079 ^b	1	,778		
Continuity Correction ^a	,017	1	,895		
Likelihood Ratio	,079	1	,779		
Fisher's Exact Test ^a				,767	,444
Linear-by-Linear Association	,079	1	,779		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,06.

TABLA 4.3.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	21	8	29
		Expected Count	19,7	9,3	29,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Dia	Count	81	35	116
		Expected Count	78,9	37,1	116,0
		Residual	2,1	-2,1	
		Std. Residual	,2	-,3	
	Tarde	Count	47	22	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	,0	
Noche	Count	34	21	55	
	Expected Count	37,4	17,6	55,0	
	Residual	-3,4	3,4		
	Std. Residual	-,6	,8		
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,405 ^a	3	,704
Likelihood Ratio	1,384	3	,709
Linear-by-Linear Association	1,265	1	,261
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,27.

TABLA 4.3.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	120	46	166
		Expected Count	112,9	53,1	166,0
		Residual	7,1	-7,1	
		Std. Residual	,7	-1,0	
	Centros públicos	Count	48	29	77
		Expected Count	52,4	24,6	77,0
		Residual	-4,4	4,4	
		Std. Residual	-,6	,9	
	Centros privados	Count	15	11	26
		Expected Count	17,7	8,3	26,0
		Residual	-2,7	2,7	
		Std. Residual	-,6	,9	
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,809 ^a	2	,149
Likelihood Ratio	3,755	2	,153
Linear-by-Linear Association	3,661	1	,056
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,31.

TABLA 4.3.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	143	65	208
		Expected Count	141,5	66,5	208,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,1	-,2	
	Cardiología	Count	31	20	51
		Expected Count	34,7	16,3	51,0
		Residual	-3,7	3,7	
		Std. Residual	-,6	,9	
	Cirugía Cardiovascular	Count	8	1	9
		Expected Count	6,1	2,9	9,0
		Residual	1,9	-1,9	
		Std. Residual	,8	-1,1	
	Cirugía Vascular	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,4	-,6	
Total		Count	183	86	269
		Expected Count	183,0	86,0	269,0

TABLA 4.3.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,551 ^a	3	,314
Likelihood Ratio	4,174	3	,243
Linear-by-Linear Association	,980	1	,322
N of Valid Cases	269		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

TABLA 4.3.15 - 1

T-Test

Group Statistics

	EDAD2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	183	6,25	7,93	,59
	Mayores de 71	86	10,78	13,92	1,50
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	183	12:51:39	6:04:15	0:26:55
	Mayores de 71	86	12:38:04	6:34:08	0:42:30
EDAD	Menores de 70	183	57,39	9,65	,71
	Mayores de 71	86	77,35	4,85	,52

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	22,181	,000	-3,390	267	,001	-4,53
	Equal variances not assumed			-2,812	111,681	,006	-4,53
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,111	,293	,278	267	,781	0:13:35
	Equal variances not assumed			,270	155,245	,787	0:13:35
EDAD	Equal variances assumed	43,767	,000	-18,124	267	,000	-19,96
	Equal variances not assumed			-22,571	265,831	,000	-19,96

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,34	-7,17	-1,90
	Equal variances not assumed	1,61	-7,73	-1,34
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:48:53	-1:22:41	1:49:52
	Equal variances not assumed	0:50:18	-1:25:47	1:52:58
EDAD	Equal variances assumed	1,10	-22,12	-17,79
	Equal variances not assumed	,88	-21,70	-18,21

la Tabla de Contingencia, se espera 46,9 menores de 70 años, y 22,1 mayores de 71 años.

En el Otoño la cifra de pacientes fue de 61, con 42 menores de 70 años y 19 mayores de 71 años. En cuanto a la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 41,5 menores de 70 años, y 19,5 mayores de 71 años.

Fueron 72 enfermos los que llegaron a Urgencias en el Invierno, eran menores de 70 años 48 de ellos, y 24 mayores de 71 años. Las cifras que podrían esperarse por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 49 menores de 70 años y 23 mayores de 71 años. (Tabla 4.3.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,560$) entre la Estación del año en que acuden al Servicio de Urgencias y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos diagnosticados de Cardiopatía Isquémica. (Tabla 4.3.11 – 1).

4.3.12. **FESTIVO y EDAD.**-

En día No festivo acudieron al Servicio de Urgencias 200 enfermos, eran menores de 70 años 137 de ellos y 63 mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 136,1 en menores de 70 años, y 63,9 en mayores de 71 años.

Acudieron a Urgencias en día Festivo 69 pacientes, eran 46 menores de 70 años, y los 23 restantes mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, nos permitiría esperar 46,9 menores de 70 años y 22,1 mayores de 71 años. (Tabla 4.3.12).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,778$), entre el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o No festivo, y la edad mayor de 71 años, o menor de 70 de los pacientes que acuden por esta patología. (Tabla 4.3.12 – 1).

4.3.13. **MOMENTO y EDAD.**-

De los 29 enfermos que acudieron de Madrugada al Servicio de Urgencias, había 21 menores de 70 años, y ocho mayores de 71 años. Los esperados, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 19,7 menores de 70 años, y 9,3 mayores de 71 años.

Durante las horas del Día acudieron a Urgencias 116 pacientes, de ellos 81 eran menores de 70 años, y 35 mayores de 71. Se esperaban en la Distribución de Frecuencias, en la tabla de contingencia, 78,9 y 37,1 respectivamente.

Por la Tarde hubo 69 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias, menores de 70 años 47 de ellos, y 22 mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia nos muestra que cabrían esperar 46,9 menores de 70 años, y 22,1 mayores de 71.

Hubo 55 pacientes que accedieron a Urgencias durante la Noche, 34 menores de 70 años y 21 mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos permitía esperar 37,4 menores de 70 años y 17,6 mayores de 71 años. (tabla 4.3.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,704$) entre el Momento de acudir al Servicio de Urgencias y la edad de los pacientes, mayores de 71 años o menores de 70 años. (Tabla 4.3.13 – 1).

4.3.14. **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Al cruzar estas dos variables, se observan 166 pacientes que acuden a Urgencias por Iniciativa propia. De ellos 120 son menores de 70 años, y 46 mayores de 71 años. Se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 112,9 menores de 70 años, y 53,1 mayores de 71 años.

Desde Centros sanitarios públicos fueron remitidos 77 enfermos, de ellos 48 menores de 70 años, y 29 mayores de 71 años. Se esperaban, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 52,4 menores de 70 años y 24,6 mayores de 71 años.

Por lo que se refiere a los pacientes que fueron derivados desde Centros o médicos privados, se cuentan 26 de ellos. Hay 15 pacientes menores de 70 años, y 11 mayores de 71 años. Los esperados, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 17,7 y 8,3 respectivamente. (Tabla 4.3.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p>0,05$) entre la Procedencia de los enfermos y la edad de los mismos, menor de 70 años, o mayor de 71 años. (Tabla 4.3 14 – 1).

4.3.15. **SERVICIO y EDAD.**-

En la Unidad Coronaria fueron ingresados 208 enfermos, menores de 70 años eran 113 de ellos y mayores de 71 los 65 restantes. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia 141,5 para los menores de 70 años, y 66,5 para los mayores de 71 años.

El Servicio de Cardiología se hizo cargo del ingreso, y/o control posterior, de 51 pacientes de los cuales había 31 menores de 70 años, y 20 mayores de 71 años. Se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 34,7 menores de 70 años, y 16,3 mayores de 71 años.

En el Servicio de Cirugía Cardiovascular fueron ingresados nueve enfermos, de ellos ocho eran menores de 70 años, y uno mayor de 71. En cuanto a la Distribución de Frecuencias, en Tabla de contingencia, podrían esperarse 6,1 menores de 70 años y 2,9 mayores de 71.

El Servicio de Angiología y Cirugía vascular fue ingresado un paciente, menor de 70 años. (Tabla 4.3.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,314$), entre el Servicio que se hace cargo de los enfermos, y el que dichos enfermos sean menores de 70 años, o mayores de 71.(Tabla 4.3.15 – 1).

4.4. VALVULOPATIAS.-

El diagnóstico de afección valvular se le dio a 18 pacientes (0,02% del total de urgencias atendidas, y 2% de este estudio) hubo ocho mujeres (44,4%) y diez hombres (55,6%).(Tabla 4.4).

4.4.1. FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Se contabilizaron 11 enfermos que accedieron por sus Propios Medios (ocho hombres y tres mujeres). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 4,9 para mujeres y 6,1 para los hombres.

Mediante Medios Públicos accedieron los siete restantes(cinco mujeres y dos hombres). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar para mujeres 3,1 y para hombres 3,9. (Tabla 4.4.1).

No se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,066$) entre la forma de acceso al Servicio de Urgencias y el género de los enfermos. (Tabla 4.4.1 – 1).

4.4.2. **DESTINO y GENERO.-**

Fueron ingresados 16 pacientes (88,9%), de los cuales siete eran mujeres y nueve hombres. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 7,1 en mujeres y 8,9 en hombres.

A la Residencia Sanitaria La Candelaria fue trasladado un paciente hombre, mientras que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 0,4 mujeres y 0,6 hombres.

Hubo una mujer que fue remitida a su domicilio, y se podría esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 0,4 mujeres y 0,6 hombres. (Tabla 4.4.2).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,358$), entre el Destino que tomaron los enfermos y el Género de ellos. (Tabla 4.4.2 – 1).

4.4.3. **ESTACION y GENERO.-**

Acudieron al Servicio de Urgencias en Primavera siete pacientes (tres mujeres y cuatro hombres) y en Otoño otros siete pacientes (cuatro mujeres y tres hombres). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 3,1 mujeres y 3,9 hombres, en cada una de estas estaciones.

Con este diagnóstico fueron atendidos dos pacientes en Verano (dos hombres) y otros dos en Invierno (una mujer y un hombre), correspondiendo a cada uno de ellos el 38,9%. Se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, para las mujeres 0,9 y 1,1 para los hombres en estas estaciones. (Tabla 4.4.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,554$) entre la Estación del año y el género de los pacientes atendidos en cada una de ellas. (Tabla 4.4.3 – 1).

4.4.4. **FESTIVO y GENERO.-**

En día No Festivo se desplazaron 13 pacientes (72,2% y Coeficiente 0,15), lo que corresponde a cinco mujeres y ocho hombres, y los otros cinco en día Festivo (Coeficiente 0,04), que son tres mujeres y dos hombres.

Eran 5,8 la cifra que cabría esperar para mujeres en día No festivo, y de 7,2 para hombres. Por la distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, se podrían esperar 2,2 mujeres en día Festivo, y 2,8 hombres. (Tabla 4.4.4).

No se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,410$) entre el género de los pacientes, y el acudir al Servicio de Urgencias en día festivo, o no festivo. (Tabla 4.4.4 – 1).

4.4.5. **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

La llegada al Servicio de Urgencias fue más habitual durante el Día, al igual que en los grupos anteriores, con nueve pacientes. Había seis mujeres y tres hombres. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podrían esperar cuatro mujeres y cinco hombres.

Acudieron por la Tarde ocho enfermos, lo que corresponde a dos mujeres y a seis hombres. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 3,6 mujeres y 4,4 hombres.

Por la Noche accedió un hombre, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 0,4 en mujeres y 0,6 en hombres. La Hora Media de llegada a Urgencias fue las 15:21. (Tabla 4.4.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,148$) entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias y el Género de los enfermos. (Tabla 4.4.5 – 1).

4.4.6. **PROCEDENCIA y GENERO.-**

Por Iniciativa Propia acudieron diez pacientes (55,6%). De ellos dos eran mujeres y los otros ocho hombres. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 4,4 mujeres y 5,6 hombres.

Llegaron remitidos desde Centro Públicos siete enfermos (tres desde el Centro de Salud y cuatro desde su Hospital de referencia), lo que equivale al 38,9%. Mujeres eran cinco de estos enfermos, y hombres los dos restantes. Las cifras que cabrían esperar, mediante la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran de 3,1 respecto de las mujeres y de 3,9 en los hombres.

Desde un Centro Privado fue enviada una mujer, y por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, lo esperado eran 0,4 mujeres y 0,6 hombres. (Tabla 4.4.6).

Existe diferencia próxima a la significación ($p=0,057$) entre la Procedencia de los enfermos y el Género de los mismos, siendo más frecuente la Iniciativa propia en los hombres que en las mujeres. (Tabla 4.4.6 – 1).

4.4.7. **SERVICIO y GENERO.**-

Fueron ingresados en la Unidad Coronaria diez enfermos, de los cuales tres eran mujeres y siete hombres. Las cifras que cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 4,4 para las mujeres y de 5,6 para los hombres.

Pasaron a control por el Servicio de Cardiología tres enfermos, lo que corresponde a dos mujeres y un hombre. En la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 1,3 mujeres y 1,7 hombres.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular recibió el Ingreso, y/o posterior control, de otros cinco enfermos, dónde tres eran mujeres y dos hombres. Las cifras que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran de 2,2 mujeres y 2,8 hombres. (Tabla 4.4.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,380$), entre el Servicio en el que fueron ingresados, o controlados posteriormente, los enfermos y el género de dichos pacientes. (Tabla 4.4.7 – 1).

4.4.8. **EDAD y GENERO.**-

La Media de Edad es de 62,17, siendo 60,00 la Media en las mujeres y 63,90 en los hombres. Con un Rango de 31 – 82 para las mujeres, y es de 40 – 80 para los hombres.

Hay 11 pacientes menores de 70 años (cinco mujeres y seis hombres) y siete pacientes mayores de dicha edad (tres mujeres y cuatro hombres). Con un Rango que abarca entre 31 – 82 para las mujeres, y de 40 – 80 para los hombres.

Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, las cifras que cabrían esperar eran las de 4,9 para las mujeres menores de 70 años, y de 3,1 para las

mayores de 71 años. Para los hombres se podrían esperar 6,1 menores de 70 años, y 3,9 mayores de 71 años. (Tabla 4.4.8).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,914$) entre la Edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos y el Género de los pacientes. (Tabla 4.4.8 – 1).

4.4.9. **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Por sus Propios medios acudieron al Servicio de Urgencias 11 pacientes, había siete menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 6,7 menores de 70 años, y 4,3 mayores de 71 años.

Mediante medios de transporte sanitario público acudieron cuatro enfermos, menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Se podrían esperar 4,3 menores de 70 años y 2,7 mayores de 71 por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.4.9).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,237$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y la edad de los enfermos, mayores de 71 años o menores de 70 años. (Tabla 4.4.9 – 1).

4.4.10. **DESTINO y EDAD.**-

De los 16 enfermos que fueron ingresados, había diez que eran menores de 70 años, y seis mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 9,8 menores de 70 años y 6,2 mayores de 71 años.

Era mayor de 71 años el paciente trasladado a la Residencia Sanitaria La Candelaria, mientras que cabrían esperar, en la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, 0,6 menores de 70 años, y 0,4 mayores de 71 años.

Sin embargo, tenía menos de 70 años aquel enfermo que fue remitido a su domicilio. Al igual que en el caso anterior, se podrían esperar 0,6 menores de 70 años, y 0,4 mayores de 71 años, en la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia. (Tabla 4.4.10).

Entre el Destino de los pacientes y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,240$). (Tabla 4.4.10 – 1).

4.4.11. **ESTACION y EDAD.**-

De los siete enfermos que acudieron en Primavera había cuatro, que eran menores de 70 años, y otros tres mayores de 71 años. Las cifras que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, suponían 4,3 menores de 70 años, y 2,7 mayores de 71 años.

En el Verano fueron atendidos dos enfermos, uno menor de 70 años y el otro mayor de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 1,2 y 0,8 respectivamente, para menores de 70 años y mayores de 71.

Hubo otros siete pacientes que accedieron al Servicio de Urgencias en el Otoño, menores de 70 años eran cuatro de ellos, y mayores de 71 los tres restantes. Las cifras que cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias son iguales a las que se esperaban en la Primavera.

Los dos enfermos que acudieron en Invierno eran menores de 70 años. En la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, eran esperados 1,2 menores de 70 años y 0,8 mayores de 71 años. (Tabla 4.4.11).

Entre la Estación del año, en que acudieron a Urgencias los enfermos, y la edad de los pacientes (menores de 70 años ó mayores de 71) no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,689$). (Tabla 4.4.11 – 1).

4.4.12. **FESTIVO y EDAD.**-

En día No festivo acudieron al Servicio de Urgencias 13 enfermos, de los cuales siete eran menores de 70 años, y los otros cuatro mayores de 71 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 7,9 menores de 70 años y 5,1 mayores de 71 años.

Los cinco pacientes restantes fueron en día Festivo, había cuatro menores de 70 años y uno mayor de 71 años. Las cifras que cabrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 3,1 menores de 70 años y 1,9 mayores de 71 años. (Tabla 4.4.12).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,308$), entre el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo o no Festivo, y la edad de los pacientes, menores de 70 años o mayores de 71 años. (Tabla 4.4.12 – 1).

4.4.13. **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Acudieron nueve enfermos durante las horas del Día (8-15 horas), de estos enfermos cinco eran menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, cabría esperar 5,5 menores de 70 años y 3,5 mayores de 71 años.

Por la Tarde acudieron cinco pacientes menores de 70 años y tres mayores de 71 años. Las cifras que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, eran de 4,9 y 3,1, respectivamente, para menores de 70 años y mayores de 71 años.

En la Noche tan sólo acudió un enfermo, menor de 70 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 0,6 menores de 70 años y 0,4 mayores de 71 años. (Tabla 4.4.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,684$), entre la edad de los enfermos, menores de 70 años o mayores de 71 años, y el Momento de llegada al Servicio de Urgencias. (Tabla 4.4.13 – 1).

4.4.14. **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Acudieron por su Propia Iniciativa diez pacientes, de ellos seis tenían menos de 70 años y cuatro eran mayores de 71. Lo esperado, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 6,1 para los menores de 70 años, y 3,9 en mayores de 71 años.

Fueron siete pacientes los remitidos desde Centros Sanitarios Públicos, había cuatro menores de 70 años y tres mayores de 71 años. Cabrían esperar 4,3 menores de 70 años y 2,7 mayores de 71 en la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia.

Finalmente, fue derivado desde un Centro Privado un enfermo menor de 70 años, siendo 0,6 lo que cabría esperar para menores de 70 años y 0,4 para mayores de 71 en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.4.14).

Tampoco existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,709$), entre la Procedencia de los enfermos, y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los pacientes. (Tabla 4.4.15 – 1).

4.4.15. **SERVICIO y EDAD.**-

En la Unidad Coronaria fueron ingresados diez pacientes, había siete que eran menores de 70 años y tres mayores de 71 años. Las cifras que se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la tabla de Contingencia, eran de 6,1 menores de 70 años, y 3,9 mayores de 71 años.

De los tres enfermos que pasaron al Servicio de Cardiología, se encontraban dos menores de 70 años y uno mayor de 71, siendo lo que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia 1,8 menores de 70 años, y 1,2 mayores de 71 años.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó del ingreso, y/o posterior control, de cinco enfermos. Encontrándose dos menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, eran 3,1 menores de 70 años y 1,9 mayores de 71 años. (Tabla 4.4.15).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,520$), al comparar el Servicio en al que son enviados los pacientes con la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos. (Tabla 4.4.15 – 1).

4.5. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTI- CONGESTIVA.-

Con el Diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva y Edema agudo de Pulmón fueron clasificados 79 pacientes (equivalente al 0,12% de las urgencias atendidas en el HUC y al 8,81% del presente trabajo), 34 mujeres y 45 hombres. La Hora media en que acudieron al Servicio de Urgencias fue las 12:21. (Tabla 4.5).

4.5.1. **FORMA DE ACCESO y GENERO.**-

Llegaron 28 mujeres, y 30 hombres, por Medios Propios. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 25 mujeres y 33 hombres.

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	3	8	11
		Expected Count	4,9	6,1	11,0
		Residual	-1,9	1,9	
		Std. Residual	-,9	,8	
	Medios públicos	Count	5	2	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		Residual	1,9	-1,9	
		Std. Residual	1,1	-1,0	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,378 ^b	1	,066		
Continuity Correction ^a	1,826	1	,177		
Likelihood Ratio	3,464	1	,063		
Fisher's Exact Test ^a				,145	,088
Linear-by-Linear Association	3,190	1	,074		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,11.

TABLA 4.4.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	7	9	16
		Expected Count	7,1	8,9	16,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,0	
	Residencia Candelaria	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,7	,6	
	Domicilio	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,8	-,7	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	
	Count				

TABLA 4.4.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,053 ^a	2	,358
Likelihood Ratio	2,801	2	,247
Linear-by-Linear Association	1,060	1	,303
N of Valid Cases	18		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

TABLA 4.4.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	3	4	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Verano	Count	0	2	2
		Expected Count	,9	1,1	2,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,9	,8	
	Otoño	Count	4	3	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,5	-,5	
	Invierno	Count	1	1	2
		Expected Count	,9	1,1	2,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,1	-,1	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,089 ^a	3	,554
Likelihood Ratio	2,837	3	,418
Linear-by-Linear Association	,271	1	,603
N of Valid Cases	18		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,89.

TABLA 4.4.3 -1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	5	8	13
		Expected Count	5,8	7,2	13,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,3	,3	
	Si	Count	3	2	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,5	-,5	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,678 ^b	1	,410		
Continuity Correction ^a	,087	1	,769		
Likelihood Ratio	,677	1	,411		
Fisher's Exact Test ^a				,608	,382
Linear-by-Linear Association	,641	1	,423		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,22.

TABLA 4.4.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	6	3	9
		Expected Count	4,0	5,0	9,0
		Residual	2,0	-2,0	
		Std. Residual	1,0	-,9	
	Tarde	Count	2	6	8
		Expected Count	3,6	4,4	8,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,8	,7	
	Noche	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,7	,6	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,825 ^a	2	,148
Likelihood Ratio	4,276	2	,118
Linear-by-Linear Association	3,547	1	,060
N of Valid Cases	18		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

TABLA 4.4.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	2	8	10
		Expected Count	4,4	5,6	10,0
		Residual	-2,4	2,4	
		Std. Residual	-1,2	1,0	
	Centros públicos	Count	5	2	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		Residual	1,9	-1,9	
		Std. Residual	1,1	-1,0	
	Centros privados	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,8	-,7	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	5,734 ^a	2	,057
Likelihood Ratio	6,347	2	,042
Linear-by-Linear Association	5,296	1	,021
N of Valid Cases	18		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

TABLA 4.4.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	3	7	10
		Expected Count	4,4	5,6	10,0
		Residual	-1,4	1,4	
		Std. Residual	-,7	,6	
	Cardiología	Count	2	1	3
		Expected Count	1,3	1,7	3,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,6	-,5	
	Cirugía Cardiovascular	Count	3	2	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,5	-,5	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,935 ^a	2	,380
Likelihood Ratio	1,964	2	,375
Linear-by-Linear Association	,928	1	,335
N of Valid Cases	18		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,33.

TABLA 4.4.7 - 1

EDAD * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	5	6	11
		Expected Count	4,9	6,1	11,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,1	,0	
	Mayores de 71	Count	3	4	7
		Expected Count	3,1	3,9	7,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
Total	Count	8	10	18	
	Expected Count	8,0	10,0	18,0	

TABLA 4.4.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,012 ^b	1	,914		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,012	1	,914		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,648
Linear-by-Linear Association	,011	1	,916		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,11.

TABLA 4.4.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	8	5,38	4,90	1,73
	Hombre	10	8,30	12,92	4,09
HORA DE LLEGADA	Mujer	8	13:01:22	4:13:17	1:29:33
	Hombre	10	17:14:06	4:59:32	1:34:43
EDAD	Mujer	8	60,00	17,06	6,03
	Hombre	10	63,90	15,59	4,93

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,402	,254	-,604	16	,555	-2,93
	Equal variances not assumed			-,659	12,025	,522	-2,93
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,413	,530	-1,901	16	,075	-4:12:43
	Equal variances not assumed			-1,939	15,923	,070	-4:12:43
EDAD	Equal variances assumed	,084	,776	-,506	16	,620	-3,90
	Equal variances not assumed			-,501	14,456	,624	-3,90

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,85	-13,20	7,35
	Equal variances not assumed	4,44	-12,59	6,74
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	2:12:56	-8:54:32	0:29:05
	Equal variances not assumed	2:10:21	-8:49:10	0:23:43
EDAD	Equal variances assumed	7,71	-20,24	12,44
	Equal variances not assumed	7,79	-20,56	12,76

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	7	4	11
		Expected Count	6,7	4,3	11,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Medios públicos	Count	4	3	7
		Expected Count	4,3	2,7	7,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,2	
Total		Count	11	7	18
		Expected Count	11,0	7,0	18,0

TABLA 4.4.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,076 ^b	1	,783		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,076	1	,783		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,583
Linear-by-Linear Association	,072	1	,789		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,72.

TABLA 4.4.9 - 1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	15,610 ^a	6	,016
Likelihood Ratio	16,710	6	,010
Linear-by-Linear Association	1,212	1	,271
N of Valid Cases	269		

a. 10 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

TABLA 4.3.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	42	25	67
		Expected Count	45,6	21,4	67,0
		Residual	-3,6	3,6	
		Std. Residual	-,5	,8	
	Verano	Count	51	18	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	4,1	-4,1	
		Std. Residual	,6	-,9	
	Otoño	Count	42	19	61
		Expected Count	41,5	19,5	61,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Invierno	Count	48	24	72
Expected Count		49,0	23,0	72,0	
Residual		-1,0	1,0		
Std. Residual		-,1	,2		
Total		Count	183	86	269
		Expected Count	183,0	86,0	269,0

TABLA 4.3.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,058 ^a	3	,560
Likelihood Ratio	2,075	3	,557
Linear-by-Linear Association	,060	1	,807
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,50.

TABLA 4.3.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	137	63	200
		Expected Count	136,1	63,9	200,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Si	Count	46	23	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,1	,2	
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,079 ^b	1	,778		
Continuity Correction ^a	,017	1	,895		
Likelihood Ratio	,079	1	,779		
Fisher's Exact Test ^a				,767	,444
Linear-by-Linear Association	,079	1	,779		
N of Valid Cases	269				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,06.

TABLA 4.3.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	21	8	29
		Expected Count	19,7	9,3	29,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Dia	Count	81	35	116
		Expected Count	78,9	37,1	116,0
		Residual	2,1	-2,1	
		Std. Residual	,2	-,3	
	Tarde	Count	47	22	69
		Expected Count	46,9	22,1	69,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	,0	
Noche	Count	34	21	55	
	Expected Count	37,4	17,6	55,0	
	Residual	-3,4	3,4		
	Std. Residual	-,6	,8		
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,405 ^a	3	,704
Likelihood Ratio	1,384	3	,709
Linear-by-Linear Association	1,265	1	,261
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,27.

TABLA 4.3.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	120	46	166
		Expected Count	112,9	53,1	166,0
		Residual	7,1	-7,1	
		Std. Residual	,7	-1,0	
	Centros públicos	Count	48	29	77
		Expected Count	52,4	24,6	77,0
		Residual	-4,4	4,4	
		Std. Residual	-,6	,9	
	Centros privados	Count	15	11	26
		Expected Count	17,7	8,3	26,0
		Residual	-2,7	2,7	
		Std. Residual	-,6	,9	
Total	Count	183	86	269	
	Expected Count	183,0	86,0	269,0	

TABLA 4.3.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,809 ^a	2	,149
Likelihood Ratio	3,755	2	,153
Linear-by-Linear Association	3,661	1	,056
N of Valid Cases	269		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,31.

TABLA 4.3.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	143	65	208
		Expected Count	141,5	66,5	208,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,1	-,2	
	Cardiología	Count	31	20	51
		Expected Count	34,7	16,3	51,0
		Residual	-3,7	3,7	
		Std. Residual	-,6	,9	
	Cirugía Cardiovascular	Count	8	1	9
		Expected Count	6,1	2,9	9,0
		Residual	1,9	-1,9	
		Std. Residual	,8	-1,1	
	Cirugía Vascular	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,4	-,6	
Total		Count	183	86	269
		Expected Count	183,0	86,0	269,0

TABLA 4.3.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,551 ^a	3	,314
Likelihood Ratio	4,174	3	,243
Linear-by-Linear Association	,980	1	,322
N of Valid Cases	269		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.

TABLA 4.3.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	183	6,25	7,93	,59
	Mayores de 71	86	10,78	13,92	1,50
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	183	12:51:39	6:04:15	0:26:55
	Mayores de 71	86	12:38:04	6:34:08	0:42:30
EDAD	Menores de 70	183	57,39	9,65	,71
	Mayores de 71	86	77,35	4,85	,52

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	22,181	,000	-3,390	267	,001	-4,53
	Equal variances not assumed			-2,812	111,681	,006	-4,53
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,111	,293	,278	267	,781	0:13:35
	Equal variances not assumed			,270	155,245	,787	0:13:35
EDAD	Equal variances assumed	43,767	,000	-18,124	267	,000	-19,96
	Equal variances not assumed			-22,571	265,831	,000	-19,96

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,34	-7,17	-1,90
	Equal variances not assumed	1,61	-7,73	-1,34
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:48:53	-1:22:41	1:49:52
	Equal variances not assumed	0:50:18	-1:25:47	1:52:58
EDAD	Equal variances assumed	1,10	-22,12	-17,79
	Equal variances not assumed	,88	-21,70	-18,21

Mediante medios de transporte sanitario Público accedieron al Servicio de Urgencias seis mujeres y 15 hombres. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran nueve mujeres y 12 hombres. (Tabla 4.5.1).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,118$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y el Género de los enfermos. (Tabla 4.5.1 – 1).

4.5.2. **DESTINO y GENERO.-**

Fueron ingresados 65 pacientes, siendo 28 mujeres y 37 hombres. Estas cifras coinciden con las que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Hubo dos mujeres que se trasladaron a la Residencia Sanitaria La Candelaria. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 0,9 en mujeres y 1,1 en hombres.

Falleció un hombre. En este caso lo que se podría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, era 0,4 respecto de las mujeres y 0,6 respecto de los hombres.

Otros nueve enfermos fueron enviados a sus domicilios, siendo dos las mujeres y siete los hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, lo esperado era 3,9 para las mujeres y 5,1 para los hombres.

Al Hospital desde donde fue derivada se trasladó una mujer. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperarían 0,4 en las mujeres y 0,6 en los hombres.

Finalmente, a otra mujer se remitió a su Centro de Salud y lo que nos haría esperar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia, era también 0,4 y 0,6 en mujeres y hombres, respectivamente. (Tabla 4.5.2).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,111$), entre el Destino que tomaron los pacientes y el Género de los mismos (Tabla 4.5.2 – 1).

4.5.3. **ESTACION y GENERO.-**

En lo referente a la Estación del año, se presentaron 26 enfermos en la Primavera (32,41%) de los cuales había diez mujeres y 16 hombres. Lo que se podría

esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 11,2 en las mujeres y 14,8 en los hombres.

Otros 14 en el Verano (16,90%), que corresponden a seis mujeres y ocho hombres, y coinciden con lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

En el Otoño lo hicieron 24 pacientes (32,39%), diez mujeres y 14 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 10,3 para mujeres y 13,7 para hombres.

Durante el Invierno lo hicieron 15 enfermos (18,30%) y de ellos ocho eran mujeres, y siete hombres. Cifras de 6,5 mujeres y 8,5 hombres eran las esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.5.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,828$), entre la Estación en que acuden los pacientes y el Género de éstos enfermos (Tabla 4.5.3 – 1).

4.5.4. **FESTIVO y GENERO.**-

En día No festivo acudieron 57 enfermos (Coeficiente de 0,22), de los cuales 21 eran mujeres y 36 hombres. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podría esperar 24,5 en mujeres y 32,4 en hombres.

En día Festivo fueron 22 pacientes (Coeficiente de 0,18) los que acudieron al Servicio de Urgencias, tratándose de 13 mujeres y nueve hombres. Lo que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, era 9,5 para las mujeres y 12,5 para los hombres. (Tabla 4.5.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,073$), entre el hecho de acudir a urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los enfermos. (Tabla 4.5.4 – 1).

4.5.5. **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.**-

El Momento de acudir al servicio de Urgencias fue en 38 casos durante el Día (49,29%), haciéndolo 17 mujeres y 21 hombres, siendo 16,4 lo que cabría esperar para las mujeres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, y 21,6 en los hombres.

Por la Tarde lo hicieron 22 enfermos (25,35%), siendo diez mujeres y 12 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 9,5 en mujeres y 12,5 en hombres.

Durante la Noche fueron ocho pacientes (8,45%), cinco mujeres y tres hombres, siendo 3,4 mujeres y 4,6 hombres lo esperado en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Y los otros 12 de Madrugada (16,90%), lo que corresponde a dos mujeres y a nueve hombres. Las cifras que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponían 4,7 en las mujeres y 6,3 en los hombres. (Tabla 4.5.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,250$), entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias y el Género de los enfermos. (Tabla 4.5.5 – 1).

4.5.6. **PROCEDENCIA y GENERO.**-

Por Propia Iniciativa acudieron 56 enfermos, 23 mujeres y 33 hombres. Podrían esperarse en la Distribución de frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 24,1 en las mujeres y 31,9 en los hombres.

Desde centros Sanitarios Públicos fueron remitidos 18 pacientes, siendo ocho las mujeres y diez los hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 7,7 para las mujeres y 10,3 para los hombres.

Hubo cinco enfermos, que fueron derivados desde Centros privados, de los cuales tres eran mujeres y dos hombres. Puede esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia, en mujeres 2,2 y en hombres 2,8. (Tabla 4.5.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,708$), entre la Procedencia de los pacientes y el Género de dichos enfermo (Tabla 4.5.6 – 1).

4.5.7. **SERVICIO y GENERO.**-

En la Unidad Coronaria fueron ingresados 49 enfermos, 22 mujeres y 27 hombres, siendo 21,1 la cifra esperada para las mujeres en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y 27,9 para los hombres.

Los 30 pacientes restantes pasaron al control del Servicio de Cardiología, había 12 mujeres y 18 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 12,9 en mujeres y 17,1 en hombres. (Tabla 4.5.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,670$), entre el Servicio en el que son ingresados, y/o controlados, los enfermos y el Género de los pacientes. (Tabla 4.5.7 – 1).

4.5.8. **EDAD y GENERO.**-

La Media de Edad fue de 67,06, teniendo las mujeres una Media de 67,79 y los hombres 66,33. observándose 49 menores de 70 años (25 mujeres y 24 hombres), y 30 mayores de dicha edad (nueve mujeres y 21 hombres). El Rango de edad para las mujeres es de 37-85, y para los hombres de 27-87.

Podrían esperarse 21,1 en las mujeres menores de 70 años, y 27,9 en los hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. Para las mujeres mayores de 71 años cabría esperar 12,9 en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, y 17,1 para los hombres mayores de esa edad. (Tabla 4.5.8).

Es más frecuente, y estadísticamente próximo a la significación ($p=0,06$), la presencia de hombres mayores de 71 años diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca Congestiva, que de mujeres mayores de esa edad. También es más frecuente que en los hombres y las mujeres menores de 70. (Tabla 4.5.8 – 1).

4.5.9. **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias, por Medios propios, 37 enfermos menores de 70 años y 21 mayores de 71 años. Las cifras que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 36 menores de 70 años y 22 mayores de 71.

Mediante Medios de Transporte Sanitario Público fueron 21 los pacientes que acudieron. De estos enfermos 12 eran menores de 70 años, y nueve mayores de 71 años. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaba 13 menores de 70 años y nueve mayores de 71 años. (Tabla 4.5.9).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,591$), entre la Forma de Acceso al Servicio de urgencias y la Edad de los enfermos, menores de 70 años, o mayores de 71 años. (Tabla 4.5.9 – 1).

4.5.10. **DESTINO y EDAD.**-

Ingresaron 65 pacientes, 40 de ellos menores de 70 años, y 25 mayores de 71 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, a 40,3 en menores de 70 años, y a 24,7 en mayores de 71 años.

A la Residencia Sanitaria N. S. de la Candelaria fueron derivados dos enfermos, ambos menores de 70 años. Lo esperado, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 1,2 en los menores de 70 años, y 0,8 en los mayores de 71 años.

Un paciente, mayor de 71 años, falleció en el Servicio de urgencias. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 0,4 mayores de 71 años, y 0,6 menores de 70 años.

Un total de nueve pacientes se enviaron a sus domicilios, correspondiendo a cinco menores de 70 años, y a cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaban 5,6 para menores de 70 años, y 3,4 para mayores de 71.

Al Hospital, desde donde fueron enviados, se trasladó a un paciente menor de 70 años. Lo que se podría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, era 0,6 en menores de 70 años, y 0,4 en mayores de 71 años.

Por último, se remitió a un enfermo a su Centro de Salud. Las cifras que se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran de 0,6 para los menores de 70 años, y 0,4 para los mayores de 71 años. (Tabla 4.5.10).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,514$), entre el Destino que tomaron los enfermos y la Edad de los mismos, menores de 70 años, o mayores de 71 años. (Tabla 4.5.10 – 1).

4.5.11. **ESTACION y EDAD.**-

De los 26 enfermos que acudieron en Primavera, había 16 menores de 70 años, y diez mayores de 71 años. Lo esperado en la Distribución de frecuencias, en la Tabla

de Contingencia, eran 16,1 en los menores de 70 años, y 9,9 en los mayores de 71 años.

Durante el verano fueron nueve los enfermos menores de 70 años, y cinco los mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 8,7 menores de 70 años y 5,3 mayores de 71 años.

En el Otoño hubo 14 enfermos menores de 70 años, y diez mayores de 71 años. Cifras de 14,9 y 9,1 eran las que se podrían esperar para menores de 70 años, y para mayores de 71, respectivamente, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Finalmente, fueron 15 los enfermos que acudieron en Invierno, siendo diez los menores de 70 años, y cinco los mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar a 9,3 menores de 70 años, y 5,7 mayores e 71 años. (Tabla 4.5.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,958$), entre el Estación del año y la edad, menor de 70 años o mayor de 71, de los enfermos. (Tabla 4.5.11 – 1).

4.5.12. **FESTIVO y EDAD.**-

Acudieron 37 enfermos menores de 70 años, y 20 mayores de 71, en día no Festivo. Cabrían esperar 35,4 menores de 70 años, y 21,6 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

En día Festivo fueron 22 los enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias, siendo 12 menores de 70 años y diez mayores de 71 años. Podría esperarse 13,6 menores de 70 años, y 8,4 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.5.12).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,395$) entre el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y la edad de los enfermos, menores de 70 años, o mayores de 71 años. (Tabla 4.5.12 – 1).

4.5.13. **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Acudieron 11 pacientes de Madrugada, siendo cinco menores de 70 años, y seis mayores de 71 años.

Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 6,8 para los menores de 70 años y 4,2 para los mayores de 71 años.

Durante las horas de Día fueron 26 los menores de 70 años, y 12 los mayores de 71. Las cifras esperadas, según la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, suponían 23,6 en menores de 70 años y 14,4 en mayores de 71 años.

Fueron 14 los pacientes menores de 70 años que acudieron por la Tarde, y ocho los mayores de 71 que accedieron en es momento del día. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 13,6 y 8,4 respectivamente para menores de 70 años, o mayores de 71 años.

Otros ocho pacientes acudieron de Noche, siendo cuatro de ellos menores de 70 años y otros cuatro mayores de 71 años. Podrían esperarse cinco menores de 70 años, y tres mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.5.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,483$), entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias y la edad de los pacientes, mayores de 71 años, o menores de 70 años. (Tabla 4.5.13 – 1).

4.5.14. **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Por Iniciativa Propia acudieron al Servicio de Urgencias 36 enfermos menores de 70 años, y 20 mayores de 71 años. Los esperados, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, serían 34,7 en menores de 70 años, y 21,3 en mayores de 71.

Derivados desde Centros Sanitarios Públicos fueron 18 pacientes (nueve menores de 70 años y nueve mayores de 71 años), siendo 11,2 los menores de 70 años esperados en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y 6,8 los mayores de 71 en la citada Distribución.

Finalmente, hubo cinco pacientes que venían trasladados desde Centros Privados, correspondiendo a cuatro menores de 70 años y uno mayor de 71 años. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 3,1 en los menores de 70 años, y 1,9 en los mayores de 71. (Tabla 4.5.14).

No existe diferencia, estadísticamente significativa, y $p=0,384$, entre la Procedencia de los enfermos y la edad de los mismos, sean menores de 70 años, o mayores de 71. (Tabla 4.5.14 – 1).

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	28	30	58
		Expected Count	25,0	33,0	58,0
		Residual	3,0	-3,0	
		Std. Residual	,6	-,5	
	Medios públicos	Count	6	15	21
		Expected Count	9,0	12,0	21,0
		Residual	-3,0	3,0	
		Std. Residual	-1,0	,9	
	Total	Count	34	45	79
		Expected Count	34,0	45,0	79,0

TABLA 4.5.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,442 ^b	1	,118		
Continuity Correction ^a	1,704	1	,192		
Likelihood Ratio	2,517	1	,113		
Fisher's Exact Test ^a				,133	,095
Linear-by-Linear Association	2,411	1	,120		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,04.

TABLA 4.5.1-1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	28	37	65
		Expected Count	28,0	37,0	65,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Residencia Candelaria	Count	2	0	2
		Expected Count	,9	1,1	2,0
		Residual	1,1	-1,1	
		Std. Residual	1,2	-1,1	
	Fallecidos	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,7	,6	
	Domicilio	Count	2	7	9
		Expected Count	3,9	5,1	9,0
		Residual	-1,9	1,9	
		Std. Residual	-1,0	,8	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,9	-,8	
Centro de Salud	Count	1	0	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	,6	-,6		
	Std. Residual	,9	-,8		
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	7,640 ^a	5	,177
Likelihood Ratio	9,587	5	,088
Linear-by-Linear Association	,149	1	,699
N of Valid Cases	79		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

TABLA 4.5.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	10	16	26
		Expected Count	11,2	14,8	26,0
		Residual	-1,2	1,2	
		Std. Residual	-,4	,3	
	Verano	Count	6	8	14
		Expected Count	6,0	8,0	14,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Otoño	Count	10	14	24
		Expected Count	10,3	13,7	24,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Invierno	Count	8	7	15
		Expected Count	6,5	8,5	15,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,6	-,5	
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	
	Count				

TABLA 4.5.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,889 ^a	3	,828
Likelihood Ratio	,884	3	,829
Linear-by-Linear Association	,628	1	,428
N of Valid Cases	79		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,03.

TABLA 4.5.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	21	36	57
		Expected Count	24,5	32,5	57,0
		Residual	-3,5	3,5	
		Std. Residual	-,7	,6	
	Si	Count	13	9	22
		Expected Count	9,5	12,5	22,0
		Residual	3,5	-3,5	
		Std. Residual	1,1	-1,0	
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,205 ^b	1	,073		
Continuity Correction ^a	2,362	1	,124		
Likelihood Ratio	3,189	1	,074		
Fisher's Exact Test ^a				,083	,063
Linear-by-Linear Association	3,165	1	,075		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,47.

TABLA 4.5.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	2	9	11
		Expected Count	4,7	6,3	11,0
		Residual	-2,7	2,7	
		Std. Residual	-1,3	1,1	
	Dia	Count	17	21	38
		Expected Count	16,4	21,6	38,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Tarde	Count	10	12	22
		Expected Count	9,5	12,5	22,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,2	-,2	
Noche	Count	5	3	8	
	Expected Count	3,4	4,6	8,0	
	Residual	1,6	-1,6		
	Std. Residual	,8	-,7		
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,105 ^a	3	,250
Likelihood Ratio	4,391	3	,222
Linear-by-Linear Association	2,939	1	,086
N of Valid Cases	79		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,44.

TABLA 4.5.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	23	33	56
		Expected Count	24,1	31,9	56,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,2	,2	
	Centros públicos	Count	8	10	18
		Expected Count	7,7	10,3	18,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Centros privados	Count	3	2	5
		Expected Count	2,2	2,8	5,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,6	-,5	
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,690 ^a	2	,708
Likelihood Ratio	,683	2	,711
Linear-by-Linear Association	,545	1	,460
N of Valid Cases	79		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

TABLA 4.5.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	22	27	49
		Expected Count	21,1	27,9	49,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Cardiología	Count	12	18	30
		Expected Count	12,9	17,1	30,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,3	,2	
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,182 ^b	1	,670		
Continuity Correction ^a	,037	1	,847		
Likelihood Ratio	,183	1	,669		
Fisher's Exact Test ^a				,815	,425
Linear-by-Linear Association	,180	1	,672		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,91.

TABLA 4.5.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	25	24	49
		Expected Count	21,1	27,9	49,0
		Residual	3,9	-3,9	
	Mayores de 71	Std. Residual	,9	-,7	
		Count	9	21	30
		Expected Count	12,9	17,1	30,0
	Residual	-3,9	3,9		
	Std. Residual	-1,1	,9		
Total	Count	34	45	79	
	Expected Count	34,0	45,0	79,0	

TABLA 4.5.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,354 ^b	1	,067		
Continuity Correction ^a	2,551	1	,110		
Likelihood Ratio	3,421	1	,064		
Fisher's Exact Test ^a				,101	,054
Linear-by-Linear Association	3,311	1	,069		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,91.

TABLA 4.5.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	34	16,29	25,66	4,40
	Hombre	45	11,98	16,24	2,42
HORA DE LLEGADA	Mujer	34	12:51:28	6:51:34	1:10:35
	Hombre	45	12:53:26	5:52:46	0:52:35
EDAD	Mujer	34	63,79	11,94	2,05
	Hombre	45	66,33	15,03	2,24

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,638	,204	,913	77	,364	4,32
	Equal variances not assumed			,859	52,390	,394	4,32
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,071	,791	-,023	77	,982	-0:01:58
	Equal variances not assumed			-,022	64,823	,982	-0:01:58
EDAD	Equal variances assumed	1,197	,277	-,810	77	,420	-2,54
	Equal variances not assumed			-,836	76,783	,405	-2,54

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,73	-5,10	13,73
	Equal variances not assumed	5,02	-5,76	14,39
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:26:08	-2:53:30	2:49:33
	Equal variances not assumed	1:28:01	-2:57:46	2:53:49
EDAD	Equal variances assumed	3,13	-8,78	3,70
	Equal variances not assumed	3,04	-8,58	3,51

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	37	21	58
		Expected Count	36,0	22,0	58,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Medios públicos	Count	12	9	21
		Expected Count	13,0	8,0	21,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,3	,4	
	Total	Count	49	30	79
		Expected Count	49,0	30,0	79,0

TABLA 4.5.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,289 ^b	1	,591		
Continuity Correction ^a	,076	1	,783		
Likelihood Ratio	,287	1	,592		
Fisher's Exact Test ^a				,609	,388
Linear-by-Linear Association	,286	1	,593		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,97.

TABLA 4.5.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	40	25	65
		Expected Count	40,3	24,7	65,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	,0	,1	
	Residencia Candelaria	Count	2	0	2
		Expected Count	1,2	,8	2,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,7	-,9	
	Fallecidos	Count	0	1	1
		Expected Count	,6	,4	1,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,8	1,0	
	Domicilio	Count	5	4	9
		Expected Count	5,6	3,4	9,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,2	,3	
Hospital	Count	1	0	1	
	Expected Count	,6	,4	1,0	
	Residual	,4	-,4		
	Std. Residual	,5	-,6		
Centro de Salud	Count	1	0	1	
	Expected Count	,6	,4	1,0	
	Residual	,4	-,4		
	Std. Residual	,5	-,6		
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	
	Count				

TABLA 4.5.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,249 ^a	5	,514
Likelihood Ratio	5,921	5	,314
Linear-by-Linear Association	,020	1	,886
N of Valid Cases	79		

a. 9 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

TABLA 4.5.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	16	10	26
		Expected Count	16,1	9,9	26,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,0	
	Verano	Count	9	5	14
		Expected Count	8,7	5,3	14,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Otoño	Count	14	10	24
		Expected Count	14,9	9,1	24,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,2	,3	
	Invierno	Count	10	5	15
		Expected Count	9,3	5,7	15,0
		Residual	,7	-,7	
Std. Residual		,2	-,3		
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	

TABLA 4.5.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,309 ^a	3	,958
Likelihood Ratio	,310	3	,958
Linear-by-Linear Association	,017	1	,897
N of Valid Cases	79		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,32.

TABLA 4.5.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	37	20	57
		Expected Count	35,4	21,6	57,0
		Residual	1,6	-1,6	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Si	Count	12	10	22
		Expected Count	13,6	8,4	22,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,4	,6	
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	

TABLA 4.5.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,724 ^b	1	,395		
Continuity Correction ^a	,351	1	,554		
Likelihood Ratio	,715	1	,398		
Fisher's Exact Test ^a				,444	,275
Linear-by-Linear Association	,715	1	,398		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,35.

TABLA 4.5.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	5	6	11
		Expected Count	6,8	4,2	11,0
		Residual	-1,8	1,8	
		Std. Residual	-,7	,9	
	Dia	Count	26	12	38
		Expected Count	23,6	14,4	38,0
		Residual	2,4	-2,4	
		Std. Residual	,5	-,6	
	Tarde	Count	14	8	22
		Expected Count	13,6	8,4	22,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,1	-,1	
Noche	Count	4	4	8	
	Expected Count	5,0	3,0	8,0	
	Residual	-1,0	1,0		
	Std. Residual	-,4	,6		
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	

TABLA 4.5.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,458 ^a	3	,483
Likelihood Ratio	2,415	3	,491
Linear-by-Linear Association	,005	1	,945
N of Valid Cases	79		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,04.

TABLA 4.5.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	36	20	56
		Expected Count	34,7	21,3	56,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,2	-,3	
	Centros públicos	Count	9	9	18
		Expected Count	11,2	6,8	18,0
		Residual	-2,2	2,2	
		Std. Residual	-,6	,8	
	Centros privados	Count	4	1	5
		Expected Count	3,1	1,9	5,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,5	-,7	
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	

TABLA 4.5.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,912 ^a	2	,384
Likelihood Ratio	1,948	2	,377
Linear-by-Linear Association	,020	1	,887
N of Valid Cases	79		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,90.

TABLA 4.5.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	30	19	49
		Expected Count	30,4	18,6	49,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Cardiología	Count	19	11	30
		Expected Count	18,6	11,4	30,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,1	-,1	
Total	Count	49	30	79	
	Expected Count	49,0	30,0	79,0	

TABLA 4.5.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,035 ^b	1	,851		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,035	1	,851		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,522
Linear-by-Linear Association	,035	1	,852		
N of Valid Cases	79				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,39.

TABLA 4.5.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	49	10,55	19,66	2,81
	Mayores de 71	30	19,20	21,77	3,97
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	49	12:34:57	6:23:13	0:54:44
	Mayores de 71	30	13:21:24	6:10:18	1:07:36
EDAD	Menores de 70	49	57,82	12,11	1,73
	Mayores de 71	30	77,37	4,63	,85

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	5,279	,024	-1,822	77	,072	-8,65
	Equal variances not assumed			-1,777	56,664	,081	-8,65
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,008	,929	-,529	77	,598	-0:46:26
	Equal variances not assumed			-,534	63,105	,595	-0:46:26
EDAD	Equal variances assumed	21,121	,000	-8,454	77	,000	-19,55
	Equal variances not assumed			-10,151	67,336	,000	-19,55

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,75	-18,10	,80
	Equal variances not assumed	4,87	-18,40	1,10
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:27:43	-3:41:07	2:08:14
	Equal variances not assumed	1:26:59	-3:40:16	2:07:24
EDAD	Equal variances assumed	2,31	-24,16	-14,95
	Equal variances not assumed	1,93	-23,39	-15,71

4.5.15. **SERVICIO y EDAD.**-

Ingresaron 49 pacientes en la Unidad Coronaria, de los cuales 19 eran mayores de 71 años y 20 menores de 70 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 30,4 en menores de 70 años, y 18,6 en mayores de 71.

El Servicio de Cardiología se encargó de los 30 enfermos restantes, 19 menores de 70 años y 11 mayores de 71 años. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 11,4 mayores de 71 años, y 18,6 menores de 70. (Tabla 4.5.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa, con $p=0,851$, entre el Servicio en que fueron ingresados los enfermos, o posteriormente controlados, y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de dichos pacientes (Tabla 4.5.15 – 1). El Tiempo de Estancia tiene una Media de 16,29 en las mujeres y en los Hombres de 11,98

4.6. PERICARDIOPATIAS.-

Incluye este grupo diagnóstico a diez enfermos, dos mujeres y ocho hombres. Se corresponden el diagnóstico de pericardiopatías con el 0,015% del total de urgencias, y con 1,11% de las urgencias cardiovasculares (Tabla 4.6).

4.6.1. **FORMA DE ACCESO y GENERO.**-

La Forma de Acceso a Urgencias es por sus Propios Medios en siete casos, de los cuales uno es mujer y los otros seis hombres. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 1,4 en mujeres y 5,6 en hombres.

Acudieron mediante medios de transporte sanitario Público los tres enfermos restantes, siendo una mujer y dos hombres. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 0,6 para las mujeres y 2,4 para los hombres. (Tabla 4.6.1).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,490$) entre la Forma de acceso al servicio de urgencias, y el género de los enfermos diagnosticados de pericardiopatía. (Tabla 4.6.1 – 1).

4.6.2. **DESTINO y GENERO.**-

Fueron ingresados cuatro enfermos, hombres todos ellos. Lo esperado, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 0,8 para las mujeres y 3,2 para los hombres.

A sus domicilios se destinaron otros cuatro hombres, y las cifras que cabría esperar, en la Distribución antedicha, eran iguales a las anteriores para mujeres y hombres.

Por último, fueron enviados a su Centro de Salud, otras dos mujeres. Podrían esperarse 0,4 mujeres y 1,6 hombres según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.6.2).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,007$), el número de hombres ingresados, y el de los trasladados a sus domicilios, respecto a las mujeres. (Tabla 4.6.2 – 1).

4.6.3. **ESTACION y GENERO.**-

Durante la Primavera acudieron al Servicio de Urgencias dos mujeres y dos hombres, siendo 0,8 en las mujeres y 3,2 en los hombres las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

En el Verano fueron dos hombres los atendidos, y 1,6 la cifra que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para los hombres. Para mujeres era de 0,4 lo esperado.

Hubo un hombre que acudió en Otoño, y ninguna mujer en esta Estación. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 0,2 en las mujeres y 0,8 en los hombres.

Fueron tres hombres los que acudieron durante el Invierno, y 2,4 los esperados por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.6.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,290$) entre la Estación del año en que acudieron a Urgencias los pacientes, y el Género de los enfermos. (Tabla 4.6.3 – 1).

4.6.4. **FESTIVO y GENERO.**-

En día no Festivo fueron ocho enfermos los que acudieron, siendo dos las mujeres y seis los hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 1,6 en mujeres y 6,4 en hombres.

Fueron dos enfermos, hombres, los que llegaron en día Festivo. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 0,4 en lo referente a las mujeres, y 1,6 en los hombres. (Tabla 4.6.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,429$) entre el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los enfermos que acuden a dicho servicio. (Tabla 4.6.4 – 1).

4.6.5. **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.**-

Acudieron seis enfermos durante las horas del Día, tratándose de dos mujeres y de cuatro hombres. Se podría esperar, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, para mujeres 1,2 y 4,8 para los hombres.

Por la Tarde, fueron dos hombres los que demandaron asistencia en Urgencias. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 0,4 en mujeres y 1,6 en hombres.

En la Noche hubo otros dos hombres que acudieron al Servicio de Urgencias. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, coincide con 1,6 hombres y 0,4 mujeres. (Tabla 4.6.5).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,435$), entre el Momento de llegada a Urgencias y el Género de los enfermos (Tabla 4.6.5 – 1).

4.6.6. **PROCEDENCIA y GENERO.**-

Por su Propia iniciativa fueron a Urgencias seis hombres, siendo 4,8 la cifra que se podría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia. En las mujeres dicha cifra sería de 1,2, en la Distribución anteriormente citada.

Desde Centros Sanitarios Públicos fueron derivados dos mujeres y dos hombres. Según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, lo que se podría esperar era 0,8 en las mujeres y 3,2 en los hombres. (Tabla 4.6.6).

Es más frecuente, y estadísticamente próximo a la significación con ($p=0,053$), el mayor número de hombres, que de mujeres, que acude al Servicio de Urgencias por su Propia iniciativa. (Tabla 4.6.6 – 1).

4.6.7. **SERVICIO y GENERO.**-

En la Unidad Coronaria fue ingresado un hombre, y 0,8 la cifra esperada en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Un total de ocho pacientes, dos mujeres y seis hombres, pasaron al Servicio de Cardiología. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperan 1,6 en las mujeres y 6,4 en los hombres.

Finalmente, el Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó de un hombre, y podrían esperarse 0,2 en las mujeres y 0,8 en los hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.6.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,732$), entre el Servicio al que pasaron los enfermos y el Género de los pacientes.

4.6.8. **EDAD y GENERO.**-

Los diez enfermos tenían una edad inferior a 70 años, de los cuales dos eran mujeres y ocho hombres. Estas cifras coinciden con las esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

La Media de la edad es 39,10, en las mujeres 20,00 y 43,88 en los hombres. El Rango es de 27-70, para los hombres, siendo de 15-63 para las mujeres.

No se puede establecer estadísticamente si existen, o no, diferencias significativas entre ellos pues todos eran de edad menores de 70 años.

4.7.ACCIDENTES CEREBROVASCULARES AGUDOS.-

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	1	6	7
		Expected Count	1,4	5,6	7,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,3	,2	
	Medios públicos	Count	1	2	3
		Expected Count	,6	2,4	3,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,5	-,3	
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,476 ^b	1	,490		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,447	1	,504		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,533
Linear-by-Linear Association	,429	1	,513		
N of Valid Cases	10				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,60.

TABLA 4.6.1 -1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	0	4	4
		Expected Count	,8	3,2	4,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,9	,4	
	Domicilio	Count	0	4	4
		Expected Count	,8	3,2	4,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,9	,4	
	Centro de Salud	Count	2	0	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
Residual		1,6	-1,6		
Std. Residual		2,5	-1,3		
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	10,000 ^a	2	,007
Likelihood Ratio	10,008	2	,007
Linear-by-Linear Association	2,012	1	,156
N of Valid Cases	10		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

TABLA 4.6.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	2	2	4
		Expected Count	,8	3,2	4,0
		Residual	1,2	-1,2	
		Std. Residual	1,3	-,7	
	Verano	Count	0	2	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,3	
	Otoño	Count	0	1	1
		Expected Count	,2	,8	1,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,4	,2	
	Invierno	Count	0	3	3
		Expected Count	,6	2,4	3,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,8	,4	
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,750 ^a	3	,290
Likelihood Ratio	4,463	3	,216
Linear-by-Linear Association	2,362	1	,124
N of Valid Cases	10		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

TABLA 4.6.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	2	6	8
		Expected Count	1,6	6,4	8,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Si	Count	0	2	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,3	
Total		Count	2	8	10
		Expected Count	2,0	8,0	10,0

TABLA 4.6.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,625 ^b	1	,429		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,011	1	,315		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,622
Linear-by-Linear Association	,563	1	,453		
N of Valid Cases	10				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

TABLA 4.6.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	2	4	6
		Expected Count	1,2	4,8	6,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,7	-,4	
	Tarde	Count	0	2	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,3	
	Noche	Count	0	2	2
		Expected Count	,4	1,6	2,0
Residual		-,4	,4		
Std. Residual		-,6	,3		
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,667 ^a	2	,435
Likelihood Ratio	2,370	2	,306
Linear-by-Linear Association	1,266	1	,261
N of Valid Cases	10		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

TABLA 4.6.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	0	6	6
		Expected Count	1,2	4,8	6,0
		Residual	-1,2	1,2	
		Std. Residual	-1,1	,5	
	Centros públicos	Count	2	2	4
		Expected Count	,8	3,2	4,0
		Residual	1,2	-1,2	
		Std. Residual	1,3	-,7	
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,750 ^b	1	,053		
Continuity Correction ^a	1,276	1	,259		
Likelihood Ratio	4,463	1	,035		
Fisher's Exact Test ^a				,133	,133
Linear-by-Linear Association	3,375	1	,066		
N of Valid Cases	10				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,80.

TABLA 4.6.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	0	1	1
		Expected Count	,2	,8	1,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,4	,2	
	Cardiología	Count	2	6	8
		Expected Count	1,6	6,4	8,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Cirugía Cardiovascular	Count	0	1	1
		Expected Count	,2	,8	1,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,4	,2	
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,625 ^a	2	,732
Likelihood Ratio	1,011	2	,603
Linear-by-Linear Association	,131	1	,718
N of Valid Cases	10		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

TABLA 4.6.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	2	8	10
		Expected Count	2,0	8,0	10,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	2	8	10	
	Expected Count	2,0	8,0	10,0	

TABLA 4.6.8

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	, ^a
Likelihood Ratio	, ^a
N of Valid Cases	10

a. No statistics are computed because EDAD2 is a constant.

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	2	4,50	2,12	1,50
	Hombre	8	10,13	6,81	2,41
HORA DE LLEGADA	Mujer	2	13:19:00	0:04:14	0:03:00
	Hombre	8	13:20:22	6:19:30	2:14:10
EDAD	Mujer	2	20,00	7,07	5,00
	Hombre	8	43,88	14,91	5,27

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,145	,181	-1,109	8	,300	-5,63
	Equal variances not assumed			-1,982	6,567	,091	-5,63
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,503	,255	-,005	8	,996	-0:01:22
	Equal variances not assumed			-,010	7,007	,992	-0:01:22
EDAD	Equal variances assumed	,957	,357	-2,131	8	,066	-23,88
	Equal variances not assumed			-3,286	3,791	,033	-23,88

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	5,07	-17,32	6,07
	Equal variances not assumed	2,84	-12,43	1,18
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	4:40:39	-10:48	10:45:49
	Equal variances not assumed	2:14:12	-5:18:40	5:15:55
EDAD	Equal variances assumed	11,20	-49,71	1,96
	Equal variances not assumed	7,27	-44,50	-3,25

El diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA) fue el que tuvieron 215 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, lo que corresponde al 0,32% del total de urgencias, y al 23,99% del presente estudio. Esta cifra incluye a 109 mujeres (50,7%) y 106 hombres (49,6%). (Tabla 4.7).

4.7.1. **FORMA DE ACCESO y GENERO.**-

La Forma de Acceso fue mediante Medios Propios en 81 casos, siendo 45 las mujeres y 36 los hombres. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 41,1 en mujeres y 39,9 en los hombres.

Por Medios Públicos los 134 restantes, que se corresponden con 64 mujeres y 70 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, cabrían esperar 67,9 mujeres y 66,1 hombres. (Tabla 4.7.1).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,268$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y el Género de los enfermos diagnosticados de A.C.V. (Tabla 4.7.1 – 1).

4.7.2. **DESTINO y GENERO.**-

Correspondió al 62,8% el porcentaje de los ingresos, lo cual corresponde a 135 pacientes, de los cuales 68 son mujeres y 67 hombres. Las cifras que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, eran de 68,4 en mujeres, y de 66,6 en hombres.

A su domicilio fueron enviados 46 enfermos (21,4%), 25 mujeres y 21 hombres. Los esperados por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, eran 23,3 mujeres y 22,7 hombres.

A su Centro de Salud se remitieron 15 pacientes atendidos, mujeres siete y hombres ocho. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 7,6 mujeres y 7,4 hombres.

Otros 11 se derivaron a la R.S. La Candelaria, cuatro mujeres y siete hombres, pero cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, para las mujeres 5,6 y para los hombres 5,4.

Falleció un paciente; mujer, siendo esperados 0,5 mujeres y 0,5 hombres, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Fue trasladado a la Clínica La Colina un paciente, mujer, y de Alta Voluntaria se marchó otra mujer.

Al Hospital desde donde fueron derivados se remitieron cinco enfermos, dos mujeres y tres hombres, siendo 2,5 mujeres y 2,5 hombres, los esperados en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.7.2).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,068$) entre el Destino que se les dio a los enfermos, diagnosticados de A.C.V. y el Género de los mismos. (Tabla 4.7.2 – 1).

4.7.3. **ESTACION y GENERO.-**

Durante la Primavera fue cuando se registró un mayor acceso a Urgencias por este motivo, contabilizándose 64 pacientes, 43 mujeres y 21 hombres, y un 29,8% de frecuencia. Los que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 32,4 en mujeres y 31,6 en hombres.

Fue seguida del Verano con 56 pacientes (26%), 24 mujeres y 32 hombres, siendo los esperados, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para las mujeres 28,4 y para los hombres 27,6.

Por último el Otoño con 46 pacientes (21,4%), 21 mujeres y 25 hombres, y podrían esperarse 23,3 en mujeres y 22,7 en hombres, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Durante el Invierno fueron diagnosticados 49 pacientes (22,8%), 21 mujeres y 28 hombres, y cabrían esperar 21 mujeres y 28 hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.7.3).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,018$), los ACVA en mujeres en la Primavera, y en los hombres en el resto de las Estaciones del año. Tabla 4.7.3 – 1).

4.7.4. **FESTIVO y GENERO.-**

Acudieron 155 enfermos en día No festivo, siendo 84 las mujeres y 71 los hombres. Las cifras que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, son de 78,6 las mujeres y de 76,4 los hombres.

En día Festivo fueron 60 los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias, dónde 25 fueron mujeres y 35 hombres. Se podría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, en mujeres 30,4 y en hombres 29,6. Tabla 4.7.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,099$), entre el Género de los enfermos y el acudir a Urgencias en día Festivo, o no Festivo. (Tabla 4.7.4 – 1).

4.7.5. **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

Pueden contabilizarse siete enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias de Madrugada, tratándose de dos mujeres y de cinco hombres. Los que podrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, son 3,5 en las mujeres y 3,5 en los hombres.

Durante las horas del Día (8-15 horas) accedieron 91 pacientes, de los cuales había 52 mujeres y 39 hombres. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 46,1 mujeres y 44,9 hombres.

Por la Tarde acudieron a Urgencias 43 mujeres y 46 hombres, siendo los que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, 45,1 para las mujeres y 43,9 para los hombres.

Finalmente fueron 28 los enfermos que llegaron por la Noche, un número número de 12 para las mujeres y 16 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia, podrían esperarse 14,2 en mujeres y 13,8 en hombres. (Tabla 4.7.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,366$) entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias y el Género de los pacientes. (Tabla 4.7.5 – 1).

4.7.6. **PROCEDENCIA y GENERO.-**

Acudieron al Servicio de Urgencias 119 pacientes por Iniciativa Propia, grupo formado por 70 mujeres y por 49 hombres. Se podrían esperar 60,3 en mujeres y 58,7 en hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Fueron 73 los enfermos derivados desde Centros Sanitarios Públicos, 32 mujeres y 41 hombres. Los que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 37 mujeres y 41 hombres.

Desde Centros Sanitarios Privados fueron remitidos siete mujeres y 16 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 11,7 en mujeres y 11,3 en hombres. (Tabla 4.7.6).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,016$), la mayor frecuencia de mujeres que acuden al Servicio de Urgencias por Iniciativa Propia. Asimismo es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,016$), los hombres que son derivados desde Centros Sanitarios Públicos, o Privados, al Servicio de Urgencias. (Tabla 4.7.6 – 1)

4.7.7. **SERVICIO y GENERO.-**

El Servicio de Urgencias se encargó del control de 157 enfermos, 76 mujeres y 81 hombres. Cabrían esperarse 79,6 en mujeres, y 77,4 en hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Hubo un enfermo, hombre, que pasó a la UVI. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en tabla de Contingencia, eran 0,5 para hombres y 0,5 para mujeres.

El Servicio de Medicina Interna se encargó del ingreso, y/o posterior evolución, de cuatro pacientes, mujeres tres y hombres uno. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse dos mujeres y dos hombres.

Fueron 46 los enfermos que pasaron al Servicio de Neurología, 24 mujeres y 22 hombres, pudiendo esperarse 23,3 mujeres y 22,7 hombres, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

En el Servicio de Cardiología fueron otros cuatro los pacientes controlados, mujeres todas ellas. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran dos hombres y dos mujeres los esperados.

Un enfermo, hombre, pasó al Servicio de Neumología. Cabría esperar 0,5 para los hombres, y para las mujeres, respectivamente, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Se encargó de una mujer el Servicio de Cirugía Cardiovascular, y de otra mujer el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Igualmente las cifra que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran de 0,5 para hombres y 0,5 para mujeres en cada uno de estos Servicios. (Tabla 4.7.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,238$), entre el Servicio al que pasaron los pacientes, y el Género de los enfermos. (Tabla 4.7.7 – 1).

4.7.8. **EDAD y GENERO.**-

De los 80 enfermos menores de 70 años, correspondían 36 mujeres y 44 hombres, siendo 40,6 y 39,4, respectivamente, los que cabría esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Los 135 pacientes restantes tenían mas de 71 años, con 73 mujeres y 62 hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 68,4 en las mujeres y 66,6 en los hombres. (Tabla 4.7.8).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,198$) entre la edad menor de 70 años, o mayor de 71 años, de los pacientes, y el Género de los mismos. (Tabla 4.7.8 - 1).

La Media de Edad es de 74,50, en las mujeres es 75,28 y en hombres es de 73,69. El Rango es 34-97 (34-96 las mujeres y 40-97 los hombres). Menores de 70 años se cuentan 80 enfermos, siendo 135 los mayores de esa edad.

4.7.9. **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Acudieron por sus Propios medios 81 enfermos, 40 menores de 70 años, y 41 mayores de 71. Los que cabrían esperar, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 30,1 menores de 70 años, y 50,9 mayores de 71 años.

Mediante Medios Públicos de transporte sanitario llegaron al Servicio de Urgencias 134 pacientes. Menores de 70 años eran 40 de ellos y los 94 restantes mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 49,9 menores de 70 años, y 84,1 mayores de 71. (Tabla 4.7.9).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,004$), el acceso al Servicio de Urgencias por Medios Públicos en los enfermos mayores de 71 años, y en los menores de 70 años, que por sus Propios medios. (Tabla 4.7.9 – 1).

4.7.10. **DESTINO y EDAD.**-

Hubo un total de 135 enfermos que fueron ingresados, menores de 70 años eran 57 de ellos y 78 mayores de 71 años. Cabrían esperar 50,2 para menores de 70 años,

y 84,8 para mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

A la R.S. La Candelaria fueron trasladados 11 pacientes, cuatro menores de 70 años y siete mayores de 71 años. Los que se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 4,1 menores de 70 años y 6,9 mayores de 71 años.

Falleció un paciente mayor de 71 años, siendo 0,4 menores de 70 años y 0,6 los mayores de 71 años, los que cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

A la Clínica La Colina fue enviado un enfermo mayor de 71 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia nos haría esperar 0,4 menores de 70 años y 0,6 mayores de 71.

De Alta Voluntaria se marchó un enfermo menor de 70 años. Las cifras que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, son de 0,4 menores de 70 años y 0,6 mayores de 71 años.

A sus domicilios se enviaron 46 pacientes, correspondiendo a 15 menores de 70 años y a 31 mayores de 71 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 17,1 menores de 70 años, y 28,9 mayores de 71 años.

Al Hospital, desde donde fueron derivados, se remitieron cinco enfermos, de los cuales uno tenía menos de 70 años y los otros cuatro eran mayores de 71 años. Mediante la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 1,9 menores de 70 años y 3,1 mayores de 71.

Un total de 15 pacientes se enviaron a su Centro de Salud, había dos menores de 70 años y 13 mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se esperarían 5,6 menores de 70 años, y 9,4 mayores de 71 años. (Tabla 4.7.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,250$) entre el Destino que tomaron los enfermos, y la Edad mayor de 71 años, o menores de 70, de dichos enfermos. (Tabla 4.7.10- 1).

4.7.11. ESTACION y EDAD. -

De los 64 pacientes que acudieron en Primavera había 24 menores de 70 años, y 40 mayores de 71 años. Era 23,8 la cifra que cabría esperar para los menores de 70 años, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y 40,2 los mayores de 71 años esperados en la citada Distribución de Frecuencias.

En Verano fueron 23 los enfermos menores de 70 años, y 33 los mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 20,8 en menores de 70 años, y 35,2 en mayores de 71 años.

Fueron 12 enfermos menores de 70 años los que acudieron en Otoño, y 34 los mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 17,1 menores de 70 años, y 28,9 mayores de 71 años.

Hubo 28 enfermos, mayores de 71 años, que acudieron en Invierno y 21 menores de 70 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 30,8 mayores de 71 años, y 18,2 menores de 70 años. (Tabla 4.7.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,325$), entre la Estación del año en que acudieron a Urgencias los pacientes, y la Edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos. (Tabla 4.7.11 – 1).

4.7.12. **FESTIVO y EDAD.**-

De los 155 enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias en día no Festivo, había 57 menores de 70 años, y 98 mayores de 71 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 57,7 en menores de 70 años y 97,3 en mayores de 71 años.

Fueron 23 los enfermos menores de 70 años, los que acudieron en día Festivo, y 37 los mayores de 71 años. Podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 22,3 menores de 70 años y 37,7 mayores de 71 años. (Tabla 4.7.12).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,832$), entre la edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los enfermos y el acudir a Urgencias en día Festivo o no Festivo. (Tabla 4.7.12 – 1).

4.7.13. **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Durante la Madrugada acudieron a Urgencias cuatro enfermos menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Los que cabría esperar eran 2,6 menores de 70 años, y 4,4 mayores de 71 años, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Fueron 33 enfermos menores de 70 años y 58 mayores de 71 los que acudieron al Servicio de Urgencias durante el Día. Se podrían esperar 33,9 y 57,1, para los menores de 70 años y mayores de 71, respectivamente.

De los 89 pacientes que acudieron por la Tarde, eran 27 menores de 70 años y 62 mayores de 71 años. Cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 33,1 menores de 70 años y 55,9 mayores de 71 años.

Menores de 70 años hubo 16 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias por la Noche, y 12 mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 10,4 menores de 70 años y 17,6 en mayores de 71. (Tabla 4.7.13).

Existe una diferencia próxima a la significación ($p=0,051$) y es más frecuente al acudir a Urgencias por el Día, y por la Tarde, en los enfermos mayores de 71 años, que en los menores de 70 años. (Tabla 4.7.13 – 1).

4.7.14. **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias 119 enfermos por su Propia iniciativa, de los cuales 44 eran menores de 70 años, y los 75 restantes tenían más de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 44,3 en menores de 70 años, y 74,7 en mayores de 71 años.

Desde Centros Sanitarios Públicos fueron derivados 73 pacientes, 25 menores de 70 años, y 48 mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 27,2 para los menores de 70 años, y 45,8 para los mayores de 71 años.

Fueron enviados desde Centros, o médicos, Privados un total de 23 pacientes. Tenemos 11 menores de 70 años, y 12 mayores de 71 años. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 8,6 en los menores de 70 años y 14,4 en los mayores de 71 años. (Tabla 4.7.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,50$) entre la Procedencia de los pacientes, y la edad mayor de 71 años o menor de 70 años, de los enfermos. (Tabla 4.7.14 – 1).

4.7.15. **SERVICIO y EDAD.**-

De los 157 enfermos que fueron controlados por el propio Servicio de Urgencias había 53 menores de 70 años, y 104 mayores de 71 años. Los que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 58,4 en menores de 70 años y 98,6 en mayores de 71 años.

Era menor de 70 años el paciente que ingresó en la UVI, siendo 0,4 lo esperado en menores de 70 años, y 0,6 para los mayores de 71 años.

Tenían más de 71 años los cuatro enfermos que fueron controlados por el Servicio de Medicina interna, y 1,5 los que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia para menores de 70 años, y 2,5 para los mayores de 71 años.

De menos de 70 años había 22 enfermos que pasaron al Servicio de Neurología, y 24 los mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podrían esperar 17,1 en menores de 70 años, y 28,9 en mayores de 71 años.

El Servicio de Cardiología se encargó de tres enfermos menores de 70 años, y de uno mayor de 71. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 1,5 menores de 70 años y 2,5 mayores de 71 años.

Mayor de 71 años era el paciente que pasó al Servicio de Neumología, siendo 0,4 lo esperado para menores de 70 años, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y 0,6 para mayores de 71 años en la citada Distribución.

También tenía más de 71 años el enfermo que pasó al Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar, con idéntica distribución de Frecuencias que en el caso anterior.

Por último, era menor de 70 años el paciente del que se encargó el Servicio de Cirugía Cardiovascular, con cifras que cabría esperar idénticas a las de los grupos anteriores en la Distribución de Frecuencias y Tabla de Contingencia. (Tabla 4.7.15).

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	45	36	81
		Expected Count	41,1	39,9	81,0
		Residual	3,9	-3,9	
		Std. Residual	,6	-,6	
	Medios públicos	Count	64	70	134
		Expected Count	67,9	66,1	134,0
		Residual	-3,9	3,9	
		Std. Residual	-,5	,5	
	Total	Count	109	106	215
		Expected Count	109,0	106,0	215,0

TABLA 4.7.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,227 ^b	1	,268		
Continuity Correction ^a	,935	1	,334		
Likelihood Ratio	1,229	1	,268		
Fisher's Exact Test ^a				,325	,167
Linear-by-Linear Association	1,221	1	,269		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,93.

TABLA 4.7.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	68	67	135
		Expected Count	68,4	66,6	135,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Residencia Candelaria	Count	4	7	11
		Expected Count	5,6	5,4	11,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,7	,7	
	Fallecidos	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,7	-,7	
La Colina	Count	1	0	1	
	Expected Count	,5	,5	1,0	
	Residual	,5	-,5		
	Std. Residual	,7	-,7		
Alta voluntaria	Count	1	0	1	
	Expected Count	,5	,5	1,0	
	Residual	,5	-,5		
	Std. Residual	,7	-,7		
Domicilio	Count	25	21	46	
	Expected Count	23,3	22,7	46,0	
	Residual	1,7	-1,7		
	Std. Residual	,3	-,4		
Hospital	Count	2	3	5	
	Expected Count	2,5	2,5	5,0	
	Residual	-,5	,5		
	Std. Residual	-,3	,3		
Centro de Salud	Count	7	8	15	
	Expected Count	7,6	7,4	15,0	
	Residual	-,6	,6		
	Std. Residual	-,2	,2		

Crosstab

		GENERO		Total
		Mujer	Hombre	
Total	Count	109	106	215
	Expected Count	109,0	106,0	215,0

TABLA 4.7.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,399 ^a	7	,733
Likelihood Ratio	5,569	7	,591
Linear-by-Linear Association	,029	1	,864
N of Valid Cases	215		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

TABLA 4.7.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	43	21	64
		Expected Count	32,4	31,6	64,0
		Residual	10,6	-10,6	
		Std. Residual	1,9	-1,9	
	Verano	Count	24	32	56
		Expected Count	28,4	27,6	56,0
		Residual	-4,4	4,4	
		Std. Residual	-,8	,8	
	Otoño	Count	21	25	46
		Expected Count	23,3	22,7	46,0
		Residual	-2,3	2,3	
		Std. Residual	-,5	,5	
	Invierno	Count	21	28	49
		Expected Count	24,8	24,2	49,0
		Residual	-3,8	3,8	
		Std. Residual	-,8	,8	
Total	Count	109	106	215	
	Expected Count	109,0	106,0	215,0	

TABLA 4.7.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	10,013 ^a	3	,018
Likelihood Ratio	10,176	3	,017
Linear-by-Linear Association	6,093	1	,014
N of Valid Cases	215		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,68.

TABLA 4.7.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	84	71	155
		Expected Count	78,6	76,4	155,0
		Residual	5,4	-5,4	
		Std. Residual	,6	-,6	
	Si	Count	25	35	60
		Expected Count	30,4	29,6	60,0
		Residual	-5,4	5,4	
		Std. Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	109	106	215	
	Expected Count	109,0	106,0	215,0	

TABLA 4.7.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,716 ^b	1	,099		
Continuity Correction ^a	2,238	1	,135		
Likelihood Ratio	2,724	1	,099		
Fisher's Exact Test ^a				,128	,067
Linear-by-Linear Association	2,703	1	,100		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,58.

TABLA 4.7.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	2	5	7
		Expected Count	3,5	3,5	7,0
		Residual	-1,5	1,5	
		Std. Residual	-,8	,8	
	Dia	Count	52	39	91
		Expected Count	46,1	44,9	91,0
		Residual	5,9	-5,9	
		Std. Residual	,9	-,9	
	Tarde	Count	43	46	89
		Expected Count	45,1	43,9	89,0
		Residual	-2,1	2,1	
		Std. Residual	-,3	,3	
	Noche	Count	12	16	28
		Expected Count	14,2	13,8	28,0
		Residual	-2,2	2,2	
		Std. Residual	-,6	,6	
Total	Count	109	106	215	
	Expected Count	109,0	106,0	215,0	

TABLA 4.7.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,774 ^a	3	,287
Likelihood Ratio	3,824	3	,281
Linear-by-Linear Association	,821	1	,365
N of Valid Cases	215		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,45.

TABLA 4.7.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	70	49	119
		Expected Count	60,3	58,7	119,0
		Residual	9,7	-9,7	
		Std. Residual	1,2	-1,3	
	Centros públicos	Count	32	41	73
		Expected Count	37,0	36,0	73,0
		Residual	-5,0	5,0	
		Std. Residual	-,8	,8	
	Centros privados	Count	7	16	23
		Expected Count	11,7	11,3	23,0
		Residual	-4,7	4,7	
		Std. Residual	-1,4	1,4	
Total	Count	109	106	215	
	Expected Count	109,0	106,0	215,0	

TABLA 4.7.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	8,297 ^a	2	,016
Likelihood Ratio	8,414	2	,015
Linear-by-Linear Association	8,249	1	,004
N of Valid Cases	215		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,34.

TABLA 4.7.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Urgencias	Count	76	81	157
		Expected Count	79,6	77,4	157,0
		Residual	-3,6	3,6	
		Std. Residual	-,4	,4	
	UVI	Count	0	1	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,7	,7	
	Med. Int.	Count	3	1	4
		Expected Count	2,0	2,0	4,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,7	-,7	
	Neurología	Count	24	22	46
		Expected Count	23,3	22,7	46,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,1	-,1	
Cardiología	Count	4	0	4	
	Expected Count	2,0	2,0	4,0	
	Residual	2,0	-2,0		
	Std. Residual	1,4	-1,4		
Neumología	Count	0	1	1	
	Expected Count	,5	,5	1,0	
	Residual	-,5	,5		
	Std. Residual	-,7	,7		
Cirugía Cardiovascular	Count	1	0	1	
	Expected Count	,5	,5	1,0	
	Residual	,5	-,5		
	Std. Residual	,7	-,7		
Cirugía Vascular	Count	1	0	1	
	Expected Count	,5	,5	1,0	
	Residual	,5	-,5		
	Std. Residual	,7	-,7		

Crosstab

		GENERO		Total
		Mujer	Hombre	
Total	Count	109	106	215
	Expected Count	109,0	106,0	215,0

TABLA 4.7.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	9,206 ^a	7	,238
Likelihood Ratio	12,341	7	,090
Linear-by-Linear Association	2,614	1	,106
N of Valid Cases	215		

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

TABLA 4.7.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	36	44	80
		Expected Count	40,6	39,4	80,0
		Residual	-4,6	4,6	
		Std. Residual	-,7	,7	
	Mayores de 71	Count	73	62	135
		Expected Count	68,4	66,6	135,0
		Residual	4,6	-4,6	
		Std. Residual	,6	-,6	
Total	Count	109	106	215	
	Expected Count	109,0	106,0	215,0	

TABLA 4.7.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,655 ^b	1	,198		
Continuity Correction ^a	1,312	1	,252		
Likelihood Ratio	1,657	1	,198		
Fisher's Exact Test ^a				,207	,126
Linear-by-Linear Association	1,647	1	,199		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 39,44.

TABLA 4.7.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	109	11,28	8,81	,84
	Hombre	106	14,21	12,70	1,23
HORA DE LLEGADA	Mujer	109	14:41:33	5:01:47	0:28:54
	Hombre	106	14:05:26	5:45:44	0:33:34
EDAD	Mujer	109	75,28	11,81	1,13
	Hombre	106	73,69	10,60	1,03

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	10,430	,001	-1,965	213	,051	-2,92
	Equal variances not assumed			-1,956	186,484	,052	-2,92
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,028	,312	,817	213	,415	0:36:06
	Equal variances not assumed			,815	207,493	,416	0:36:06
EDAD	Equal variances assumed	,751	,387	1,042	213	,299	1,60
	Equal variances not assumed			1,043	211,665	,298	1,60

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,49	-5,85	8,52E-03
	Equal variances not assumed	1,49	-5,87	2,54E-02
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:44:13	-0:51:03	2:03:17
	Equal variances not assumed	0:44:18	-0:51:14	2:03:28
EDAD	Equal variances assumed	1,53	-1,42	4,62
	Equal variances not assumed	1,53	-1,42	4,61

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	40	41	81
		Expected Count	30,1	50,9	81,0
		Residual	9,9	-9,9	
		Std. Residual	1,8	-1,4	
	Medios públicos	Count	40	94	134
		Expected Count	49,9	84,1	134,0
		Residual	-9,9	9,9	
		Std. Residual	-1,4	1,1	
Total	Count	80	135	215	
	Expected Count	80,0	135,0	215,0	

TABLA 4.7.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	8,243 ^b	1	,004		
Continuity Correction ^a	7,428	1	,006		
Likelihood Ratio	8,177	1	,004		
Fisher's Exact Test ^a				,006	,003
Linear-by-Linear Association	8,205	1	,004		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,14.

TABLA 4.7.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	57	78	135
		Expected Count	50,2	84,8	135,0
		Residual	6,8	-6,8	
		Std. Residual	1,0	-,7	
	Residencia Candelaria	Count	4	7	11
		Expected Count	4,1	6,9	11,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,0	
	Fallecidos	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,5	
	La Colina	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,5	
	Alta voluntaria	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	
	Domicilio	Count	15	31	46
		Expected Count	17,1	28,9	46,0
		Residual	-2,1	2,1	
		Std. Residual	-,5	,4	
	Hospital	Count	1	4	5
		Expected Count	1,9	3,1	5,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,6	,5	
Centro de Salud	Count	2	13	15	
	Expected Count	5,6	9,4	15,0	
	Residual	-3,6	3,6		

Crosstab

			EDAD2		Total	
			Menores de 70	Mayores de 71		
DESTINO	Centro de Salud	Std. Residual	-1,5	1,2		
Total			Count	80	135	215
			Expected Count	80,0	135,0	215,0

TABLA 4.7.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	9,038 ^a	7	,250
Likelihood Ratio	10,665	7	,154
Linear-by-Linear Association	4,325	1	,038
N of Valid Cases	215		

a. 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

TABLA 4.7.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	24	40	64
		Expected Count	23,8	40,2	64,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,0	,0	
	Verano	Count	23	33	56
		Expected Count	20,8	35,2	56,0
		Residual	2,2	-2,2	
		Std. Residual	,5	-,4	
	Otoño	Count	12	34	46
		Expected Count	17,1	28,9	46,0
		Residual	-5,1	5,1	
		Std. Residual	-1,2	1,0	
	Invierno	Count	21	28	49
		Expected Count	18,2	30,8	49,0
		Residual	2,8	-2,8	
		Std. Residual	,6	-,5	
Total	Count	80	135	215	
	Expected Count	80,0	135,0	215,0	

TABLA 4.7.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,464 ^a	3	,325
Likelihood Ratio	3,579	3	,311
Linear-by-Linear Association	,001	1	,977
N of Valid Cases	215		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,12.

TABLA 4.7.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	57	98	155
		Expected Count	57,7	97,3	155,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Si	Count	23	37	60
		Expected Count	22,3	37,7	60,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,1	-,1	
Total	Count	80	135	215	
	Expected Count	80,0	135,0	215,0	

TABLA 4.7.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,045 ^b	1	,832		
Continuity Correction ^a	,003	1	,956		
Likelihood Ratio	,045	1	,832		
Fisher's Exact Test ^a				,876	,476
Linear-by-Linear Association	,045	1	,832		
N of Valid Cases	215				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,33.

TABLA 4.7.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	4	3	7
		Expected Count	2,6	4,4	7,0
		Residual	1,4	-1,4	
		Std. Residual	,9	-,7	
	Dia	Count	33	58	91
		Expected Count	33,9	57,1	91,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Tarde	Count	27	62	89
		Expected Count	33,1	55,9	89,0
		Residual	-6,1	6,1	
		Std. Residual	-1,1	,8	
Noche	Count	16	12	28	
	Expected Count	10,4	17,6	28,0	
	Residual	5,6	-5,6		
	Std. Residual	1,7	-1,3		
Total	Count	80	135	215	
	Expected Count	80,0	135,0	215,0	

TABLA 4.7.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	7,786 ^a	3	,051
Likelihood Ratio	7,589	3	,055
Linear-by-Linear Association	,476	1	,490
N of Valid Cases	215		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,60.

TABLA 4.7.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	44	75	119
		Expected Count	44,3	74,7	119,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	,0	,0	
	Centros públicos	Count	25	48	73
		Expected Count	27,2	45,8	73,0
		Residual	-2,2	2,2	
		Std. Residual	-,4	,3	
	Centros privados	Count	11	12	23
		Expected Count	8,6	14,4	23,0
		Residual	2,4	-2,4	
		Std. Residual	,8	-,6	
Total	Count	80	135	215	
	Expected Count	80,0	135,0	215,0	

TABLA 4.7.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,387 ^a	2	,500
Likelihood Ratio	1,357	2	,507
Linear-by-Linear Association	,318	1	,573
N of Valid Cases	215		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,56.

TABLA 4.7.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Urgencias	Count	53	104	157
		Expected Count	58,4	98,6	157,0
		Residual	-5,4	5,4	
		Std. Residual	-,7	,5	
	UVI	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,0	-,8	
	Med. Int.	Count	0	4	4
		Expected Count	1,5	2,5	4,0
Residual		-1,5	1,5		
Std. Residual		-1,2	,9		
Neurología	Count	22	24	46	
	Expected Count	17,1	28,9	46,0	
	Residual	4,9	-4,9		
	Std. Residual	1,2	-,9		
Cardiología	Count	3	1	4	
	Expected Count	1,5	2,5	4,0	
	Residual	1,5	-1,5		
	Std. Residual	1,2	-1,0		
Neumología	Count	0	1	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	-,4	,4		
	Std. Residual	-,6	,5		
Cirugía Cardiovascular	Count	1	0	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	,6	-,6		
	Std. Residual	1,0	-,8		
Cirugía Vascular	Count	0	1	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	-,4	,4		

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Cirugía Vascular	Std. Residual	-,6	,5	
Total			Count	135	215
			Expected Count	135,0	215,0

TABLA 4.7.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	12,395 ^a	7	,088
Likelihood Ratio	14,868	7	,038
Linear-by-Linear Association	2,496	1	,114
N of Valid Cases	215		

a. 12 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

TABLA 4.7.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	80	12,51	8,91	1,00
	Mayores de 71	135	12,85	12,06	1,04
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	80	14:08:22	6:09:48	0:41:20
	Mayores de 71	135	14:32:51	4:54:31	0:25:20
EDAD	Menores de 70	80	62,79	7,77	,87
	Mayores de 71	135	81,44	5,96	,51

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,030	,046	-,219	213	,827	-,34
	Equal variances not assumed			-,236	202,819	,814	-,34
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	5,333	,022	-,535	213	,593	-0:24:28
	Equal variances not assumed			-,505	138,053	,615	-0:24:28
EDAD	Equal variances assumed	3,719	,055	-19,768	213	,000	-18,65
	Equal variances not assumed			-18,495	134,141	,000	-18,65

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,55	-3,40	2,72
	Equal variances not assumed	1,44	-3,18	2,50
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:45:47	-1:54:43	1:05:46
	Equal variances not assumed	0:48:29	-2:00:22	1:11:25
EDAD	Equal variances assumed	,94	-20,51	-16,79
	Equal variances not assumed	1,01	-20,64	-16,66

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,088$), entre el Servicio que se hace cargo de los enfermos y la edad de éstos, menores de 70 años o mayores de 71 años. (Tabla 4.7.15 – 1).

La Media de Estancia se sitúa en 12,73. (Tabla 4.7.15 – 2).

4.8. TROMBOFLEBITIS.-

Este diagnóstico fue al que se llegó tras la asistencia de 86 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC, cifra que corresponde al 9,59% de los enfermos del presente estudio (0,13% del total de urgencias). Se trata de 49 mujeres (56,97%) y de 37 hombres (42,53%). (Tabla 4.8).

4.8.1. FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Accedieron por sus Propios Medios 59 enfermos, siendo 36 mujeres y 23 hombres (68,96%), y los 27 restantes los hicieron por Medios Públicos (30,23%), lo que corresponde a 13 mujeres y 14 hombres.

Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 33,6 mujeres por Medios Propios y 25,4 hombres. Por lo que se refiere a los enfermos que accedieron a Urgencias, por Medios Públicos, los esperados serían 15,4 respecto a mujeres, y 11,6 respecto a los hombres. (Tabla 4.8.1).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,263$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y el Género de los pacientes diagnosticados de Tromboflebitis. (Tabla 4.8.1 – 1).

4.8.2. DESTINO y GENERO.-

Se ingresaron 46 enfermos (23 mujeres y 23 hombres), lo que equivale al 52,32% de los pacientes. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 26,2 mujeres y 19,8 hombres.

Hubo 24 pacientes que fueron enviados a sus domicilios, lo que corresponde a 18 mujeres y a seis hombres. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en tabla de Contingencia, es 13,7 mujeres y 10,3 hombres.

A la R.S. La Candelaria fueron derivados tres pacientes, una mujer y dos hombres. Cabrían esperar 1,7 mujeres y 1,3 hombres, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Un total de 11 enfermos (seis mujeres y cinco hombres) fueron enviados a su Centro de Salud. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos permitiría esperar 6,3 mujeres y 4,7 hombres.

Al Hospital, desde donde fueron Enviados, se derivaron dos enfermos, hombre y mujer, siendo lo esperado en la Distribución de Frecuencias 1,1 para mujeres, y 0,9 para hombres. (Tabla 4.8.2).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,304$) entre el Destino de los pacientes, y el Género de los mismos. (Tabla 4.8.2 – 1).

4.8.3. **ESTACION y GENERO.-**

La Estación más habitual de consulta por este motivo fue la Primavera con 12 mujeres y 13 hombres; las cifras que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, son de 14,2 en mujeres y 10,8 en hombres.

Acudieron en Verano 15 enfermos (ocho mujeres y siete hombres), los que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 8,5 mujeres y 6,5 hombres.

Otros 20 durante el Otoño (12 mujeres y ocho hombres). En la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, se esperarían 11,4 mujeres y 8,6 hombres.

Los 26 restantes en Invierno (17 mujeres y nueve hombres), las cifras que se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 14,8 para las mujeres y 11,2 para los hombres (Tabla 4.8.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,631$) entre la Estación en que acuden al Servicio de Urgencias los pacientes, y el Género de los mismos. (Tabla 4.8.3 – 1).

4.8.4. **FESTIVO y GENERO.-**

En día Festivo acudieron 19 pacientes (Coeficiente 0,14), lo que equivale al 19,76%; de ellos eran 11 mujeres y ocho hombres. Las cifras que cabría esperar, por

la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, son de 10,8 mujeres y de 8,2 hombres.

Haciéndolo los 67 restantes (79,31%) en día No Festivo (Coeficiente 0,27), que corresponden a 38 mujeres y a 29 hombres, siendo lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 38,2 para las mujeres y 28,8 para los hombres. (Tabla 4.8.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,927$) entre el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los pacientes. (Tabla 4.8.4 – 1).

4.8.5. **MOMENTO y GENERO.-**

Hubo cinco pacientes que acudieron de Madrugada (una mujer y cuatro hombres). Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, respecto de mujeres a 2,8 y 2,2 respecto a hombres. La Hora Media fue las 13:14.

El Momento de acudir al Servicio de Urgencias fue durante el Día en 43 pacientes (47,67%); cifra que corresponde a 26 mujeres y a 17 hombres. Las cifras que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían de 24,5 en mujeres y de 18,5 en hombres.

Durante la Tarde acudieron 33 pacientes (19 mujeres y 14 hombres); siendo 18,8 mujeres y 14,2 para los hombres los resultados que cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Por la Noche fueron atendidas tres mujeres y dos hombres, y las cifras esperadas por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, es de 2,8 para mujeres y 2,2 para los hombres. (Tabla 4.8.5).

No se encuentra diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,388$), entre el Momento del día de acudir a Urgencias y el Género de los enfermos. (Tabla 4.8.5 – 1).

4.8.6 **PROCEDENCIA y GENERO.-,**

La Iniciativa Propia fue la razón que tuvieron 58 enfermos (35 mujeres y 23 hombres) para acudir a Urgencias. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en tabla de contingencia, a 33 mujeres y a 25 hombres.

Hubo otros 24 enfermos que fueron derivados desde Centros Sanitarios Públicos (13 mujeres y 11 hombres), siendo los esperados en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, mujeres una cifra de 13,7 y hombres de 10,3.

Remitidos desde Centros Privados fueron una mujer y tres hombres, pudiendo esperarse por la Distribución de Frecuencias en Tabla de Contingencia, 2,3 en las mujeres y 1,7 en cuanto hombres. (Tabla 4.8.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,365$) entre la Procedencia y el Género de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias. (Tabla 4.8.6 – 1).

4.8.7 **SERVICIO y GENERO.**-

El Servicio que se encargó de su control fue el de Cirugía Cardiovascular en 11 casos, lo que corresponde a dos mujeres y a nueve hombres. Sin embargo, la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos muestra que podrían esperarse 6,3 en mujeres, y 4,7 en hombres.

El de Angiología y Cirugía Vascular tuvo 25 de ellos, que fueron 13 mujeres y 12 hombres. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, cabrían esperarse 14,2 en las mujeres, 10,8 en los hombres.

En el Servicio de Medicina Interna fue ingresada una mujer, si bien se podrían esperar cifras de 0,6 mujeres y de 0,4 hombres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Los Servicios de Ginecología, Cirugía general y de aparato digestivo, Traumatología A y Traumatología B, se hicieron cargo del ingreso, y/o posterior evolución, de 1 mujer cada uno de ellos. Además, la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para cada uno de ellos nos cabría esperar 0,6 para mujeres y 0,4 en hombres.

Correspondió al Servicio de Urgencias el control de los 45 enfermos restantes, que se corresponden con 29 mujeres y con 16 hombres. Podríamos esperar 25,6 mujeres y 19,4 hombres en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia. (Tabla 4.8.7).

No existe diferencia, estadísticamente significativa, ($p=0,107$) entre el Servicio que se hace cargo de los pacientes y el Género de dichos enfermos (Tabla 4.8.7 – 1).

4.8.8 **EDAD y GENERO.-**

La Media de Edad es de 60,64, siendo 59,08 en mujeres y 62,70 en hombres. El Rango es 27-94 en las mujeres, y 23-89 en los hombres. Hay 23 enfermos mayores de 71 años (13 mujeres y diez hombres) y 63 menores de la edad antedicha (36 mujeres y 27 hombres). El Rango es 27-94 en las mujeres, y 23-89 en los hombres.

En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos cabría esperar 35,9 para las mujeres menores de 70 años y 13,1 para las mayores de 71. Para los hombres menores de 70 años se podrían esperar 27,1 y 9,9 para los mayores de 71 años. (Tabla 4.8.8).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,959$) entre la edad mayor de 71 años, o menor de 70 años, y el Género de los pacientes. (Tabla 4.8.8 – 1).

4.8.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.-**

De los 86 pacientes que fueron diagnosticados de Tromboflebitis hubo 59 que accedieron, por sus Medios Propios, al Servicio de Urgencias. De ellos 50 eran menores de 70 años, y los nueve restantes mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 43,2 menores de 70 años, y 15,8 mayores de 71.

Mediante Medios públicos de transporte sanitario accedieron a Urgencias 27 enfermos. Había 13 menores de 70 años y 14 mayores de 71 años. Por lo que se podría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 19,8 para los menores de 70 años, y 7,2 para los mayores de 71 años. (Tabla 4.8.9).

Existe una diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,000$) entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos. Es más frecuente el acceso a Urgencias por sus propios medios en los enfermos menores de 70 años que en los mayores de 71. (Tabla 4.8.9 – 1).

4.8.10 **DESTINO y EDAD.-**

Se produjo el Ingreso hospitalario en 46 pacientes, de los 86 que fueron diagnosticados de Tromboflebitis. Habían 36 de ellos menores de 70 años y diez mayores de 71 años. Se podrían esperar 33,7 para los menores de 70 años, por la

Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y 12,3 respecto a los mayores de 71 años en la citada distribución.

A la Residencia Sanitaria La Candelaria fueron enviados tres enfermos, todos ellos menores de 70 años. Lo esperado por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, era de 2,2 menores de 70 años y 0,8 mayores de 71 años.

Fueron remitidos a sus domicilios 24 pacientes, menores de 70 años 16 de ellos y mayores de 71 los ocho restantes. En la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia cabrían esperar 17,6 para menores de 70 años, y 6,4 para mayores de 71 años.

Por lo que se refiere al Hospital, desde donde fueron derivados los enfermos, se enviaron dos pacientes. Eran uno menor de 70 años y el otro mayor de 71 años. Las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 1,5 menores de 70 años y 0,5 mayores de 71 años.

Hubo otros 11 pacientes que fueron destinados a su Centro de Salud, correspondientes a siete menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, se podrían esperar 8,1 en menores de 70 años y 2,9 en mayores de 71 años. (Tabla 4.8.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,511$) entre el Destino que tomaron los enfermos y la Edad mayor de 71 años, o menor de 70 años, de los enfermos. (Tabla 4.8.10 – 1).

4.8.11 **ESTACION y EDAD.**

Durante la Primavera acudieron al Servicio de Urgencias 25 pacientes, eran 18 de ellos menores de 70 años, y 7 mayores de 71 años. Las cifras que cabrían esperar, por la distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, serían de 18,3 en menores de 70 años y de 6,7 en mayores de 71 años.

En el Verano accedieron a Urgencias un total de 15 enfermos, se cuentan tres mayores de 71 años y 12 menores de 70 años. Mediante la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podrían esperar 11 menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 años.

En lo referente al Otoño, fueron 20 los enfermos. Había 16 menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de

Contingencia, nos haría esperar 14,7 para los menores de 70 años y 5,3 para los mayores de 71 años.

Por último, hubo 26 pacientes que acudieron en el Invierno. Se pueden contar 17 menores de 70 años y 9 mayores de 71 años. Nos cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 19 en fermos menores de 70 años y 7 mayores de 71 años. (Tabla 4.8.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,647$) entre la Estación del año en que acudieron a Urgencias los enfermos, y la edad menor de 70 años, o mayor de 71 años. (Tabla 4.8.11 – 1).

4.8.12 **FESTIVO y EDAD.**-

En día no Festivo acudieron al Servicio de Urgencias 67 enfermos diagnosticados de Tromboflebitis. Mayores de 71 años eran 20 de ellos, los 47 restantes menores de 70 años. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, a 49,1 en los menores de 70 años y a 17,9 en los mayores de 71 años.

En el caso de los días Festivos fueron a Urgencias 19 pacientes, lo que se corresponde con 16 menores de 70 años y tres mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 13,9 para menores de 70 años y 5,1 para mayores de 71 años (Tabla 4.8.12).

Tras cruzar estas dos variables, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,222$) entre la edad de los pacientes y el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o No festivo. (Tabla 4.8.12 – 1).

4.8.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Los pacientes que acudieron de Madrugada fueron cinco, todos ellos menores de 70 años. Lo que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, era de 3,7 menores de 70 años y 1,3 mayores de 70 años.

Durante el Día llegaron al Servicio de Urgencias 43 enfermos, de los cuales 31 eran menores de 70 años, y 12 mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos cabría esperar 31,5 menores de 70 años y 11,5 mayores de 71.

Por la Tarde fueron atendidos en Urgencias 33 pacientes, lo que engloba a 23 pacientes menores de 70 años y diez mayores de 71 años. Las cifras esperadas por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia suponían 24,2 en menores de 70 años y 8,8 en mayores de 71 años.

Respecto a la Noche cabe decir que acudieron a Urgencias cinco enfermos, había uno mayor de 71 años y los otros cuatro menores de 70 años. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 3,7 para los menores de 70 años y 1,3 para los mayores de 71 años. (Tabla 4.8.13).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,535$) entre el Momento de llegada al servicio de Urgencias y la edad de los pacientes. (Tabla 4.8.13 – 1).

4.8.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Por Iniciativa Propia acudieron al Servicio de Urgencias 58 enfermos, de los cuales 45 eran menores de 70 años y 13 mayores de 71 años. Al hacer la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 42,5 en menores de 70 años y 15,5 en mayores de 71 años.

Fueron derivados desde Centros Sanitarios Públicos 24 pacientes, correspondían a 15 menores de 70 años y 9 mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podrían esperar 17,6 para los menores de 70 años, y 6,4 para los mayores de 71 años.

A instancia de Centros Privados fueron enviados 4 enfermos, menores de 70 años tres de ellos y uno era mayor de 71 años. Las cifras que cabría esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia eran de 2,9 en menores de 70 años, y de 1,1 en mayores de 71 años (Tabla 4.8.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,372$) entre la Procedencia de los pacientes y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de dichos enfermos. (Tabla 4.8.14 – 1)

4.8.15 **SERVICIO y EDAD.**-

El Servicio de Urgencias se encargó del control de 45 enfermos, siendo 31 menores de 70 años y 14 mayores de 71 años. Se podrían esperar 33 menores de 70 años y 12 mayores de 71 según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	36	23	59
		Expected Count	33,6	25,4	59,0
		Residual Std. Residual	2,4 ,4	-2,4 -,5	
	Medios públicos	Count	13	14	27
		Expected Count	15,4	11,6	27,0
		Residual Std. Residual	-2,4 -,6	2,4 ,7	
Total		Count	49	37	86
		Expected Count	49,0	37,0	86,0

TABLA 4.8.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,251 ^b	1	,263		
Continuity Correction ^a	,781	1	,377		
Likelihood Ratio	1,245	1	,264		
Fisher's Exact Test ^a				,349	,188
Linear-by-Linear Association	1,237	1	,266		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,62.

TABLA 4.8.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	23	23	46
		Expected Count	26,2	19,8	46,0
		Residual	-3,2	3,2	
		Std. Residual	-,6	,7	
	Residencia Candelaria	Count	1	2	3
		Expected Count	1,7	1,3	3,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,5	,6	
	Domicilio	Count	18	6	24
		Expected Count	13,7	10,3	24,0
		Residual	4,3	-4,3	
		Std. Residual	1,2	-1,3	
	Hospital	Count	1	1	2
		Expected Count	1,1	,9	2,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,2	
Centro de Salud	Count	6	5	11	
	Expected Count	6,3	4,7	11,0	
	Residual	-,3	,3		
	Std. Residual	-,1	,1		
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,844 ^a	4	,304
Likelihood Ratio	5,030	4	,284
Linear-by-Linear Association	2,629	1	,105
N of Valid Cases	86		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

TABLA 4.8.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	12	13	25
		Expected Count	14,2	10,8	25,0
		Residual	-2,2	2,2	
		Std. Residual	-,6	,7	
	Verano	Count	8	7	15
		Expected Count	8,5	6,5	15,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,2	,2	
	Otoño	Count	12	8	20
		Expected Count	11,4	8,6	20,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,2	-,2	
Invierno	Count	17	9	26	
	Expected Count	14,8	11,2	26,0	
	Residual	2,2	-2,2		
	Std. Residual	,6	-,7		
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,727 ^a	3	,631
Likelihood Ratio	1,734	3	,629
Linear-by-Linear Association	1,705	1	,192
N of Valid Cases	86		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,45.

TABLA 4.8.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	38	29	67
		Expected Count	38,2	28,8	67,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	,0	,0	
	Si	Count	11	8	19
		Expected Count	10,8	8,2	19,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	-,1	
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,008 ^b	1	,927		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,008	1	,927		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,570
Linear-by-Linear Association	,008	1	,927		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,17.

TABLA 4.8.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	1	4	5
		Expected Count	2,8	2,2	5,0
		Residual	-1,8	1,8	
		Std. Residual	-1,1	1,3	
	Dia	Count	26	17	43
		Expected Count	24,5	18,5	43,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,3	-,3	
	Tarde	Count	19	14	33
		Expected Count	18,8	14,2	33,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,0	-,1	
Noche	Count	3	2	5	
	Expected Count	2,8	2,2	5,0	
	Residual	,2	-,2		
	Std. Residual	,1	-,1		
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,026 ^a	3	,388
Likelihood Ratio	3,107	3	,375
Linear-by-Linear Association	,540	1	,463
N of Valid Cases	86		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

TABLA 4.8.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	35	23	58
		Expected Count	33,0	25,0	58,0
		Residual	2,0	-2,0	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Centros públicos	Count	13	11	24
		Expected Count	13,7	10,3	24,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,2	,2	
	Centros privados	Count	1	3	4
		Expected Count	2,3	1,7	4,0
		Residual	-1,3	1,3	
		Std. Residual	-,8	1,0	
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,014 ^a	2	,365
Likelihood Ratio	2,034	2	,362
Linear-by-Linear Association	1,500	1	,221
N of Valid Cases	86		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,72.

TABLA 4.8.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Urgencias	Count	29	16	45
		Expected Count	25,6	19,4	45,0
		Residual	3,4	-3,4	
		Std. Residual	,7	-,8	
	Med. Int.	Count	1	0	1
		Expected Count	,6	,4	1,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,6	-,7	
	C. Gral. y Dig.	Count	1	0	1
		Expected Count	,6	,4	1,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,6	-,7	
	Traumatología B	Count	1	0	1
		Expected Count	,6	,4	1,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,6	-,7	
Traumatología A	Count	1	0	1	
	Expected Count	,6	,4	1,0	
	Residual	,4	-,4		
	Std. Residual	,6	-,7		
Cirugía Cardiovascular	Count	2	9	11	
	Expected Count	6,3	4,7	11,0	
	Residual	-4,3	4,3		
	Std. Residual	-1,7	2,0		
Cirugía Vascular	Count	13	12	25	
	Expected Count	14,2	10,8	25,0	
	Residual	-1,2	1,2		
	Std. Residual	-,3	,4		
Ginecología	Count	1	0	1	
	Expected Count	,6	,4	1,0	
	Residual	,4	-,4		
	Std. Residual	,6	-,7		

Crosstab

		GENERO		Total
		Mujer	Hombre	
Total	Count	49	37	86
	Expected Count	49,0	37,0	86,0

TABLA 4.8.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	11,806 ^a	7	,107
Likelihood Ratio	13,919	7	,053
Linear-by-Linear Association	1,512	1	,219
N of Valid Cases	86		

a. 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

TABLA 4.8.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	36	27	63
		Expected Count	35,9	27,1	63,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	,0	
	Mayores de 71	Count	13	10	23
		Expected Count	13,1	9,9	23,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	49	37	86	
	Expected Count	49,0	37,0	86,0	

TABLA 4.8.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,003 ^b	1	,959		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,003	1	,959		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,575
Linear-by-Linear Association	,003	1	,959		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,90.

TABLA 4.8.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	49	5,78	7,48	1,07
	Hombre	37	6,16	7,71	1,27
HORA DE LLEGADA	Mujer	49	13:44:19	4:11:26	0:35:55
	Hombre	37	13:43:47	4:33:02	0:44:53
EDAD	Mujer	49	59,08	17,40	2,49
	Hombre	37	62,70	13,52	2,22

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,155	,286	-,234	84	,815	-,39
	Equal variances not assumed			-,233	76,406	,816	-,39
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,059	,808	,010	84	,992	0:00:32
	Equal variances not assumed			,009	74,085	,992	0:00:32
EDAD	Equal variances assumed	2,947	,090	-1,049	84	,297	-3,62
	Equal variances not assumed			-1,086	83,915	,281	-3,62

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,65	-3,67	2,90
	Equal variances not assumed	1,66	-3,69	2,92
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	0:56:49	-1:52:27	1:53:33
	Equal variances not assumed	0:57:29	-1:54:00	1:55:05
EDAD	Equal variances assumed	3,45	-10,49	3,24
	Equal variances not assumed	3,33	-10,25	3,01

Crosstabs

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	50	9	59
		Expected Count	43,2	15,8	59,0
		Residual	6,8	-6,8	
		Std. Residual	1,0	-1,7	
	Medios públicos	Count	13	14	27
		Expected Count	19,8	7,2	27,0
		Residual	-6,8	6,8	
		Std. Residual	-1,5	2,5	
Total		Count	63	23	86
		Expected Count	63,0	23,0	86,0

TABLA 4.8.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	12,663 ^b	1	,000		
Continuity Correction ^a	10,864	1	,001		
Likelihood Ratio	12,090	1	,001		
Fisher's Exact Test ^a				,001	,001
Linear-by-Linear Association	12,516	1	,000		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,22.

TABLA 4.8.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	36	10	46
		Expected Count	33,7	12,3	46,0
		Residual	2,3	-2,3	
		Std. Residual	,4	-,7	
	Residencia Candelaria	Count	3	0	3
		Expected Count	2,2	,8	3,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,5	-,9	
	Domicilio	Count	16	8	24
		Expected Count	17,6	6,4	24,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,4	,6	
	Hospital	Count	1	1	2
		Expected Count	1,5	,5	2,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,4	,6	
	Centro de Salud	Count	7	4	11
		Expected Count	8,1	2,9	11,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,4	,6	
Total	Count	63	23	86	
	Expected Count	63,0	23,0	86,0	

TABLA 4.8.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,287 ^a	4	,511
Likelihood Ratio	3,964	4	,411
Linear-by-Linear Association	2,249	1	,134
N of Valid Cases	86		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,53.

TABLA 4.8.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	18	7	25
		Expected Count	18,3	6,7	25,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Verano	Count	12	3	15
		Expected Count	11,0	4,0	15,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,3	-,5	
	Otoño	Count	16	4	20
		Expected Count	14,7	5,3	20,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,4	-,6	
	Invierno	Count	17	9	26
		Expected Count	19,0	7,0	26,0
		Residual	-2,0	2,0	
		Std. Residual	-,5	,8	
Total	Count	63	23	86	
	Expected Count	63,0	23,0	86,0	

TABLA 4.8.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,655 ^a	3	,647
Likelihood Ratio	1,662	3	,645
Linear-by-Linear Association	,242	1	,623
N of Valid Cases	86		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,01.

TABLA 4.8.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	47	20	67
		Expected Count	49,1	17,9	67,0
		Residual	-2,1	2,1	
		Std. Residual	-,3	,5	
	Si	Count	16	3	19
		Expected Count	13,9	5,1	19,0
		Residual	2,1	-2,1	
		Std. Residual	,6	-,9	
Total	Count	63	23	86	
	Expected Count	63,0	23,0	86,0	

TABLA 4.8.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,494 ^b	1	,222		
Continuity Correction ^a	,862	1	,353		
Likelihood Ratio	1,620	1	,203		
Fisher's Exact Test ^a				,258	,178
Linear-by-Linear Association	1,476	1	,224		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,08.

TABLA 4.8.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	5	0	5
		Expected Count	3,7	1,3	5,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,7	-1,2	
	Dia	Count	31	12	43
		Expected Count	31,5	11,5	43,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Tarde	Count	23	10	33
		Expected Count	24,2	8,8	33,0
		Residual	-1,2	1,2	
		Std. Residual	-,2	,4	
Noche	Count	4	1	5	
	Expected Count	3,7	1,3	5,0	
	Residual	,3	-,3		
	Std. Residual	,2	-,3		
Total	Count	63	23	86	
	Expected Count	63,0	23,0	86,0	

TABLA 4.8.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,184 ^a	3	,535
Likelihood Ratio	3,473	3	,324
Linear-by-Linear Association	,413	1	,520
N of Valid Cases	86		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,34.

TABLA 4.8.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	45	13	58
		Expected Count	42,5	15,5	58,0
		Residual	2,5	-2,5	
		Std. Residual	,4	-,6	
	Centros públicos	Count	15	9	24
		Expected Count	17,6	6,4	24,0
		Residual	-2,6	2,6	
		Std. Residual	-,6	1,0	
	Centros privados	Count	3	1	4
		Expected Count	2,9	1,1	4,0
		Residual	,1	-,1	
		Std. Residual	,0	-,1	
Total	Count	63	23	86	
	Expected Count	63,0	23,0	86,0	

TABLA 4.8.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,979 ^a	2	,372
Likelihood Ratio	1,903	2	,386
Linear-by-Linear Association	1,071	1	,301
N of Valid Cases	86		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,07.

TABLA 4.8.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Urgencias	Count	31	14	45
		Expected Count	33,0	12,0	45,0
		Residual	-2,0	2,0	
		Std. Residual	-,3	,6	
	Med. Int.	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,3	-,5	
	C. Gral. y Dig.	Count	0	1	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,9	1,4	
	Traumatología B	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,3	-,5	
Traumatología A	Count	0	1	1	
	Expected Count	,7	,3	1,0	
	Residual	-,7	,7		
	Std. Residual	-,9	1,4		
Cirugía Cardiovascular	Count	7	4	11	
	Expected Count	8,1	2,9	11,0	
	Residual	-1,1	1,1		
	Std. Residual	-,4	,6		
Cirugía Vascular	Count	22	3	25	
	Expected Count	18,3	6,7	25,0	
	Residual	3,7	-3,7		
	Std. Residual	,9	-1,4		
Ginecología	Count	1	0	1	
	Expected Count	,7	,3	1,0	
	Residual	,3	-,3		

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Ginecología	Std. Residual	,3	-,5	
Total		Count	63	23	86
		Expected Count	63,0	23,0	86,0

TABLA 4.8.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	10,305 ^a	7	,172
Likelihood Ratio	11,314	7	,125
Linear-by-Linear Association	1,346	1	,246
N of Valid Cases	86		

a. 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

TABLA 4.8.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	63	6,00	8,06	1,02
	Mayores de 71	23	5,78	6,03	1,26
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	63	13:37:51	4:25:24	0:33:26
	Mayores de 71	23	14:01:10	4:06:58	0:51:29
EDAD	Menores de 70	63	53,65	12,00	1,51
	Mayores de 71	23	79,78	6,56	1,37

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,068	,154	,118	84	,907	,22
	Equal variances not assumed			,134	52,198	,894	,22
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,079	,779	-,367	84	,714	-0:23:19
	Equal variances not assumed			-,380	41,824	,706	-0:23:19
EDAD	Equal variances assumed	6,550	,012	-9,893	84	,000	-26,13
	Equal variances not assumed			-12,814	70,950	,000	-26,13

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	1,85	-3,46	3,89
	Equal variances not assumed	1,62	-3,03	3,46
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:03:30	-2:29:37	1:42:59
	Equal variances not assumed	1:01:24	-2:27:14	1:40:36
EDAD	Equal variances assumed	2,64	-31,38	-20,88
	Equal variances not assumed	2,04	-30,20	-22,07

Los Servicios de Medicina Interna y Traumatología B se hicieron cargo del Ingreso, y/o posterior control, de un paciente cada uno, dichos pacientes eran menores de 70 años. Cabrían esperar 0,7 en los menores de 70 años, y 0,3 en los mayores de 71 años, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Asimismo los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Traumatología B se encargaron de otro enfermo cada uno de ellos. Los dos enfermos eran mayores de 71 años y lo esperado por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, era de 0,7 menores de 70 años y 0,3 mayores de 71.

Por lo que se refiere al Servicio de Cirugía Cardiovascular, se encargó de siete pacientes menores de 70 años, siendo esperados 8,1 en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, y otros cuatro enfermos mayores de 71 años (y cabrían esperar 2,9 en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia).

El Servicio de Angiología y cirugía vascular fue el encargado de 25 enfermos, siendo 22 menores de 70 años y tres mayores de 71. Los que cabría esperar en el Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, son 18,3 menores de 70 años y 6,7 mayores de 71 años. (Tabla 4.8.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,172$) entre el Servicio en el que Ingresan, o son controlados posteriormente los pacientes, y la edad de los mismos sean mayores de 71 años o menores de 70 años. (Tabla 4.8.15 – 1).

El Tiempo Medio de Estancia se sitúa en 5,15 (Tabla 4.8.15 - 2).

4.9. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.-

Fueron diagnosticados 18 enfermos de TEP, de los 896 de este estudio, lo que corresponde al 1,96% y al 0,027% del total de Urgencias. Se contabilizaron 12 mujeres (66,6%) y 6 hombres (33,3%). (Tabla 4.9).

4.9.1 FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Accedieron por Medios Públicos un hombre y siete mujeres, si bien cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia 5,3 para las mujeres, y 2,7 para los hombres.

Haciéndolo por sus Propios Medios otras cinco mujeres y los cinco hombres restantes, y por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 6,7 en mujeres y 5,3 en hombres (Tabla 4.9.1).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,094$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias y el Género de los pacientes (Tabla 4.9.1 – 1).

4.9.2 **DESTINO y GENERO.**-

Fueron ingresados en el HUC 17 enfermos, de los cuales 12 eran mujeres y cinco hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 11,3 en las mujeres y 5,7 en los hombres.

Asimismo, un hombre fue remitido a su Centro de Salud. Cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 0,7 respecto de mujeres y 0,3 respecto a los hombres (Tabla 4.9.2)

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,146$), entre el Destino que tomaron los enfermos y el Género de estos enfermos (Tabla 4.9.2 – 1).

4.9.3 **ESTACION y GENERO.**-

Por lo que se refiere a Estación del Año, acudieron ocho pacientes en Primavera (cinco mujeres y tres hombres), siendo 5,3 en mujeres y 2,7 en hombres los que se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

En Verano fueron atendidos cinco pacientes, grupo formado por tres mujeres y dos hombres; los que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 3,3 para las mujeres y 1,7 para los hombres.

En Otoño acudieron al Servicio de Urgencias una mujer y un hombre y podrían esperarse, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, en las mujeres 1,3 y en los hombres 0,7.

En Invierno fueron atendidas tres mujeres y, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, se esperarían dos mujeres y un hombre (Tabla 4.9.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,591$) entre la Estación en que acudieron los enfermos al Servicio de Urgencias, y el Género de los pacientes (Tabla 4.9.3 – 1).

4.9.4 **FESTIVO y GENERO.**-

Acudieron a Urgencias 15 enfermos en día No Festivo y los otros tres en día Festivo. De los enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias en día No festivo 11 eran mujeres, y los otros cuatro hombres. Se podrían esperar diez mujeres y cinco hombres, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Fueron una mujer y dos hombres los que demandaron asistencia urgente en día Festivo. Los que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran una mujer y dos hombres (Tabla 4.9.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,180$), entre el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los pacientes (Tabla 4.9.4 – 1).

4.9.5 **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

Acudieron al Servicio de Urgencias siete enfermos durante el Día (cuatro mujeres y tres hombres), por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse en mujeres 4,7 y en hombres 2,3.

Por la Tarde lo hicieron otros seis (cuatro mujeres y dos hombres). Estas cifras son, además, las que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Durante la Noche fueron cinco (cuatro mujeres y un hombre) los enfermos que acudieron a Urgencias, y fueron diagnosticados de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Cabría esperar 3,3 en las mujeres, y 1,7 en los hombres, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia(Tabla 4.9.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,710$), entre el Momento de Llegada al Servicio de Urgencias y el Género de los pacientes. (Tabla 4.9.5 – 1).

4.9.6 **PROCEDENCIA y GENERO.-**

A su Propia Iniciativa se debió la decisión tomada para acudir al Servicio de Urgencias en diez enfermos (seis mujeres y cuatro hombres); cifras de 6,7 para las

mujeres y 3,3 para los hombres eran las que se podría esperar, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Siendo remitidos desde Centros Públicos los otros ocho, lo cual corresponde a seis mujeres y a dos hombres. Cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, en mujeres 5,3 y en hombres 2,7 (Tabla 4.9.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,502$), entre la Procedencia de los enfermos diagnosticados de T.E.P., y el Género de los pacientes (Tabla 4.9.6 – 1).

4.9.7 **SERVICIO y GENERO.**-

Hubo nueve pacientes, de ellos seis mujeres y tres hombres, que fueron controlados por el Servicio de Urgencias del H.U.C. Estas cifras coinciden con aquellas que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

En el Servicio de Medicina Interna fue donde quedaron ingresados, y/o controlados, otros seis enfermos. Mujeres eran cuatro de ellos y dos hombres. Estas cifras son las que cabría esperar por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Otros dos en el Servicio de Neumología, mujer y hombre, y se podría esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, en las mujeres 1,3 y en los hombres 0,7.

En la Unidad Coronaria fue ingresado un paciente hombre y, se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia 0,7 para las mujeres, y 0,3 para los hombres (Tabla 4.9.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,861$), entre el Servicio que se encarga del Ingreso, y/o evolución posterior, y el Género de los enfermos (Tabla 4.9.7 – 1).

4.9.8 **EDAD y GENERO.**-

La Edad Mayor de 71 años incluye a nueve enfermos, lo que corresponde a cinco mujeres y a cuatro hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar seis mujeres y tres hombres.

Menores de esa Edad eran los nueve restantes, tratándose de siete mujeres y de dos hombres. Igualmente eran seis mujeres, y tres los hombres, los que se podrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.9.8).

La Media de Edad es 69,00, con una Media de 66,42 en las mujeres y de 74,17 en los hombres. El Rango de la edad es 32-95 para mujeres, y 67-82 para hombres (Tabla 4.9.8 – 1).

No existe diferencia estadísticamente significativa, ($p=0,317$) entre la edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los pacientes y el Género de los mismos.

4.9.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias diez pacientes por sus Propios medios, de los cuales había seis menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 años. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, a cinco mujeres y cinco hombres.

Los ocho pacientes restantes accedieron mediante medios de transporte sanitario Público, formando parte de este grupo tres enfermos menores de 70 años y cinco mayores de 71 años. Cabrían esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a cuatro mujeres y a cuatro hombres (Tabla 4.9.9).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,343$), entre la Forma de acceso al Servicio de Urgencias y la edad de los enfermos, mayores de 71 años o menores de 70 años (Tabla 4.9.9 – 1).

4.9.10 **DESTINO y EDAD.**-

Fueron ingresados ocho enfermos menores de 70 años, y nueve mayores de 71 años. Los que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 8,5 mujeres y 8,5 hombres.

Al Centro de Salud fue enviado un paciente menor de 70 años, y se podrían esperar según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 0,5 respectivamente para hombres y mujeres (Tabla 4.9.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,303$), entre el Destino que tomaron los enfermos y el Género de dichos enfermos (Tabla 4.9.10 – 1).

4.9.11 **ESTACION y EDAD.**-

De los ocho pacientes que acudieron en la Primavera, había seis menores de 70 años, y dos mayores de 71 años. Los que se podría esperar, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, serían cuatro mujeres y cuatro hombres.

Fueron cinco los enfermos que accedieron al Servicio de Urgencias en Verano, había dos menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 2,5 en mujeres y 2,5 en hombres.

Otros dos pacientes acudieron en el Otoño, tratándose de uno mayor de 71 años y uno menor de 70 años. Estos datos coinciden con los que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Durante el Invierno hubo tres enfermos mayores de 71 años que acudieron a Urgencias. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 1,5 en los menores de 70 años y 1,5 en los mayores de 71 años (Tabla 4.9.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,158$), entre la Estación del año en que acudieron los enfermos y la edad mayor de 71 años o menor de 70, de los citados pacientes (Tabla 4.9.11 – 1).

4.9.12 **FESTIVO y EDAD.**-

Acudieron 15 enfermos en día No festivo, de los cuales nueve eran menores de 70 años y seis mayores de 71 años. Las cifras que se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran de 7,5 para los menores de 70 años y de 7,5 para los mayores de 71 años.

Por otra parte fueron atendidos tres pacientes, mayores de 71 años, en día Festivo. Cabrían esperar 1,5 en menores de 70 años y 1,5 en mayores de 71 años (Tabla 4.9.12).

Es más frecuente, con una diferencia estadísticamente próxima a la significación ($p=0,058$), los pacientes mayores de 71 años que acuden al Servicio de Urgencias en día Festivo y son diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (Tabla 4.9.12 – 1).

4.9.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Durante el Día acudieron siete enfermos, siendo tres menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 3,5 en los menores de 70 años y 3,5 en los mayores de 71 años.

Fueron seis los pacientes que fueron atendidos por la Tarde, menores de 70 años eran tres de ellos y los otros tres mayores de 71 años. Estas cifras coinciden con las que cabrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Otros cinco enfermos acudieron de Noche, de ellos eran tres menores de 70 años y dos mayores de 71 años. Podrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, 2,5 para los menores de 70 años, y 2,5 para los mayores de 71 años (Tabla 4.9.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,842$), entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias y la edad de los enfermos, menores de 70 años, o mayores de 71 años (Tabla 4.9.13 – 1).

4.9.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Llegaron diez pacientes por su Propia Iniciativa, eran cinco menores de 70 años y cinco mayores de 71 años. Estas cifras coinciden con aquellas que cabría esperar por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Fueron derivados desde Centros Sanitarios Públicos ocho enfermos, dónde cuatro eran menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia se podrían esperar otros cuatro mayores de 71 años, y cuatro menores de 70 años (Tabla 4.9.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=1,000$), entre la Procedencia de los pacientes y la edad menor de 70 años, o mayor de 71 (Tabla 4.9.14 – 1).

4.9.15 **SERVICIO y EDAD.**-

El Servicio de Urgencias se encargó de nueve enfermos, correspondiendo a cinco menores de 70 años y a cuatro mayores de 71 años. Cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, cifras de 4,5 en menores de 70 años, y 4,5 en mayores de 71 años.

Fue ingresado en la Unidad Coronaria un enfermo menor de 70 años, siendo 0,5 la cantidad esperada para menores de 70 años, y de 0,5 para mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Pasaron al Servicio de Medicina Interna seis pacientes, había dos menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar tres menores de 70 años, y tres mayores de 71 años (Tabla 4.9.15).

Finalmente dos enfermos fueron al Servicio de Neumología, mayor de 71 años y menor de 70 cada uno de ellos. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos da cifras idénticas a las observadas en este estudio.

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,708$), entre el Servicio que se hace cargo del ingreso, y/o posterior evolución, de los pacientes diagnosticados de T.E.P., y la Edad de dichos enfermos, menor de 70 años, o mayor de 71 años (Tabla 4.9.15 – 1).

4.10. VASCULOTRAUMAS.-

En el Servicio de Urgencias fueron diagnosticados dos pacientes de traumatismo vascular (cifra que corresponde al 0,22 % del presente estudio y 0,003% del total de urgencias), más concretamente de dos hombres, uno, de 70 años con rotura de Aorta Traumática y el otro, de 33 años con rotura poplítea (Tabla 4.10).

Los dos pacientes accedieron al Servicio de Urgencias trasladados por la Unidad 061, sólo que uno de ellos lo hizo por su Propia Iniciativa, siendo el otro remitido desde el Hospital Bellevue.

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	5	5	10
		Expected Count	6,7	3,3	10,0
		Residual	-1,7	1,7	
		Std. Residual	-,6	,9	
		Count	7	1	8
	Medios públicos	Expected Count	5,3	2,7	8,0
		Residual	1,7	-1,7	
		Std. Residual	,7	-1,0	
		Count	12	6	18
		Expected Count	12,0	6,0	18,0

TABLA 4.9.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,813 ^b	1	,094		
Continuity Correction ^a	1,378	1	,240		
Likelihood Ratio	3,023	1	,082		
Fisher's Exact Test ^a				,152	,120
Linear-by-Linear Association	2,656	1	,103		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

TABLA 4.9.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	12	5	17
		Expected Count	11,3	5,7	17,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,3	
	Centro de Salud	Count	0	1	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,8	1,2	
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,118 ^b	1	,146		
Continuity Correction ^a	,132	1	,716		
Likelihood Ratio	2,317	1	,128		
Fisher's Exact Test ^a				,333	,333
Linear-by-Linear Association	2,000	1	,157		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

TABLA 4.9.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	5	3	8
		Expected Count	5,3	2,7	8,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,2	
	Verano	Count	3	2	5
		Expected Count	3,3	1,7	5,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,2	,3	
	Otoño	Count	1	1	2
		Expected Count	1,3	,7	2,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,3	,4	
	Invierno	Count	3	0	3
		Expected Count	2,0	1,0	3,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,7	-1,0	
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,913 ^a	3	,591
Likelihood Ratio	2,827	3	,419
Linear-by-Linear Association	,773	1	,379
N of Valid Cases	18		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

TABLA 4.9.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	11	4	15
		Expected Count	10,0	5,0	15,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,3	-,4	
	Si	Count	1	2	3
		Expected Count	2,0	1,0	3,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,7	1,0	
Total		Count	12	6	18
		Expected Count	12,0	6,0	18,0

TABLA 4.9.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,800 ^b	1	,180		
Continuity Correction ^a	,450	1	,502		
Likelihood Ratio	1,698	1	,193		
Fisher's Exact Test ^a				,245	,245
Linear-by-Linear Association	1,700	1	,192		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

TABLA 4.9.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	4	3	7
		Expected Count	4,7	2,3	7,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,3	,4	
	Tarde	Count	4	2	6
		Expected Count	4,0	2,0	6,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Noche	Count	4	1	5
		Expected Count	3,3	1,7	5,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,4	-,5	
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,686 ^a	2	,710
Likelihood Ratio	,712	2	,701
Linear-by-Linear Association	,642	1	,423
N of Valid Cases	18		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

TABLA 4.9.5 -1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	6	4	10
		Expected Count	6,7	3,3	10,0
		Residual	-,7	,7	
	Centros públicos	Count	6	2	8
		Expected Count	5,3	2,7	8,0
		Residual	,7	-,7	
Std. Residual		-,3	,4		
		,3	-,4		
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,450 ^b	1	,502		
Continuity Correction ^a	,028	1	,867		
Likelihood Ratio	,457	1	,499		
Fisher's Exact Test ^a				,638	,437
Linear-by-Linear Association	,425	1	,514		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

TABLA 4.9.6 -1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Urgencias	Count	6	3	9
		Expected Count	6,0	3,0	9,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Unidad Coronaria	Count	1	0	1
		Expected Count	,7	,3	1,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,4	-,6	
	Med. Int.	Count	4	2	6
		Expected Count	4,0	2,0	6,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Neumología	Count	1	1	2	
	Expected Count	1,3	,7	2,0	
	Residual	-,3	,3		
	Std. Residual	-,3	,4		
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,750 ^a	3	,861
Likelihood Ratio	1,046	3	,790
Linear-by-Linear Association	,110	1	,740
N of Valid Cases	18		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

TABLA 4.9.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	7	2	9
		Expected Count	6,0	3,0	9,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,4	-,6	
	Mayores de 71	Count	5	4	9
		Expected Count	6,0	3,0	9,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,4	,6	
Total	Count	12	6	18	
	Expected Count	12,0	6,0	18,0	

TABLA 4.9.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,000 ^b	1	,317		
Continuity Correction ^a	,250	1	,617		
Likelihood Ratio	1,014	1	,314		
Fisher's Exact Test ^a				,620	,310
Linear-by-Linear Association	,944	1	,331		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,00.

TABLA 4.9.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	12	16,33	10,21	2,95
	Hombre	6	15,83	13,51	5,52
HORA DE LLEGADA	Mujer	12	16:01:45	6:17:52	1:49:04
	Hombre	6	11:30:10	6:05:20	2:29:08
EDAD	Mujer	12	66,42	20,13	5,81
	Hombre	6	74,17	8,11	3,31

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	,875	,364	,088	16	,931	,50
	Equal variances not assumed			,080	7,967	,938	,50
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,189	,670	1,452	16	,166	4:31:35
	Equal variances not assumed			1,470	10,424	,171	4:31:35
EDAD	Equal variances assumed	4,116	,059	-,896	16	,383	-7,75
	Equal variances not assumed			-1,159	15,668	,264	-7,75

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	5,67	-11,53	12,53
	Equal variances not assumed	6,25	-13,93	14,93
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	3:06:59	-2:04:50	11:08:00
	Equal variances not assumed	3:04:46	-2:17:52	11:21:02
EDAD	Equal variances assumed	8,65	-26,08	10,58
	Equal variances not assumed	6,69	-21,95	6,45

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	6	4	10
		Expected Count	5,0	5,0	10,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,4	-,4	
	Medios públicos	Count	3	5	8
		Expected Count	4,0	4,0	8,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,5	,5	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,900 ^b	1	,343		
Continuity Correction ^a	,225	1	,635		
Likelihood Ratio	,908	1	,341		
Fisher's Exact Test ^a				,637	,319
Linear-by-Linear Association	,850	1	,357		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

TABLA 4.9.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	8	9	17
		Expected Count	8,5	8,5	17,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,2	,2	
	Centro de Salud	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,7	-,7	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,059 ^b	1	,303		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,445	1	,229		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	1,000	1	,317		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

TABLA 4.9.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	6	2	8
		Expected Count	4,0	4,0	8,0
		Residual	2,0	-2,0	
		Std. Residual	1,0	-1,0	
	Verano	Count	2	3	5
		Expected Count	2,5	2,5	5,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,3	,3	
	Otoño	Count	1	1	2
		Expected Count	1,0	1,0	2,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Invierno	Count	0	3	3
		Expected Count	1,5	1,5	3,0
		Residual	-1,5	1,5	
		Std. Residual	-1,2	1,2	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	5,200 ^a	3	,158
Likelihood Ratio	6,453	3	,092
Linear-by-Linear Association	4,293	1	,038
N of Valid Cases	18		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

TABLA 4.9.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	9	6	15
		Expected Count	7,5	7,5	15,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,5	-,5	
	Si	Count	0	3	3
		Expected Count	1,5	1,5	3,0
		Residual	-1,5	1,5	
		Std. Residual	-1,2	1,2	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,600 ^b	1	,058		
Continuity Correction ^a	1,600	1	,206		
Likelihood Ratio	4,763	1	,029		
Fisher's Exact Test ^a				,206	,103
Linear-by-Linear Association	3,400	1	,065		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

TABLA 4.9.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	3	4	7
		Expected Count	3,5	3,5	7,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,3	,3	
	Tarde	Count	3	3	6
		Expected Count	3,0	3,0	6,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Noche	Count	3	2	5
		Expected Count	2,5	2,5	5,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,3	-,3	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,343 ^a	2	,842
Likelihood Ratio	,345	2	,842
Linear-by-Linear Association	,321	1	,571
N of Valid Cases	18		

a. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,50.

TABLA 4.9.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	5	5	10
		Expected Count	5,0	5,0	10,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Centros públicos	Count	4	4	8
		Expected Count	4,0	4,0	8,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,000 ^b	1	1,000		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,681
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	18				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

TABLA 4.9.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Urgencias	Count	5	4	9
		Expected Count	4,5	4,5	9,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Unidad Coronaria	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,7	-,7	
	Med. Int.	Count	2	4	6
		Expected Count	3,0	3,0	6,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,6	,6	
Neumología	Count	1	1	2	
	Expected Count	1,0	1,0	2,0	
	Residual	,0	,0		
	Std. Residual	,0	,0		
Total	Count	9	9	18	
	Expected Count	9,0	9,0	18,0	

TABLA 4.9.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,778 ^a	3	,620
Likelihood Ratio	2,177	3	,536
Linear-by-Linear Association	,153	1	,696
N of Valid Cases	18		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

TABLA 4.9.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	9	11,22	8,00	2,67
	Mayores de 71	9	21,11	11,77	3,92
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	9	15:06:20	6:34:47	2:11:35
	Mayores de 71	9	13:56:06	6:37:29	2:12:29
EDAD	Menores de 70	9	55,67	13,04	4,35
	Mayores de 71	9	82,33	7,63	2,54

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	,692	,418	-2,084	16	,054	-9,89
	Equal variances not assumed			-2,084	14,086	,056	-9,89
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,001	,974	,376	16	,712	1:10:13
	Equal variances not assumed			,376	15,999	,712	1:10:13
EDAD	Equal variances assumed	3,393	,084	-5,295	16	,000	-26,67
	Equal variances not assumed			-5,295	12,906	,000	-26,67

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,74	-19,95	,17
	Equal variances not assumed	4,74	-20,06	,28
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	3:06:44	-5:25:39	7:46:05
	Equal variances not assumed	3:06:44	-5:25:39	7:46:06
EDAD	Equal variances assumed	5,04	-37,34	-15,99
	Equal variances not assumed	5,04	-37,55	-15,78

Ambos acudieron en Verano, uno de ellos por la Tarde y el otro de Madrugada. En día Festivo fue atendido uno y el otro en día No Festivo. La Hora Media fue las 4:08, y el Tiempo de Estancia de 20,50.

Los dos enfermos fueron ingresados en el Servicio de Cirugía Cardiovascular.

4.11. PATOLOGIA AORTICA.-

Este diagnóstico engloba a aquellos pacientes afectados de Disección Aórtica, donde se incluyeron tres enfermos, de Aneurismas de Aorta torácica, con otros tres pacientes, y de aneurismas de Aorta abdominal, donde se incluyeron nueve enfermos. Por lo tanto este grupo se compone de 15 pacientes, hombres todos. Representa la Patología un 1,67% del trabajo presente y el 0,022% del número total de urgencias que fueron atendidas en el HUC.

4.11.1 FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Por sus Propios Medios accedieron siete enfermos, haciéndolo por Medios Públicos los ocho restantes (Tabla 4.11.1).

4.11.2 DESTINO y GENERO.-

Ingresaron los 15 enfermos, siendo lógicamente 15 los que cabría esperar en la Distribución de frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.11.2).

4.11.3 ESTACION y GENERO.-

Acudieron seis enfermos durante la Primavera, otros tres en el Verano. Hubo tres en el Otoño, y tres más en Invierno. Todas las cifras coinciden con las que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.11.3).

4.11.4 FESTIVO y GENERO.-

Fueron 11 los pacientes que acudieron en día No Festivo, y 11 los esperados en la citada Distribución de Frecuencia. En día Festivo fueron los cuatro restantes (Tabla 4.11.4).

4.11.5 **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

De Madrugada acudieron dos pacientes. Durante las horas de Día fueron siete los enfermos que demandaron asistencia sanitaria urgente. Hubo cuatro pacientes más que lo hicieron por la Tarde, y otros dos por la Noche. Todos estos casos coinciden, con los que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.11.5).

4.11.6 **PROCEDENCIA y GENERO.-**

Acudieron diez enfermos por su Propia Iniciativa, y otros cuatro fueron derivados desde Centros Sanitarios Públicos. Por último, se remitió desde un Centro Privado al paciente restante (Tabla 4.11.6).

4.11.7 **SERVICIO y GENERO.-**

Quedaron ingresados en la Unidad Coronaria dos pacientes. Pasaron al Servicio de Cirugía Cardiovascular siete enfermos, y cinco más al de Angiología y Cirugía vascular. El Servicio de Cardiología se hizo cargo de un paciente (Tabla 4.11.7).

4.11.8 **EDAD y GENERO.-**

Menores de 70 años eran ocho pacientes, y mayores de 71 los siete enfermos restantes. La Media de la Edad es 67,20. El Rango de la edad es de 37-85 (Tabla 4.11.8).

4.11.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.-**

Mediante el uso de Medios Propios accedieron al Servicio de Urgencias siete pacientes. De ellos había tres menores de 70 años, y los otros cuatro mayores de 71 años. Mediante la Distribución de frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podría esperar 3,7 en menores de 70 años, y 3.3 en mayores de 71.

Fueron ocho los enfermos que llegaron a Urgencias en Medios de transporte Sanitario Público, de los cuales eran tres mayores de 71 años y cinco los menores de 70 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 3,7 para los mayores de 71 años, y 4,3 en los menores de 70 años (Tabla 4.11.9).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,447$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, y la edad de los pacientes, mayores de 71 años, o menores de 70 años (Tabla 4.11.9 – 1).

4.11.10 **DESTINO y EDAD.**-

Fueron ingresados los 15 enfermos, y no se puede computar si existen diferencias, estadísticamente significativas, entre el Destino de los pacientes, y la edad menor de 70 años o mayor de 71 de los mismos (Tabla 4.11.10).

4.11.11 **ESTACION y EDAD.**-

Acudieron cuatro enfermos menores de 70 años, y dos mayores de 71, en la Primavera. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 3,2 menores de 70 años, y 2,8 mayores de 71 años.

Fueron tres los pacientes que acudieron en Verano, todos ellos menores de 70 años. Sin embargo, la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar a 1,6 menores de 70 años, y 1,4 mayores de 71 años.

Los enfermos que llegaron en el Otoño fueron tres, pero en este caso eran mayores de 71 años. Suponía, la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para menores de 70 años 1,6, y 1,4 para los mayores de 71 años.

Finalmente otros tres pacientes acudieron en el Invierno, siendo uno menor de 70 años y dos mayores de 71. Los esperados, según la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, eran 1,6 menores de 70 años, y 1,4 los mayores de 71 años (Tabla 4.11.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,073$), entre la Estación del año en que acuden los pacientes, y la edad de los enfermos mayor de 71 años, o menor de 70 años (Tabla 4.11.11 – 1).

4.11.12 **FESTIVO y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias 11 pacientes en día no Festivo, siendo cinco menores de 70 años, y seis mayores de 71 años. Podrían esperarse, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cifras de 5,9 menores de 70 años, y mayores de 71 cabrían esperar 5,1.

Los cuatro enfermos restantes acudieron en día Festivo, eran tres menores de 70 años y uno mayor de 71 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, permitiría esperar 2,1 en los menores de 70 años, y 1,9 en los mayores de 71 años (Tabla 4.11.12).

No existe diferencia estadísticamente significativa, con $p=0,310$, entre acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y la edad mayor de 71 años, o menor de 70, de los enfermos (Tabla 4.11.12 – 1).

4.11.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Fueron 2 enfermos los que acudieron de Madrugada, mayor de 71 años y menor de 70 cada uno de ellos. Lo esperado, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran cifras de 1,1 menores de 70 años, y 0,9 mayores de 71 años.

Durante el Día se pueden contar siete pacientes, siendo tres de ellos menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 años. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, nos suponía 3,7 para menores de 70 años, y de 3,3 para mayores de 71.

Por la Tarde son cuatro los enfermos, correspondiendo a dos menores de 70 años, y a otros dos mayores de 71 años. Cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 2,1 en los menores de 70 años, y a 1,9 en los mayores e 71 años.

Finalmente, hubo dos pacientes durante las horas de Noche, menores de 70 años. Podrían esperarse, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, valores de 1,1 menores de 70 años, y 0,9 mayores de 71 años (Tabla 4.11.13).

Tras la comparación de estas dos variables, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,555$) entre el Momento de llegada a Urgencias y a edad de los enfermos que acuden, menores de 70 años, o mayores de 71, y son diagnosticados de patología aórtica (Tabla 4.11.13 – 1).

4.11.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Acudieron diez pacientes por Iniciativa Propia, siendo cinco mayores de 71 años y cinco menores de 70 años de edad. Las cifras que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponían 5,3 menores de 70 años y 4,7 mayores de 71 años.

Fueron remitidos desde Centros Públicos dos enfermos menores de 70 años, siendo 2,1 los esperados por la Distribución de Frecuencias, y dos mayores de 71 años. Los que podrían esperarse, según la Citada Distribución de Frecuencias, eran 1,9.

Había un paciente que fue remitido desde un centro Privado. Lo que cabría esperar, mediante la Distribución de frecuencias, eran valores de 0,5 en menores de 70 años, y 0,5 en mayores de 71 años (Tabla 4.11.14).

No se encuentra diferencia, que sea estadísticamente significativa ($p=0,626$), entre la Procedencia de los enfermos y la edad menor o mayor de 71 años de los pacientes (Tabla 4.11.14 – 1).

4.11.15 **SERVICIO y EDAD.**-

Menores de 70 años eran los dos enfermos ingresados en la Unidad Coronaria, siendo 1,1 y 0,9 los esperados en los menores de 70 años, y mayores de 71 respectivamente, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

El Servicio de Cardiología se encargó de un paciente menor de 70 años, sin embargo eran los esperados en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 0,5 menores de 70 años y 0,5 mayores de 71 años.

Otros siete enfermos pasaron al Servicio de Cirugía Cardiovascular, tratándose de cuatro menores de 70 años, y tres mayores de 71 años. Lo que cabría esperar, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 3,7 en menores de 70 años y 3,3 en mayores de 71 años.

Finalmente, fueron cinco pacientes los que pasaron al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, de ellos había uno menor de 70 años y cuatro mayores de 71. En la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, podría esperarse 2,7 para los menores de 70 años, y 2,3 para los mayores de 71 años

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,179$), entre el Servicio que se encargó de los enfermos, y la edad de los mismos, mayores de 71 años, o menores de 70 años.

Acudieron al Servicio de Urgencias siete de ellos durante las horas del Día; por la Tarde lo hicieron otros cuatro; se contabilizaron dos pacientes durante la Noche y los otros dos de Madrugada. La Hora Media fue las 17:35.

La decisión de acudir a Urgencias fue por su Propia Iniciativa en diez enfermos, desde un Hospital Privado fue enviado un paciente siendo los otros cuatro remitidos desde Centros Públicos. Por sus Propios Medios accedieron siete de ellos, haciéndolo por Medios Públicos los ocho restantes.

Acudieron tres enfermos durante el Verano, haciéndolo en Primavera otros seis pacientes. Solicitaron asistencia en Urgencias tres enfermos durante el Otoño y los otros tres en el Invierno. En día Festivo fueron atendidos cuatro pacientes (Coeficiente de 0,03) y en día No Festivo los 11 enfermos restantes (Coeficiente de 0,04).

Tienen edad menor de 70 años ocho enfermos, siendo mayores de 70 años los otros siete pacientes. Con una Media de 67,2 para la Edad. La Edad más habitual fue de 68 años. El Rango es de 37-85.

Fueron ingresados los 15 pacientes. En la Unidad Coronaria dos enfermos de ellos, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular se Ingresaron siete pacientes, otros cinco en Angiología y Cirugía vascular y un enfermo en el Servicio de Cardiología (Tabla 4.11.15).

El Tiempo Medio de Estancia en el Servicio de Urgencias fue de 9,93 horas.

4.12. BLOQUEOS AURICULOVENTRICULARES.-

Hubo 39 enfermos diagnosticados de Bloqueo Auriculoventricular (BAV), siendo este diagnóstico el realizado en el 0,059% del total de enfermos asistidos en el Servicio de Urgencias del HUC, y se corresponde con el 4,35% de las urgencias cardiovasculares.

En este grupo hay 16 mujeres (41%) y 23 hombres (59%). El diagnóstico de BAV incluyó a seis enfermos que presentaron una disfunción de sus marcapasos y a otros ocho enfermos afectados de un síncope (0,89% del presente trabajo). Tabla 4.12.

4.12.1 FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Fueron 25 los enfermos que accedieron por sus Propios medios al Servicio de Urgencias, de los cuales 11 eran mujeres y 14 hombres. Mediante la Distribución de

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO	
			Hombre	Total
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	7	7
		Expected Count	7,0	7,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Medios públicos	Count	8	8
		Expected Count	8,0	8,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
Total		Count	15	15
		Expected Count	15,0	15,0

TABLA 4.11.1

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENER O	Total
			Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	15	15
		Expected Count	15,0	15,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
		Total		15
		Count	15	15
		Expected Count	15,0	15,0

TABLA 4.11.2

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because DESTINO and GENERO are constants.

TABLA 4.11.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO	
			Hombre	Total
ESTACION	Primavera	Count	6	6
		Expected Count	6,0	6,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Verano	Count	3	3
		Expected Count	3,0	3,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Otoño	Count	3	3
		Expected Count	3,0	3,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Invierno	Count	3	3
		Expected Count	3,0	3,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
Total	Count	15	15	
	Expected Count	15,0	15,0	

TABLA 4.11.3

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENER O	
			Hombre	Total
FESTIVO	No	Count	11	11
		Expected Count	11,0	11,0
		Residual Std. Residual	,0 ,0	
	Si	Count	4	4
		Expected Count	4,0	4,0
		Residual Std. Residual	,0 ,0	
Total		Count	15	15
		Expected Count	15,0	15,0

TABLA 4.11.4

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO	
			Hombre	Total
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	2	2
		Expected Count	2,0	2,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Dia	Count	7	7
		Expected Count	7,0	7,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Tarde	Count	4	4
		Expected Count	4,0	4,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
Noche	Count	2	2	
	Expected Count	2,0	2,0	
	Residual	,0		
	Std. Residual	,0		
Total	Count	15	15	
	Expected Count	15,0	15,0	

TABLA 4.11.5

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO	Total
			Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	10	10
		Expected Count	10,0	10,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Centros públicos	Count	4	4
		Expected Count	4,0	4,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Centros privados	Count	1	1
		Expected Count	1,0	1,0
Residual		,0		
Std. Residual		,0		
Total	Count	15	15	
	Expected Count	15,0	15,0	

TABLA 4.11.6

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO	
			Hombre	Total
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	2	2
		Expected Count	2,0	2,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Cardiología	Count	1	1
		Expected Count	1,0	1,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
	Cirugía Cardiovascular	Count	7	7
		Expected Count	7,0	7,0
		Residual	,0	
		Std. Residual	,0	
Cirugía Vascular	Count	5	5	
	Expected Count	5,0	5,0	
	Residual	,0		
	Std. Residual	,0		
Total		Count	15	15
		Expected Count	15,0	15,0

TABLA 4.11.7

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO	Total
			Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	8	8
		Expected Count	8,0	8,0
		Residual Std. Residual	,0	,0
	Mayores de 71	Count	7	7
		Expected Count	7,0	7,0
		Residual Std. Residual	,0	,0
Total	Count	15	15	
	Expected Count	15,0	15,0	

TABLA 4.11.8

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because GENERO is a constant.

TABLA 4.11.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	0 ^a	,	,	,
	Hombre	15	9,67	16,60	4,29
HORA DE LLEGADA	Mujer	0 ^a	,	,	,
	Hombre	15	12:54:00	6:14:33	1:36:42
EDAD	Mujer	0 ^a	,	,	,
	Hombre	15	67,20	13,16	3,40

a. t cannot be computed because at least one of the groups is empty.

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	3	4	7
		Expected Count	3,7	3,3	7,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,4	,4	
	Medios públicos	Count	5	3	8
		Expected Count	4,3	3,7	8,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,4	-,4	
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	

TABLA 4.11.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,579 ^b	1	,447		
Continuity Correction ^a	,059	1	,809		
Likelihood Ratio	,582	1	,446		
Fisher's Exact Test ^a				,619	,405
Linear-by-Linear Association	,540	1	,462		
N of Valid Cases	15				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,27.

TABLA 4.11.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	8	7	15
		Expected Count	8,0	7,0	15,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
		Residual	,0	,0	
Total		Count	8	7	15
		Expected Count	8,0	7,0	15,0
		Count			

TABLA 4.11.10

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	a
Likelihood Ratio	a
N of Valid Cases	15

a. No statistics are computed because DESTINO is a constant.

TABLA 4.11.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	4	2	6
		Expected Count	3,2	2,8	6,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,4	-,5	
	Verano	Count	3	0	3
		Expected Count	1,6	1,4	3,0
		Residual	1,4	-1,4	
		Std. Residual	1,1	-1,2	
	Otoño	Count	0	3	3
		Expected Count	1,6	1,4	3,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-1,3	1,4	
Invierno	Count	1	2	3	
	Expected Count	1,6	1,4	3,0	
	Residual	-,6	,6		
	Std. Residual	-,5	,5		
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	

TABLA 4.11.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	6,964 ^a	3	,073
Likelihood Ratio	9,270	3	,026
Linear-by-Linear Association	2,382	1	,123
N of Valid Cases	15		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,40.

TABLA 4.11.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	5	6	11
		Expected Count	5,9	5,1	11,0
		Residual	-,9	,9	
	Si	Count	3	1	4
		Expected Count	2,1	1,9	4,0
		Residual	,9	-,9	
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	

TABLA 4.11.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,029 ^b	1	,310		
Continuity Correction ^a	,184	1	,668		
Likelihood Ratio	1,071	1	,301		
Fisher's Exact Test ^a				,569	,338
Linear-by-Linear Association	,960	1	,327		
N of Valid Cases	15				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,87.

TABLA 4.11.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	1	1	2
		Expected Count	1,1	,9	2,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Dia	Count	3	4	7
		Expected Count	3,7	3,3	7,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,4	,4	
	Tarde	Count	2	2	4
		Expected Count	2,1	1,9	4,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Noche	Count	2	0	2
Expected Count		1,1	,9	2,0	
Residual		,9	-,9		
Std. Residual		,9	-1,0		
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	

TABLA 4.11.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,085 ^a	3	,555
Likelihood Ratio	2,849	3	,415
Linear-by-Linear Association	1,047	1	,306
N of Valid Cases	15		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,93.

TABLA 4.11.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	5	5	10
		Expected Count	5,3	4,7	10,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,2	
	Centros públicos	Count	2	2	4
		Expected Count	2,1	1,9	4,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Centros privados	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,6	-,7	
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	
	Count				

TABLA 4.11.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,938 ^a	2	,626
Likelihood Ratio	1,320	2	,517
Linear-by-Linear Association	,429	1	,513
N of Valid Cases	15		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

TABLA 4.11.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	2	0	2
		Expected Count	1,1	,9	2,0
		Residual	,9	-,9	
		Std. Residual	,9	-1,0	
	Cardiología	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,6	-,7	
	Cirugía Cardiovascular	Count	4	3	7
		Expected Count	3,7	3,3	7,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Cirugía Vascular	Count	1	4	5
		Expected Count	2,7	2,3	5,0
		Residual	-1,7	1,7	
		Std. Residual	-1,0	1,1	
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8,0	7,0	15,0	

TABLA 4.11.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,898 ^a	3	,179
Likelihood Ratio	6,163	3	,104
Linear-by-Linear Association	3,214	1	,073
N of Valid Cases	15		

a. 8 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

TABLA 4.11.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	8	12,75	22,58	7,98
	Mayores de 71	7	6,14	4,63	1,75
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	8	13:08:07	8:01:52	2:50:22
	Mayores de 71	7	12:37:51	3:56:22	1:29:20
EDAD	Menores de 70	8	57,25	9,48	3,35
	Mayores de 71	7	78,57	4,08	1,54

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,559	,134	,757	13	,462	6,61
	Equal variances not assumed			,809	7,670	,443	6,61
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	6,219	,027	,151	13	,883	0:30:16
	Equal variances not assumed			,157	10,457	,878	0:30:16
EDAD	Equal variances assumed	1,292	,276	-5,501	13	,000	-21,32
	Equal variances not assumed			-5,778	9,761	,000	-21,32

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	8,73	-12,25	25,46
	Equal variances not assumed	8,17	-12,38	25,59
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	3:20:59	-6:43:57	7:44:29
	Equal variances not assumed	3:12:22	-6:35:50	7:36:22
EDAD	Equal variances assumed	3,88	-29,70	-12,95
	Equal variances not assumed	3,69	-29,57	-13,07

Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 10,3 las mujeres y 14,7 los hombres.

Mediante el uso de Medios de transporte sanitario público acudieron los 14 pacientes restantes, siendo cinco las mujeres y nueve los hombres. Cabrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 5,7 en las mujeres y 8,3 en los hombres (Tabla 4.12.1).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,614$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, y el Género de los pacientes que acuden, y fueron diagnosticados de Bloqueo Auriculoventricular. (Tabla 4.12.1 – 1).

4.12.2 **DESTINO y GENERO.**-

Ingresaron 14 mujeres y 21 hombres, siendo 14,4 la cifra esperada para las mujeres, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, y 20,6 para los hombres en la citada Distribución.

A la Clínica La Colina se destinó un hombre. Por la Distribución de Frecuencias, en Tabla de Contingencia, se esperarían 0,4 para mujeres y 0,6 para hombres.

Una mujer fue enviada a su domicilio, y podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cifras de 0,4 en mujeres y 0,6 en hombres.

Otra mujer fue remitida al hospital, desde donde fue derivada, siendo idénticas a las anteriores las cifras esperadas por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Finalmente, se destinó al Centro de Salud a un hombre. Igualmente las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, coinciden con las anteriores (Tabla 4.12.2)

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,369$), entre el Destino que tomaron los enfermos, y el Género de los mismos (Tabla 4.12.2 – 1).

4.12.3 **ESTACION y GENERO.**-

En la Primavera acudieron dos enfermos, siendo diagnosticados de Blo queo AV, eran una mujer y un hombre. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 0,8 en mujeres y 1,2 en hombres.

Hubo un total de 14 pacientes, mujeres seis y hombres ocho, que accedieron en Verano. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 5,7 para las mujeres y 8,3 para los hombres.

Otros 13 enfermos acudieron en el Otoño, siendo siete mujeres y seis hombres. Las cifra que se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponían 5,3 mujeres y 7,7 hombres.

Durante el Invierno las mujeres fueron dos y los hombres ocho, y cabrían esperar 4,1 para las mujeres y 5,9 para los hombres, en el Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.12.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,424$), entre la Estación del año en que acudieron a urgencias los pacientes, y el Género de los enfermos (Tabla 4.12.3 – 1).

4.12.4 **FESTIVO y GENERO.**-

En día no Festivo fueron 28 enfermos, mujeres 12 y hombres 16. Se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 11,5 en mujeres y a 16,5 en hombres.

Los restantes 11 pacientes, cuatro mujeres y siete hombres, acudieron en día Festivo. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabría esperar 4,5 para mujeres y 6,5 para hombres (Tabla 4.12.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,711$), entre el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los pacientes (Tabla 4.12.4 – 1).

4.12.5 **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.**-

Acudieron 23 pacientes en las horas del Día, lo cual se corresponde con diez mujeres y 13 hombres. Sin embargo, la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 9,4 mujeres y 13,6 hombres.

Por la Tarde fueron diez los que acudieron, siendo tres mujeres y siete hombres. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podría esperar 4,1 en mujeres y 5,9 en hombres (Tabla 4.12.5).

Fueron seis los enfermos que acudieron durante la Noche, correspondiéndose con tres mujeres y con tres hombres. Cabría esperar 2,5 para las mujeres y 3,5 para los hombres, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.12.5 – 1).

4.12.6 **PROCEDENCIA y GENERO.**-

Por su Propia Iniciativa acudieron diez mujeres y 17 hombres, siendo 11,1 lo esperado para las mujeres y 15,9 para los hombres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Desde Centros Públicos fueron derivados 11 pacientes, seis mujeres y cinco hombres. Según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 4,5 mujeres y 6,5 hombres.

Procedentes de Centros Privados hubo un hombre. Aquí la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 0,4 en las mujeres y 0,6 en los hombres (Tabla 4.12.6)

No existe diferencia, estadísticamente significativa con $p=0,427$, entre la Procedencia de los pacientes y el Género de los mismos (Tabla 4.12.6 – 1)

4.12.7 **SERVICIO y GENERO.**-

En la Unidad Coronaria ingresaron 12 mujeres y 16 hombres, siendo 11,5 mujeres y 16,5 hombres lo que Cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Otros nueve enfermos pasaron al Servicio de Cardiología, tratándose de cuatro mujeres y de cinco hombres. Podría esperarse, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cifras de 3,7 en mujeres y de 5,3 en hombres.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se hizo cargo de dos hombres, siendo 0,8 lo esperado para las mujeres y 1,2 para los hombres (Tabla 4.12.7).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,479$), entre el Servicio al que pasaron los enfermos y la edad, menor de 70 años, o mayor de 71, de los pacientes (Tabla 4.12.7 – 1).

4.12.8 **EDAD y GENERO.-**

Las mujeres mayores de 71 años fueron 13, igual que los hombres, y menores de 70 años hubo tres mujeres y diez hombres. La Media de la Edad es 72,77, con cifras de 76,19 en las mujeres y 70,39 en los hombres. La edad tiene un Rango en las mujeres 38-91, y en los hombres 38-83.

Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 5,3 mujeres menores de 70 años, y 10,7 mayores de 71. Siendo 7,7 lo esperado para los hombres menores de 70 años, y 15,3 para los mayores de 71 años (Tabla 4.12.8).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,107$), entre la edad de los pacientes, menores de 70 años, o mayores de 71, y el Género de los mismos (Tabla 4.12.8 – 1).

4.12.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.-**

Llegaron ocho mujeres y 17 hombres por sus Propios Medios, siendo 8,3 lo esperado para las mujeres, y 16,7 para los hombres.

Por Medios Públicos fueron 14 los enfermos que llegaron al Servicio de Urgencias, lo que corresponde a cinco mujeres y a nueve hombres. Cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, en las mujeres 4,7 y en los hombres 9,3 (Tabla 4.12.9).

No existe diferencia estadísticamente significativa, con $p=0,813$, entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, y el Género de los pacientes. (Tabla 4.12.9 – 1).

4.12.10 **DESTINO y EDAD.-**

De los 35 pacientes que ingresaron había 13 menores de 70 años, y 22 mayores de 71. Podrían esperarse 11,7 menores de 70 años, y 23,3 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia.

Era mayor de 71 años el hombre que fue enviado a la Clínica La Colina, siendo 0,3 lo esperado para las mujeres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de contingencia, y 0,7 para los hombres.

También tenía mas de 71 años el hombre que fue remitido a su domicilio, las cifras esperadas por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, son idénticas a las anteriores.

Al Hospital desde donde fue derivado, se trasladó otro hombre mayor de 71 años. Asimismo, las cifra que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, son de 0,3 en mujeres y de 0,7 en hombres.

Otro hombre, mayor de 71 años, fue enviado a su Centro de Salud. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, son cifras iguales a las anteriores (Tabla 4.12.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,694$), entre el Destino de los pacientes y la edad de los mismos, menor de 70 años, o ma yor de 71 (Tabla 4.12.10 – 1).

4.12.11 **ESTACION y EDAD.**-

En la Primavera acudieron dos enfermos mayores de 71 años, siendo 0,7 y 1,3 las cifra esperadas, respectivamente, para los menores de 70 años y los mayores de 71.

Fueron 14 los pacientes en Verano, eran tres de ellos menores de 70 años, y 11 mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 4,7 en los menores de 70 años, y 9,3 en los mayores de 71 años.

Otros 13 enfermos acudieron en Otoño de los cuales cinco tenían menos de 70 años, y ocho eran mayores de 71 años. Cabrían esperar 4,3 en menores de 70 años, y 8,7 en mayores de 71.

Por último, en Invierno, llegaron diez enfermos. Se trataba de cinco menores de 70 años y cinco mayores de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla

de Contingencia, se esperarían 6,7 mayores de 71 años y 3,3 menores de 70 (Tabla 4.12.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,348$) entre la estación del año en que acudieron los enfermos, y la edad menor de 70 años o mayor de 71, de los pacientes (Tabla 4.12.11 – 1).

4.12.12 **FESTIVO y EDAD.**-

Menores de 70 años eran nueve enfermos que acudieron en día no Festivo, y otros 19 mayores de 71 años. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaban 9,3 menores de 70 años, y 18,7 mayores de 71.

En día Festivo fueron 11 pacientes los que acudieron al Servicio de Urgencias en día Festivo, siendo cuatro menores de 70 años, y siete mayores de 71. Serían 3,7 los menores de 70 años, y 7,3 los mayores de 71 que se podría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.12.12).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,801$), entre el acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y la edad mayor de 71 años o menor de 70, de los enfermos que acuden, y fueron diagnosticados de Bloqueo AV (Tabla 4.12.12 – 1).

4.12.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Durante el Día acudieron al Servicio de Urgencias ocho menores de 70 años, y 15 mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, las cifra esperadas eran de 7,7 menores de 70 años y 15,3 mayores de 71 años.

Por la Tarde fueron tres los menores de 70 años y siete los mayores de 71. Cabría esperar 3,3 menores de 70 años, y 6,7 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Fueron seis los pacientes que llegaron por la Noche al Servicio de Urgencias, y fueron diagnosticados de Bloqueo AV, de los cuales dos eran menores de 70 años y cuatro mayores de 71 años. Coinciden con los que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.12.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,965$) entre el Momento de llegada al Servicio de Urgencias, y la edad de los enfermos, menores de 70 años o mayores de 71 (Tabla 4.12.13 – 1).

4.12.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Por Iniciativa propia acudieron 27 enfermos, menores de 70 años ocho de ellos y 19 mayores de 71 años. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran nueve menores de 70 años y 18 mayores de 71 años.

Desde Centros Sanitarios Públicos fueron derivados cuatro menores de 70 años y siete mayores de 71 años. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 3,7 los menores de 70 años y 7,3 los mayores de 71 que podrían esperarse.

Fue enviado un paciente menor de 70 años desde un Centro Privado. Podría esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 0,3 menores de 70 años y 0,7 en los mayores de 71 años (Tabla 4.12.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,331$) entre la Procedencia de los enfermos, y la edad menor de 70 años, o mayor de 71 de estos pacientes (Tabla 4.12.14 – 1).

4.12.15 **SERVICIO y EDAD.**-

De los 28 enfermos que ingresaron en la Unidad Coronaria había diez menores de 70 años, y 18 mayores de 71. Los que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 9,3 en menores de 70 años y 18,7 en mayores de 71.

El Servicio de Cardiología se encargó de un enfermo menor de 70 años, y de ocho mayores de 71. Los que se podrían esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran tres menores de 70 años y ocho mayores de 71 años.

En el Servicio de Cirugía Cardiovascular pasaron a ser controlados dos pacientes, menores de 70 años. Según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 0,7 los esperados menores de 70 años y 1,3 los mayores de 71 años (Tabla 4.12.15).

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	11	14	25
		Expected Count	10,3	14,7	25,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Medios públicos	Count	5	9	14
		Expected Count	5,7	8,3	14,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,3	,3	
Total		Count	16	23	39
		Expected Count	16,0	23,0	39,0

TABLA 4.12.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,255 ^b	1	,614		
Continuity Correction ^a	,027	1	,869		
Likelihood Ratio	,257	1	,612		
Fisher's Exact Test ^a				,740	,437
Linear-by-Linear Association	,248	1	,618		
N of Valid Cases	39				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,74.

TABLA 4.12.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	14	21	35
		Expected Count	14,4	20,6	35,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	La Colina	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,5	
	Domicilio	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,9	-,8	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,9	-,8	
Centro de Salud	Count	0	1	1	
	Expected Count	,4	,6	1,0	
	Residual	-,4	,4		
	Std. Residual	-,6	,5		
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,282 ^a	4	,369
Likelihood Ratio	5,691	4	,223
Linear-by-Linear Association	,600	1	,439
N of Valid Cases	39		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

TABLA 4.12.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	1	1	2
		Expected Count	,8	1,2	2,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Verano	Count	6	8	14
		Expected Count	5,7	8,3	14,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Otoño	Count	7	6	13
		Expected Count	5,3	7,7	13,0
		Residual	1,7	-1,7	
		Std. Residual	,7	-,6	
	Invierno	Count	2	8	10
		Expected Count	4,1	5,9	10,0
		Residual	-2,1	2,1	
		Std. Residual	-1,0	,9	
	Total	Count	16	23	39
		Expected Count	16,0	23,0	39,0

TABLA 4.12.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,796 ^a	3	,424
Likelihood Ratio	2,955	3	,399
Linear-by-Linear Association	,980	1	,322
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

TABLA 4.12.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	12	16	28
		Expected Count	11,5	16,5	28,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Si	Count	4	7	11
		Expected Count	4,5	6,5	11,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,2	,2	
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,138 ^b	1	,711		
Continuity Correction ^a	,000	1	,993		
Likelihood Ratio	,139	1	,709		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,134	1	,714		
N of Valid Cases	39				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,51.

TABLA 4.12.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	10	13	23
		Expected Count	9,4	13,6	23,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Tarde	Count	3	7	10
		Expected Count	4,1	5,9	10,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,5	,5	
	Noche	Count	3	3	6
		Expected Count	2,5	3,5	6,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,3	-,3	
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,759 ^a	2	,684
Likelihood Ratio	,775	2	,679
Linear-by-Linear Association	,000	1	,991
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,46.

TABLA 4.12.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	10	17	27
		Expected Count	11,1	15,9	27,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,3	,3	
	Centros públicos	Count	6	5	11
		Expected Count	4,5	6,5	11,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,7	-,6	
	Centros privados	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,5	
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,704 ^a	2	,427
Likelihood Ratio	2,050	2	,359
Linear-by-Linear Association	,168	1	,682
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

TABLA 4.12.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	12	16	28
		Expected Count	11,5	16,5	28,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Cardiología	Count	4	5	9
		Expected Count	3,7	5,3	9,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Cirugía Cardiovascular	Count	0	2	2
		Expected Count	,8	1,2	2,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,9	,8	
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,474 ^a	2	,479
Likelihood Ratio	2,194	2	,334
Linear-by-Linear Association	1,181	1	,277
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

TABLA 4.12.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	3	10	13
		Expected Count	5,3	7,7	13,0
		Residual	-2,3	2,3	
		Std. Residual	-1,0	,8	
	Mayores de 71	Count	13	13	26
		Expected Count	10,7	15,3	26,0
		Residual	2,3	-2,3	
		Std. Residual	,7	-,6	
Total	Count	16	23	39	
	Expected Count	16,0	23,0	39,0	

TABLA 4.12.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	2,596 ^b	1	,107		
Continuity Correction ^a	1,603	1	,205		
Likelihood Ratio	2,713	1	,100		
Fisher's Exact Test ^a				,169	,102
Linear-by-Linear Association	2,530	1	,112		
N of Valid Cases	39				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,33.

TABLA 4.12.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	16	8,63	11,52	2,88
	Hombre	23	4,35	7,28	1,52
HORA DE LLEGADA	Mujer	16	13:42:26	5:12:43	1:18:10
	Hombre	23	11:51:54	4:50:27	1:00:33
EDAD	Mujer	16	76,19	12,54	3,13
	Hombre	23	70,39	12,03	2,51

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	4,650	,038	1,423	37	,163	4,28
	Equal variances not assumed			1,314	23,266	,202	4,28
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,000	,989	1,133	37	,265	1:50:31
	Equal variances not assumed			1,118	30,834	,272	1:50:31
EDAD	Equal variances assumed	,006	,938	1,455	37	,154	5,80
	Equal variances not assumed			1,444	31,541	,159	5,80

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	3,01	-1,81	10,37
	Equal variances not assumed	3,25	-2,45	11,01
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:37:33	-1:27:09	5:08:11
	Equal variances not assumed	1:38:53	-1:31:13	5:12:16
EDAD	Equal variances assumed	3,98	-2,28	13,87
	Equal variances not assumed	4,01	-2,39	13,98

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	8	17	25
		Expected Count	8,3	16,7	25,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Medios públicos	Count	5	9	14
		Expected Count	4,7	9,3	14,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,2	-,1	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,056 ^b	1	,813		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,055	1	,814		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,542
Linear-by-Linear Association	,054	1	,816		
N of Valid Cases	39				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,67.

TABLA 4.12.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	13	22	35
		Expected Count	11,7	23,3	35,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,4	-,3	
	La Colina	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,6	,4	
	Domicilio	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,6	,4	
	Hospital	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,6	,4	
Centro de Salud	Count	0	1	1	
	Expected Count	,3	,7	1,0	
	Residual	-,3	,3		
	Std. Residual	-,6	,4		
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,229 ^a	4	,694
Likelihood Ratio	3,468	4	,483
Linear-by-Linear Association	1,784	1	,182
N of Valid Cases	39		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

TABLA 4.12.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	0	2	2
		Expected Count	,7	1,3	2,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,8	,6	
	Verano	Count	3	11	14
		Expected Count	4,7	9,3	14,0
		Residual	-1,7	1,7	
		Std. Residual	-,8	,5	
	Otoño	Count	5	8	13
		Expected Count	4,3	8,7	13,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Invierno	Count	5	5	10
		Expected Count	3,3	6,7	10,0
		Residual	1,7	-1,7	
		Std. Residual	,9	-,6	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,297 ^a	3	,348
Likelihood Ratio	3,914	3	,271
Linear-by-Linear Association	3,145	1	,076
N of Valid Cases	39		

a. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

TABLA 4.12.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	9	19	28
		Expected Count	9,3	18,7	28,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Si	Count	4	7	11
		Expected Count	3,7	7,3	11,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,2	-,1	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,063 ^b	1	,801		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,063	1	,802		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,542
Linear-by-Linear Association	,062	1	,804		
N of Valid Cases	39				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,67.

TABLA 4.12.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	8	15	23
		Expected Count	7,7	15,3	23,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Tarde	Count	3	7	10
		Expected Count	3,3	6,7	10,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,2	,1	
	Noche	Count	2	4	6
		Expected Count	2,0	4,0	6,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,072 ^a	2	,965
Likelihood Ratio	,072	2	,964
Linear-by-Linear Association	,023	1	,881
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

TABLA 4.12.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	8	19	27
		Expected Count	9,0	18,0	27,0
		Residual	-1,0	1,0	
		Std. Residual	-,3	,2	
	Centros públicos	Count	4	7	11
		Expected Count	3,7	7,3	11,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Centros privados	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	1,2	-,8	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	
	Count				

TABLA 4.12.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,212 ^a	2	,331
Likelihood Ratio	2,412	2	,299
Linear-by-Linear Association	1,142	1	,285
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

TABLA 4.12.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Unidad Coronaria	Count	10	18	28
		Expected Count	9,3	18,7	28,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Cardiología	Count	1	8	9
		Expected Count	3,0	6,0	9,0
		Residual	-2,0	2,0	
		Std. Residual	-1,2	,8	
	Cirugía Cardiovascular	Count	2	0	2
		Expected Count	,7	1,3	2,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	1,6	-1,2	
Total	Count	13	26	39	
	Expected Count	13,0	26,0	39,0	

TABLA 4.12.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	6,071 ^a	2	,048
Likelihood Ratio	6,871	2	,032
Linear-by-Linear Association	1,997	1	,158
N of Valid Cases	39		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

TABLA 4.12.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	13	2,54	2,93	,81
	Mayores de 71	26	7,88	10,91	2,14
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	13	11:32:13	4:57:57	1:22:38
	Mayores de 71	26	13:09:46	5:02:41	0:59:21
EDAD	Menores de 70	13	60,23	12,92	3,58
	Mayores de 71	26	79,04	5,62	1,10

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	6,112	,018	-1,725	37	,093	-5,35
	Equal variances not assumed			-2,335	31,382	,026	-5,35
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,049	,827	-,953	37	,347	-1:37:32
	Equal variances not assumed			-,959	24,454	,347	-1:37:32
EDAD	Equal variances assumed	9,948	,003	-6,372	37	,000	-18,81
	Equal variances not assumed			-5,015	14,313	,000	-18,81

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	3,10	-11,63	,93
	Equal variances not assumed	2,29	-10,01	-,68
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:42:17	-5:04:48	1:49:44
	Equal variances not assumed	1:41:44	-5:07:19	1:52:15
EDAD	Equal variances assumed	2,95	-24,79	-12,83
	Equal variances not assumed	3,75	-26,83	-10,78

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,04$), el mayor número de enfermos mayores de 71 años, que son ingresados en la Unidad Coronaria y el Servicio de Cardiología, que los menores de 70 años (Tabla 4.12.15 – 1).

La Media de la Estancia, en Urgencias, fue de 6,10.

4.13. ENDOCARDITIS INFECCIOSA.-

Aquí se diagnosticaron tres enfermos, una mujer y dos hombres, que acudieron en día No Festivo al Servicio de Urgencias, uno por el Día y los otros dos por la Tarde. La Hora Media fue las 15:23.

Se corresponde con el 0,33% del presente estudio, y con el 0,0047% del número total de las urgencias.

En Otoño llegaron dos pacientes y en Verano otro más. Había dos mujeres menores de 70 años, siendo mayor de 71 años un hombre. La Media de Edad se sitúa en 49,52. El Rango es 54-71.

Por Propia Iniciativa decidió acudir a Urgencias un paciente, siendo remitidos desde Centros Públicos y con Medios Públicos los otros dos.

Fueron ingresados los tres enfermos: uno, en Cirugía Cardiovascular; otro, en la Unidad Coronaria; y otro más, en Angiología y Cirugía Vascular. El Tiempo Medio de Estancia fue de 1,5. (Tabla 4.13).

4.14. MIXOMA AURICULAR.-

Este fue el diagnóstico al que se llegó en la atención de dos pacientes. Una mujer, en día No Festivo, y que acudió al Servicio de Urgencias por la Mañana. El otro paciente es un hombre, que acudió por el Día (8.31 horas de la mañana), en día Festivo. La mujer acudió en Primavera y el hombre en Invierno.

Los dos enfermos son menores de 70 años y procedía, remitida desde un Hospital Público y con Medios Públicos, la mujer, haciéndolo el hombre por su Propia Iniciativa, y con sus Medios Propios el hombre. La enferma fue ingresada en el Servicio de Cirugía Cardiovascular y el enfermo fue enviado a su domicilio,

encargándose de su control el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar. El Tiempo Medio de Estancia es de 0 horas en el Servicio de Urgencias.

El diagnóstico de Mixoma auricular se corresponde con el 0,22% de los enfermos de este trabajo, y con 0,003% del total de pacientes (Tabla 4.14).

4.15. ISQUEMIAS AGUDAS.-

El diagnóstico de Isquemia Aguda fue el asignado a 64 pacientes, 24 mujeres (36,92%) y 40 hombres (62,5%). Del total de urgencias corresponde al 0,097% y del estudio presente al 7,14%. (Tabla 4.15).

4.15.1 FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Accedieron, por Medios Propios, 45 enfermos (71,87%), hombres fueron 32 y mujeres fueron 13. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cabrían esperar 16,2 para las mujeres, y 28,8 para los hombres.

Acudiendo los otros 18 por Medios Públicos (nueve hombres y diez mujeres). Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, permitiría esperar 6,8 en mujeres y 12,2 en hombres (Tabla 4.15.1)

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,071$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, y el Género de los enfermos que acuden, y son diagnosticados de Isquemia aguda (Tabla 4.15.1 – 1).

4.15.2 DESTINO y GENERO.-

Ingresaron 61 enfermos, siendo 21 las mujeres, y 40 los hombres. Lo que se podría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 21,9 en mujeres y 39,9 en hombres.

Falleció una mujer, y en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podría esperar 0,4 para mujeres y 0,6 para hombres.

A su domicilio fue enviado un hombre, y lo que cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponía 0,4 en mujeres y 0,6 en hombres.

Finalmente, una mujer fue trasladada al hospital desde donde fue derivada. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podría esperar cifras iguales a las referidas en las anteriores distribuciones (Tabla 4.15.2).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,242$), entre el destino que tomaron los pacientes y el género de los mismos (Tabla 4.15.2 – 1)

4.15.3 **ESTACION y GENERO.-**

Fueron 13 los enfermos que acudieron en Primavera, siendo seis mujeres y siete hombres. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podría esperarse 4,7 para mujeres y 8,3 para hombres.

Durante el Verano fueron 17 los enfermos, de los cuales fueron cinco mujeres y 12 hombres. Cifras de 6,1 en mujeres y de 10,9 en hombres son las que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

En el Otoño acudieron seis mujeres y diez hombres, y cabría esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para las mujeres 5,8 y para los hombres 10,3.

Por último, en Invierno, fueron seis mujeres y 12 hombres los que acudieron al Servicio de Urgencias. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponía 6,5 para las mujeres y 11,5 para los hombres (Tabla 4.15.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,808$), entre la Estación del Año en que acudieron a Urgencias los enfermos, y el género de los mismos (Tabla 4.15.3 – 1).

4.15.4 **FESTIVO y GENERO.-**

En día Festivo acudieron a Urgencias cuatro mujeres y nueve hombres. Podría esperarse, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, cifras de 4,7 para mujeres y de 8,3 para hombres.

Por otra parte, fueron 51 los pacientes que acudieron a Urgencias en día No Festivo. Las mujeres fueron 19 y los hombres 32, siendo 18,3 lo esperado para mujeres, y 32,7 para hombres, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.15.4).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,664$), entre el Género de los pacientes y el hecho de acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo o No Festivo (Tabla 4.15.4 – 1).

4.15.5 **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

Fueron tres enfermos los que acudieron de Madrugada, siendo una mujer y dos hombres. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, fue de 1,1 en mujeres y 1,9 en hombres.

Otros 26 pacientes acudieron al Servicio de Urgencias durante el Día tratándose de nueve mujeres y de 17 hombres. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia podrían esperarse 9,3 mujeres y 16,7 hombres.

Durante la Tarde fueron 30 los enfermos que acudieron a Urgencias, correspondiendo a 11 mujeres y a 19 hombres. Cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia a 10,8 mujeres y 19,2 hombres.

Por la Noche accedieron dos mujeres y tres hombres, siendo 1,8 lo esperado en mujeres y 3,2 en hombres, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.15.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,995$), entre el Momento de Llegada a Urgencias, y el Género de los paciente (Tabla 4.15.5 – 1)

4.15.6 **PROCEDENCIA y GENERO.-**

Acudieron, por Iniciativa Propia, 12 mujeres y 29 hombres. La Distribución de Frecuencia, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 14,7 mujeres y 26,3 hombres.

Desde Centro Públicos fueron derivados 14 pacientes, seis mujeres y ocho hombres. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia permitiría esperar cinco mujeres y nueve hombres.

Desde Centros Sanitarios Privados fueron enviados cinco mujeres y cuatro hombres, y esperados 3,2 mujeres y 5,8 hombres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.15.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,274$), entre la Procedencia de los enfermos y el Género de los mismos (Tabla 4.15.6 – 1).

4.15.7 **SERVICIO y GENERO.-**

En la UVI fue ingresada una mujer. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia sería 0,4 mujeres y 0,6 hombres.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó del ingreso, y/o posterior evolución, de 17 pacientes, diez hombres y siete mujeres. Las cifras que se podían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran de 6,1 en las mujeres y 10,9 en los hombres.

El Servicio de Angiología y Cirugía Vascular se hizo cargo de 12 mujeres y de 34 hombres. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia era de 16,5 mujeres y 29,5 hombres (Tabla 4.15.7).

Es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,022$) la mayor presencia de hombres que pasaron al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que de mujeres (Tabla 4.15.7 – 1).

4.15.8 **EDAD y GENERO.-**

Fueron 11 las mujeres menores de 70 años, y 24 los hombres. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia podrían esperarse 12,6 mujeres y 22,4 hombres. En las mujeres la edad tiene un Rango de 27-92, y en los hombres de 29-92.

La Media de Edad es de 70,02, en las mujeres 71,09 y en los hombres 69,41.

Mayores de 71 años había 29 enfermos, 12 mujeres y 17 hombres. Por medio de la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaría 10,4 mujeres y 18,6 hombres (Tabla 4.15.8).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,409$), entre el Género de los pacientes y la Edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias (Tabla 4.15.8 – 1).

4.15.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias, por sus Propios Medios, un total de 28 enfermos menores de 70 años y 17 con edad mayor de 71 años. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 24,6 menores de 70 años, y a 20,4 mayores de 71.

Mediante el uso de medios de transporte sanitario Público fueron 19 los pacientes que llegaron a Urgencias, siendo siete de ellos los menores de 70 años, y 12 los mayores de 71 años. Cabrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 10,4 menores de 70 años, y a 8,6 menores de 71 (Tabla 4.15.9).

Es estadísticamente próximo a la significación ($p=0,062$), la mayor frecuencia de pacientes menores de 70 años que acudieron por Medios Propios, y el mayor número de enfermos mayores de 71 años que acudieron por medios Públicos (Tabla 4.15.9 – 1).

4.15.10 **DESTINO y EDAD.**-

Un total de 61 enfermos fueron ingresados, eran 33 menores de 70 años y 28 mayores de 71. Mediante la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, en menores de 70 años, podrían esperarse 33,4 y en mayores de 71 años 27,6.

Falleció un enfermo mayor de 71 años. Lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia es 0,5 menores de 70 años y 0,5 mayores de 71.

Fue enviado a su domicilio un paciente mayor de 70 años, y las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia son iguales a las referidas en la Distribución anterior.

Al Hospital, desde donde fue derivado, se remitió un enfermo menor de 70 años. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos haría esperar 0,5 menores de 70 años y 0,5 mayores de 71 (Tabla 4.15.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,412$), entre el Destino que tomaron los enfermos y la Edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los pacientes citados (Tabla 4.15.10 – 1).

4.15.11 **ESTACION y EDAD.-**

En Primavera acudieron al Servicio de Urgencias seis enfermos menores de 70 años y siete pacientes mayores de 71. La Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, suponía 7,1 para menores de 70 años y 5,9 para mayores de 71.

Durante el Verano fueron 17 los pacientes que acudieron a Urgencias de ellos diez tenían menos de 70 años y los otros siete más de 71. Se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 9,3 menores de 70 años y 7,7 mayores de 71.

A lo largo del Otoño pueden contabilizarse siete enfermos menores de 70 años (y 8,8 los esperados en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia) y nueve pacientes mayores de 71 años (siendo 7,3 los esperados en la Distribución anteriormente citada).

En Invierno fueron 18 enfermos los que acudieron al Servicio de Urgencias, seis de ellos eran mayores de 71 años y 12 los menores de 70. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 9,8 los menores de 70 años esperados y 8,2 los mayores de 71 (Tabla 4.15.11).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,510$), entre la Estación del Año en que acudieron los enfermos y la Edad mayor de 71, o menor de 70 años de los referidos pacientes (Tabla 4.15.11 – 1).

4.15.12 **FESTIVO y EDAD.-**

En día No Festivo fueron 31 los enfermos menores de 70 años y 20 los mayores de 71, que acudieron al Servicio de Urgencias. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, podrían esperarse 27,9 menores de 70 años, y 23,1 mayores de 71.

Por otra parte en día Festivo acudieron cuatro pacientes menores de 70 años, y nueve mayores de 71. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, los menores de 70 años serían 7,1 y 5,9 los mayores de 71 (Tabla 4.15.12).

Es más frecuente, y estadísticamente próximo a la significación ($p=0,052$), el mayor número de enfermos menores de 70 años que acuden a Urgencias en día no Festivo, y los mayores de 71 años que acuden en día Festivo (Tabla 4.15.12 – 1).

4.15.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Durante la Madrugada fueron tres pacientes, menores de 70 años, los que acudieron al Servicio de Urgencias. Podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, en menores de 70 años 1,6 y en mayores de 71 años 1,4.

En las horas del Día fueron 26 los enfermos que llegaron a Urgencias, eran 14 los menores de 70 años, y 12 los mayores de 71. Lo esperado por la Distribución de frecuencias, en la Tabla de Contingencia, son 14,2 los menores de 70 años, y 11,8 los mayores de 71 años (Tabla 4.15.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,174$), entre el Momento de Llegada a Urgencias de los enfermos, y la edad de los mismos, menor de 70 años, o mayor de 71 años (Tabla 4.15.13 – 1).

4.15.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Por Iniciativa Propia acudieron 23 pacientes menores de 70 años, y 18 mayores de 71. Lo que cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 22,4 menores de 70 años, y 18,6 mayores de 71.

Desde Centros Sanitarios Públicos fueron derivados 14 enfermos, de los cuales nueve eran menores de 70 años, y cinco mayores de 71 años. Las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 7,7 en menores de 70 años, y 6,3 en mayores de 71 años.

Fueron nueve los pacientes que llegaron remitidos desde Centros Privados, siendo tres los menores de 70 años, y seis los mayores de 71. Podrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias en la Tabla de Contingencia, a 4,9 menores de 70 años, y 4,1 mayores de 71 (Tabla 4.15.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,331$), entre la Procedencia de los enfermos y la edad, mayor de 71 años, o menor de 70, de los pacientes (Tabla 4.15.14 – 1).

4.15.15 **SERVICIO y EDAD.**-

En la UVI fue ingresado un paciente menor de 70 años, y 0,5 lo esperado en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para los menores de 70 años, y 0,5 para los mayores de 71 años.

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó del ingreso, y/o posterior control, de nueve pacientes menores de 70 años y de ocho mayores de 71. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 9,3 menores de 70 años, y 7,7 mayores de 71 años.

Finalmente, hubo 46 enfermos que pasaron al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. De ellos 25 eran menores de 70 años, y 21 los mayores de 71 años. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 25,2 menores de 70 años, y 20,8 mayores de 71 años (Tabla 4.15.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,653$), entre el Servicio en el que fueron ingresados, y/o controlados, los enfermos, y la edad menor de 70 años, o mayor de 71 de los pacientes citados (Tabla 4.15.15 – 1).

4.16. PIE DIABETICO.-

Con este diagnóstico se atendió a 53 pacientes, lo que corresponde al 5,91% del número de pacientes estudiados, y 0,08% del número de enfermos que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC. La Hora Media fue las 12:47 (Tabla 4.16).

4.16.1 FORMA DE ACCESO y GENERO.-

Por sus Propios Medios accedieron 24 hombres y 11 mujeres, siendo 9,9 las mujeres esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, y 25,1 los hombres, en la citada Distribución.

Por Medios Públicos cuatro mujeres y 14 hombres, y 5,1 las mujeres y 12,9 los hombres, que podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.16.1).

No existe diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,481$), entre la Forma de Acceso al Servicio de Urgencias, y el Género de los pacientes que acuden al mismo diagnosticados de pie diabético (Tabla 4.16.1 – 1).

4.16.2 DESTINO y GENERO.-

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	13	32	45
		Expected Count	16,2	28,8	45,0
		Residual	-3,2	3,2	
		Std. Residual	-,8	,6	
	Medios públicos	Count	10	9	19
		Expected Count	6,8	12,2	19,0
		Residual	3,2	-3,2	
		Std. Residual	1,2	-,9	
	Total	Count	23	41	64
		Expected Count	23,0	41,0	64,0

TABLA 4.15.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,271 ^b	1	,071		
Continuity Correction ^a	2,321	1	,128		
Likelihood Ratio	3,201	1	,074		
Fisher's Exact Test ^a				,091	,065
Linear-by-Linear Association	3,220	1	,073		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,83.

TABLA 4.15.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	21	40	61
		Expected Count	21,9	39,1	61,0
		Residual	-,9	,9	
		Std. Residual	-,2	,1	
	Fallecidos	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,1	-,8	
	Domicilio	Count	0	1	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,6	,4	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,1	-,8	
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,187 ^a	3	,242
Likelihood Ratio	5,045	3	,169
Linear-by-Linear Association	,350	1	,554
N of Valid Cases	64		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

TABLA 4.15.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	6	7	13
		Expected Count	4,7	8,3	13,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,6	-,5	
	Verano	Count	5	12	17
		Expected Count	6,1	10,9	17,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,4	,3	
	Otoño	Count	6	10	16
		Expected Count	5,8	10,3	16,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Invierno	Count	6	12	18
		Expected Count	6,5	11,5	18,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,2	,1	
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,974 ^a	3	,808
Likelihood Ratio	,965	3	,810
Linear-by-Linear Association	,225	1	,635
N of Valid Cases	64		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,67.

TABLA 4.15.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	19	32	51
		Expected Count	18,3	32,7	51,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,1	
	Si	Count	4	9	13
		Expected Count	4,7	8,3	13,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,3	,2	
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,189 ^b	1	,664		
Continuity Correction ^a	,012	1	,911		
Likelihood Ratio	,193	1	,661		
Fisher's Exact Test ^a				,755	,463
Linear-by-Linear Association	,186	1	,666		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,67.

TABLA 4.15.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	1	2	3
		Expected Count	1,1	1,9	3,0
		Residual	-,1	,1	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Dia	Count	9	17	26
		Expected Count	9,3	16,7	26,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Tarde	Count	11	19	30
		Expected Count	10,8	19,2	30,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	,0	
	Noche	Count	2	3	5
Expected Count		1,8	3,2	5,0	
Residual		,2	-,2		
Std. Residual		,2	-,1		
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,071 ^a	3	,995
Likelihood Ratio	,071	3	,995
Linear-by-Linear Association	,067	1	,796
N of Valid Cases	64		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,08.

TABLA 4.15.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	12	29	41
		Expected Count	14,7	26,3	41,0
		Residual	-2,7	2,7	
		Std. Residual	-,7	,5	
	Centros públicos	Count	6	8	14
		Expected Count	5,0	9,0	14,0
		Residual	1,0	-1,0	
		Std. Residual	,4	-,3	
	Centros privados	Count	5	4	9
		Expected Count	3,2	5,8	9,0
		Residual	1,8	-1,8	
		Std. Residual	1,0	-,7	
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,588 ^a	2	,274
Likelihood Ratio	2,533	2	,282
Linear-by-Linear Association	2,547	1	,111
N of Valid Cases	64		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,23.

TABLA 4.15.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	UVI	Count	1	0	1
		Expected Count	,4	,6	1,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	1,1	-,8	
	Cirugía Cardiovascular	Count	10	7	17
		Expected Count	6,1	10,9	17,0
		Residual	3,9	-3,9	
		Std. Residual	1,6	-1,2	
	Cirugía Vascular	Count	12	34	46
		Expected Count	16,5	29,5	46,0
		Residual	-4,5	4,5	
		Std. Residual	-1,1	,8	
Total	Count	23	41	64	
	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	7,589 ^a	2	,022
Likelihood Ratio	7,752	2	,021
Linear-by-Linear Association	2,648	1	,104
N of Valid Cases	64		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

TABLA 4.15.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	11	24	35
		Expected Count	12,6	22,4	35,0
		Residual	-1,6	1,6	
		Std. Residual	-,4	,3	
		Count	12	17	29
Mayores de 71	Expected Count	10,4	18,6	29,0	
	Residual	1,6	-1,6		
	Std. Residual	,5	-,4		
	Count	23	41	64	
Total	Expected Count	23,0	41,0	64,0	

TABLA 4.15.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,682 ^b	1	,409		
Continuity Correction ^a	,318	1	,573		
Likelihood Ratio	,681	1	,409		
Fisher's Exact Test ^a				,443	,286
Linear-by-Linear Association	,671	1	,413		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,42.

TABLA 4.15.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	23	6,22	4,63	,97
	Hombre	41	12,44	18,11	2,83
HORA DE LLEGADA	Mujer	23	14:22:44	5:11:00	1:04:51
	Hombre	41	13:53:05	5:06:01	0:47:47
EDAD	Mujer	23	71,09	12,82	2,67
	Hombre	41	69,41	12,55	1,96

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	8,914	,004	-1,613	62	,112	-6,22
	Equal variances not assumed			-2,082	48,667	,043	-6,22
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,117	,733	,370	62	,713	0:29:38
	Equal variances not assumed			,368	45,074	,715	0:29:38
EDAD	Equal variances assumed	,106	,746	,507	62	,614	1,67
	Equal variances not assumed			,504	44,879	,616	1,67

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	3,86	-13,93	1,49
	Equal variances not assumed	2,99	-12,23	-,21
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:20:11	-2:10:38	3:09:55
	Equal variances not assumed	1:20:33	-2:12:36	3:11:53
EDAD	Equal variances assumed	3,30	-4,92	8,26
	Equal variances not assumed	3,32	-5,01	8,35

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	28	17	45
		Expected Count	24,6	20,4	45,0
		Residual	3,4	-3,4	
		Std. Residual	,7	-,8	
	Medios públicos	Count	7	12	19
		Expected Count	10,4	8,6	19,0
		Residual	-3,4	3,4	
		Std. Residual	-1,1	1,2	
Total		Count	35	29	64
		Expected Count	35,0	29,0	64,0

TABLA 4.15.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,473 ^b	1	,062		
Continuity Correction ^a	2,524	1	,112		
Likelihood Ratio	3,484	1	,062		
Fisher's Exact Test ^a				,098	,056
Linear-by-Linear Association	3,418	1	,064		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,61.

TABLA 4.15.9 -1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	33	28	61
		Expected Count	33,4	27,6	61,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Fallecidos	Count	0	1	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,7	,8	
	Domicilio	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,6	-,7	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
Std. Residual		,6	-,7		
Total	Count	35	29	64	
	Expected Count	35,0	29,0	64,0	

TABLA 4.15.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,873 ^a	3	,412
Likelihood Ratio	4,006	3	,261
Linear-by-Linear Association	1,390	1	,238
N of Valid Cases	64		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

TABLA 4.15.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	6	7	13
		Expected Count	7,1	5,9	13,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,4	,5	
	Verano	Count	10	7	17
		Expected Count	9,3	7,7	17,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,3	
	Otoño	Count	7	9	16
		Expected Count	8,8	7,3	16,0
		Residual	-1,8	1,8	
		Std. Residual	-,6	,6	
	Invierno	Count	12	6	18
		Expected Count	9,8	8,2	18,0
		Residual	2,2	-2,2	
Std. Residual		,7	-,8		
Total	Count	35	29	64	
	Expected Count	35,0	29,0	64,0	

TABLA 4.15.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,314 ^a	3	,510
Likelihood Ratio	2,335	3	,506
Linear-by-Linear Association	,693	1	,405
N of Valid Cases	64		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,89.

TABLA 4.15.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	31	20	51
		Expected Count	27,9	23,1	51,0
		Residual	3,1	-3,1	
		Std. Residual	,6	-,6	
	Si	Count	4	9	13
		Expected Count	7,1	5,9	13,0
		Residual	-3,1	3,1	
		Std. Residual	-1,2	1,3	
Total	Count	35	29	64	
	Expected Count	35,0	29,0	64,0	

TABLA 4.15.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	3,766 ^b	1	,052		
Continuity Correction ^a	2,652	1	,103		
Likelihood Ratio	3,802	1	,051		
Fisher's Exact Test ^a				,066	,052
Linear-by-Linear Association	3,707	1	,054		
N of Valid Cases	64				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,89.

TABLA 4.15.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Madrugada	Count	3	0	3
		Expected Count	1,6	1,4	3,0
		Residual	1,4	-1,4	
		Std. Residual	1,1	-1,2	
	Dia	Count	14	12	26
		Expected Count	14,2	11,8	26,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Tarde	Count	17	13	30
		Expected Count	16,4	13,6	30,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,1	-,2	
Noche	Count	1	4	5	
	Expected Count	2,7	2,3	5,0	
	Residual	-1,7	1,7		
	Std. Residual	-1,0	1,2		
Total	Count	35	29	64	
	Expected Count	35,0	29,0	64,0	

TABLA 4.15.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,968 ^a	3	,174
Likelihood Ratio	6,212	3	,102
Linear-by-Linear Association	2,253	1	,133
N of Valid Cases	64		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,36.

TABLA 4.15.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	23	18	41
		Expected Count	22,4	18,6	41,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Centros públicos	Count	9	5	14
		Expected Count	7,7	6,3	14,0
		Residual	1,3	-1,3	
		Std. Residual	,5	-,5	
	Centros privados	Count	3	6	9
		Expected Count	4,9	4,1	9,0
Residual		-1,9	1,9		
Std. Residual		-,9	1,0		
Total		Count	35	29	64
		Expected Count	35,0	29,0	64,0

TABLA 4.15.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,210 ^a	2	,331
Likelihood Ratio	2,226	2	,329
Linear-by-Linear Association	,730	1	,393
N of Valid Cases	64		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

TABLA 4.15.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	UVI	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	,5	-,5	
		Std. Residual	,6	-,7	
	Cirugía Cardiovascular	Count	9	8	17
		Expected Count	9,3	7,7	17,0
		Residual	-,3	,3	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Cirugía Vascular	Count	25	21	46
		Expected Count	25,2	20,8	46,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	35	29	64	
	Expected Count	35,0	29,0	64,0	

TABLA 4.15.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,852 ^a	2	,653
Likelihood Ratio	1,230	2	,541
Linear-by-Linear Association	,793	1	,373
N of Valid Cases	64		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

TABLA 4.15.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	35	13,31	19,00	3,21
	Mayores de 71	29	6,45	6,38	1,18
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	35	14:00:18	4:13:33	0:42:51
	Mayores de 71	29	14:07:53	6:03:31	1:07:30
EDAD	Menores de 70	35	61,91	10,22	1,73
	Mayores de 71	29	79,79	6,93	1,29

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	8,046	,006	1,859	62	,068	6,87
	Equal variances not assumed			2,006	42,913	,051	6,87
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	2,536	,116	-,098	62	,922	-0:07:34
	Equal variances not assumed			-,095	48,618	,925	-0:07:34
EDAD	Equal variances assumed	,445	,507	-8,014	62	,000	-17,88
	Equal variances not assumed			-8,302	59,840	,000	-17,88

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	3,69	-,52	14,25
	Equal variances not assumed	3,42	-3,8E-02	13,77
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:17:22	-2:42:14	2:27:04
	Equal variances not assumed	1:19:57	-2:48:18	2:33:08
EDAD	Equal variances assumed	2,23	-22,34	-13,42
	Equal variances not assumed	2,15	-22,19	-13,57

Hubo 14 pacientes mujeres y 37 hombres que fueron ingresados. Son 14,4 las mujeres, y 36,6 los hombres, que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Una mujer fue remitida al Hospital desde donde fue derivada. Cabría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, para las mujeres 0,3 y para los hombres 0,7.

Fue remitido a su Centro de Salud un hombre, y esperados 0,7 hombres y 0,3 mujeres, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.16.2).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,229$), entre el Destino que tomaron los enfermos, y el Género de los mismos (Tabla 4.16.2 – 1).

4.16.3 **ESTACION y GENERO**.-

Acudieron tres mujeres y siete hombres en Primavera, y podrían esperarse 2,8 mujeres y 7,2 hombres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Fueron 17 enfermos los que llegaron al Servicio de Urgencias durante el Verano, siendo cinco mujeres y 12 hombres. Las cifras que podrían esperarse, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 4,8 mujeres y 12,2 hombres.

Otros nueve pacientes acudieron en Otoño, de ellos dos eran mujeres y siete hombres. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, es 2,5 en mujeres y 6,5 en hombres.

En Invierno hubo 17 pacientes que accedieron al Servicio de Urgencias, tratándose de cinco mujeres y de 12 hombres, y 4,8 las mujeres y 12,2 los hombres, que se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia (Tabla 4.16.3).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,978$), entre la Estación del año en que llegaron a Urgencias los pacientes, y el Género de los mismos (Tabla 4.16.3 – 1).

4.16.4 **FESTIVO y GENERO**.-

En día no Festivo acudieron 44 pacientes al Servicio de Urgencias, eran 11 mujeres y 33 hombres. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperaban 12,5 en mujeres y 31,5 en hombres.

Fueron nueve enfermos los que accedieron a Urgencias en día Festivo, siendo cuatro las mujeres y cinco los hombres. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 2,5 las mujeres y 6,5 los hombres (Tabla 4.16.4).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,238$) entre el acudir a Urgencias en día Festivo, o no Festivo, y el Género de los pacientes que acuden y son diagnosticados de pie diabético (Tabla 4.16.4 - 1).

4.16.5 **MOMENTO DE LLEGADA y GENERO.-**

Fueron 11 las mujeres que llegaron por el Día al Servicio de Urgencias, y 27 los hombres que lo hicieron en es momento. Podrían esperarse en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 10,8 mujeres y 27,2 hombres.

Acudieron cuatro mujeres, y 11 hombres, por la Tarde. Se esperaban, según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, mujeres 4,2 y hombres 10,8 (Tabla 4.16.5).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,868$), entre el Momento de Llegada a Urgencias, y el Género de los enfermos (Tabla 4.16.5 – 1).

4.16.6 **PROCEDENCIA y GENERO.-**

Se decidieron a acudir a Urgencias por Propia Iniciativa 32 pacientes (60,37%), ocho mujeres y 24 hombres, y podrían esperarse 9,1 mujeres y 22,9 hombres en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Desde Centros Públicos fueron enviados 20 enfermos (37,23%), siendo siete mujeres y 12 hombres. Lo que cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, eran 5,4 mujeres y 13,6 hombres.

Se derivaron desde un Centro Privado dos pacientes, hombres, y en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se esperarían 0,6 mujeres y 1,4 hombres (Tabla 4.16.6).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,439$) entre la Procedencia de los enfermos, y el Género de los pacientes (Tabla 4.16.6 – 1).

4.16.7 **SERVICIO y GENERO.-**

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó del ingreso y posterior control de 22 enfermos, de ellos había siete mujeres y 15 hombres. Al realizar la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, las cifras esperadas son 6,2 mujeres y 15,8 hombres.

En el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular es para donde pasaron los 31 enfermos restantes, correspondiendo a ocho mujeres y a 23 hombres. Se podría esperar, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 8,8 en las mujeres y 22,2 en los hombres (Tabla 4.16.7).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,632$), entre el Servicio al que pasaron los enfermos, y el Género de los pacientes (Tabla 4.16.7 – 1).

4.16.8 **EDAD y GENERO.-**

Se pueden contabilizar ocho mujeres menores de 70 años, y siete mayores de 71 años. Los hombres menores de 70 años son 19, y 19 también los mayores de 71.

El Rango de la Edad en las mujeres es de 43-88, y en los hombres es de 35-92. La Media de la Edad es 69,79, las mujeres tienen una Media de 69,33 y los hombres de 69,97.

En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, se podrían esperar 7,6 mujeres menores de 70 años y 19,4 hombres. Las mujeres esperadas, mayores de 71 son 7,4 y los hombres 18,6 (Tabla 4.16.8).

Tras la comparación de estas dos variables (Género y Edad) no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre ellas ($p=0,827$). (Tabla 4.16.8 – 1).

4.16.9 **FORMA DE ACCESO y EDAD.-**

Acudieron por Medios Propios 22 pacientes menores de 70 años y 13 mayores de 71. Cabría esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 17,8 menores de 70 años y a 17,2 mayores de 71.

Por Medios de Transporte Sanitario Público accedieron a Urgencias 13 pacientes mayores de 71 años y cinco menores de 70. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, permitiría esperar 9,2 menores de 70 años y 8,8 mayores de 71 (Tabla 4.16.9).

Es más frecuente y estadísticamente significativo ($p=0,016$), el Acceso a Urgencias por sus Propios Medios en los enfermos menores de 70 años que en los mayores de 71, y en los mayores de 71 años el Acceso por Medios Públicos (Tabla 4.16.9 – 1).

4.16.10 **DESTINO y EDAD.**-

Los pacientes que ingresaron suman un total de 51, siendo 26 de ellos menores de 70 años y 25 mayores de 71. Las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, coincide con las observadas en este estudio.

Al Hospital desde donde fue enviado, se remitió un enfermo mayor de 71 años, siendo 0,5 lo esperado para menores de 70 años y 0,5 para mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

A su Centro de Salud fue enviado un paciente menor de 70 años, siendo las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, iguales a las de la Distribución anterior (Tabla 4.16.10).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,368$), entre el Destino de los enfermos y la Edad menor de 70 años o mayor de 71, de los pacientes (Tabla 4.16.10 – 1).

4.16.11 **ESTACION y EDAD.**-

Acudieron al Servicio de Urgencias diez pacientes en Primavera, de ellos cuatro son menores de 70 años y seis mayores de 71. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, suponía 5,1 menores de 70 años y 4,9 mayores de 71.

Fueron 17 los enfermos que llegaron en Verano, los menores de 70 años eran nueve y ocho los mayores de 71. Cifras de 8,7 en menores de 70 años y de 8,3 en mayores de 71, son las esperadas por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

A lo largo del Otoño acudieron seis pacientes menores de 70 años y tres mayores de 71. Por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia se podría esperar 4,4 mayores de 71 y 4,6 menores de 70.

Finalmente hubo 17 enfermos que llegaron en Invierno, de los cuales ocho eran menores de 70 años y 9 mayores de 71. La Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, haría esperar 8,7 para los menores de 70 años y 8,3 para los mayores de 71 (Tabla 4.16.11).

Tras hacer la comparación de la Estación del Año con el Género de los enfermos, no se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,682$), entre ellas (Tabla 4.16.11 – 1).

4.16.12 **FESTIVO y EDAD.**-

Fueron 44 los enfermos que acudieron en día No Festivo, correspondiendo a 23 menores de 70 años y a 21 mayores de 71. Según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, lo esperado es 22,4 menores de 70 años y 21,6 mayores de 71.

Acudieron en día Festivo cuatro pacientes menores de 70 años (siendo 4,6 los esperados por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia) y cinco los mayores de 71 años (podrían esperarse 4,4 en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia) (Tabla 4.16.12).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,669$), entre el hecho de acudir a Urgencias en día Festivo o No Festivo y la Edad mayor de 71, o menor de 70, de los enfermos que acudan (Tabla 4.16.12 – 1).

4.16.13 **MOMENTO DE LLEGADA y EDAD.**-

Durante el Día fueron 19 los pacientes menores de 70 años, y otros 19 mayores de 71 los que acudieron al Servicio de Urgencias. Podrían esperarse 19,4 menores de 70 años y 18,6 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Otros ocho enfermos menores de 70 años acudieron a Urgencias por la Tarde, y siete mayores de 71. Se podrían esperar en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, 7,6 menores de 70 años y 7,4 mayores de 71 (Tabla 4.16.13).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,827$), entre el Momento de Llegada al Servicio de Urgencias y la Edad de los enfermos, menores de 70 años o mayores de 71, que acuden a dicho Servicio y son diagnosticados de Pie Diabético (Tabla 4.16.13 – 1).

4.16.14 **PROCEDENCIA y EDAD.**-

Por su Propia Iniciativa tomaron la decisión de acudir a Urgencias 17 enfermos menores de 70 años y 15 mayores de 71. Se podrían esperar 16,3 menores de 70 años y 15,7 mayores de 71, en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia.

Desde Centro Sanitarios Públicos fueron enviados nueve pacientes menores de 70 años y diez mayores de 71. En la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, nos permitiría esperar a 9,7 menores de 70 años y a 9,3 mayores de 71.

Hubo dos enfermos que fueron derivados desde Centros Privados, sien do uno mayor de 71 años y el otro menor de 70. Las cifras esperadas en la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, coincide con las observadas en este apartado (Tabla 4.16.14).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,924$), entre la Procedencia de los pacientes y la Edad de los mismos, menores de 70 años o mayores de 71 (Tabla 4.16.14 – 1).

4.16.15 **SERVICIO y EDAD.**-

El Servicio de Cirugía Cardiovascular se hizo cargo de 22 pacientes, de los cuales nueve eran menores de 70 años y 13 mayores de 71. Se podrían esperar, por la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, a 11,2 menores de 70 y a 10,8 mayores de 71 años.

Otros 31 enfermos pasaron a ser controlados por el Servicio de An gología y Cirugía Vascular, siendo 18 de ellos menores de 70 años y los otros 13 mayores de 71. Según la Distribución de Frecuencias, en la Tabla de Contingencia, serían 15,8 los menores de 70 años esperados y 15,2 los mayores de 71 años (Tabla 4.16.15).

No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,218$), entre el Servicio que se hizo cargo del ingreso, y/o posterior evolución, de los pacientes y la edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los citados enfermos. (Tabla 4.16.15 – 1).

FORMA DE ACCESO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	11	24	35
		Expected Count	9,9	25,1	35,0
		Residual	1,1	-1,1	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Medios públicos	Count	4	14	18
		Expected Count	5,1	12,9	18,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,5	,3	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.1

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,496 ^b	1	,481		
Continuity Correction ^a	,146	1	,702		
Likelihood Ratio	,509	1	,475		
Fisher's Exact Test ^a				,539	,357
Linear-by-Linear Association	,487	1	,485		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,09.

TABLA 4.16.1 - 1

DESTINO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
DESTINO	Ingreso	Count	14	37	51
		Expected Count	14,4	36,6	51,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Hospital	Count	1	0	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	1,3	-,8	
	Centro de Salud	Count	0	1	1
		Expected Count	,3	,7	1,0
Residual		-,3	,3		
Std. Residual		-,5	,3		
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.2

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,946 ^a	2	,229
Likelihood Ratio	3,208	2	,201
Linear-by-Linear Association	,424	1	,515
N of Valid Cases	53		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

TABLA 4.16.2 - 1

ESTACION * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
ESTACION	Primavera	Count	3	7	10
		Expected Count	2,8	7,2	10,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Verano	Count	5	12	17
		Expected Count	4,8	12,2	17,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Otoño	Count	2	7	9
		Expected Count	2,5	6,5	9,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,3	,2	
	Invierno	Count	5	12	17
Expected Count		4,8	12,2	17,0	
Residual		,2	-,2		
Std. Residual		,1	-,1		
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.3

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,199 ^a	3	,978
Likelihood Ratio	,207	3	,977
Linear-by-Linear Association	,008	1	,927
N of Valid Cases	53		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,55.

TABLA 4.16.3 - 1

FESTIVO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
FESTIVO	No	Count	11	33	44
		Expected Count	12,5	31,5	44,0
		Residual	-1,5	1,5	
		Std. Residual	-,4	,3	
	Si	Count	4	5	9
		Expected Count	2,5	6,5	9,0
		Residual	1,5	-1,5	
		Std. Residual	,9	-,6	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.4

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,392 ^b	1	,238		
Continuity Correction ^a	,599	1	,439		
Likelihood Ratio	1,302	1	,254		
Fisher's Exact Test ^a				,252	,215
Linear-by-Linear Association	1,366	1	,243		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,55.

TABLA 4.16.4 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	11	27	38
		Expected Count	10,8	27,2	38,0
		Residual	,2	-,2	
		Std. Residual	,1	,0	
	Tarde	Count	4	11	15
		Expected Count	4,2	10,8	15,0
		Residual	-,2	,2	
		Std. Residual	-,1	,1	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.5

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,028 ^b	1	,868		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,028	1	,868		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,577
Linear-by-Linear Association	,027	1	,869		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,25.

TABLA 4.16.5 - 1

PROCEDENCIA * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	8	24	32
		Expected Count	9,1	22,9	32,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,4	,2	
	Centros públicos	Count	7	12	19
		Expected Count	5,4	13,6	19,0
		Residual	1,6	-1,6	
		Std. Residual	,7	-,4	
	Centros privados	Count	0	2	2
		Expected Count	,6	1,4	2,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,8	,5	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.6

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,644 ^a	2	,439
Likelihood Ratio	2,155	2	,340
Linear-by-Linear Association	,068	1	,794
N of Valid Cases	53		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,57.

TABLA 4.16.6 - 1

SERVICIO * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
SERVICIO	Cirugía Cardiovascular	Count	7	15	22
		Expected Count	6,2	15,8	22,0
		Residual	,8	-,8	
		Std. Residual	,3	-,2	
	Cirugía Vascular	Count	8	23	31
		Expected Count	8,8	22,2	31,0
		Residual	-,8	,8	
		Std. Residual	-,3	,2	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.7

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,229 ^b	1	,632		
Continuity Correction ^a	,029	1	,866		
Likelihood Ratio	,228	1	,633		
Fisher's Exact Test ^a				,759	,430
Linear-by-Linear Association	,225	1	,635		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,23.

TABLA 4.16.7 - 1

EDAD2 * GENERO

Crosstab

			GENERO		Total
			Mujer	Hombre	
EDAD2	Menores de 70	Count	8	19	27
		Expected Count	7,6	19,4	27,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Mayores de 71	Count	7	19	26
		Expected Count	7,4	18,6	26,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
Total	Count	15	38	53	
	Expected Count	15,0	38,0	53,0	

TABLA 4.16.8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,048 ^b	1	,827		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,048	1	,827		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,535
Linear-by-Linear Association	,047	1	,829		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,36.

TABLA 4.16.8 - 1

T-Test

Group Statistics

	GENERO	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Mujer	15	5,93	3,28	,85
	Hombre	37	8,76	10,54	1,73
HORA DE LLEGADA	Mujer	15	11:31:12	5:22:35	1:23:17
	Hombre	38	13:17:53	3:23:11	0:32:57
EDAD	Mujer	15	69,33	12,43	3,21
	Hombre	38	69,97	12,08	1,96

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,487	,121	-1,013	50	,316	-2,82
	Equal variances not assumed			-1,464	48,197	,150	-2,82
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1,888	,175	-1,446	51	,154	-1:46:41
	Equal variances not assumed			-1,191	18,556	,249	-1:46:41
EDAD	Equal variances assumed	,145	,705	-,173	51	,864	-,64
	Equal variances not assumed			-,170	25,071	,866	-,64

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,79	-8,42	2,78
	Equal variances not assumed	1,93	-6,70	1,05
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:13:45	-4:14:47	0:41:23
	Equal variances not assumed	1:29:34	-4:54:29	1:21:05
EDAD	Equal variances assumed	3,71	-8,09	6,81
	Equal variances not assumed	3,76	-8,38	7,10

FORMA DE ACCESO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FORMA DE ACCESO	Medios propios	Count	22	13	35
		Expected Count	17,8	17,2	35,0
		Residual	4,2	-4,2	
		Std. Residual	1,0	-1,0	
	Medios públicos	Count	5	13	18
		Expected Count	9,2	8,8	18,0
		Residual	-4,2	4,2	
		Std. Residual	-1,4	1,4	
	Total	Count	27	26	53
		Expected Count	27,0	26,0	53,0

TABLA 4.16.9

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	5,853 ^b	1	,016		
Continuity Correction ^a	4,534	1	,033		
Likelihood Ratio	6,005	1	,014		
Fisher's Exact Test ^a				,021	,016
Linear-by-Linear Association	5,743	1	,017		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,83.

TABLA 4.16.9 - 1

DESTINO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
DESTINO	Ingreso	Count	26	25	51
		Expected Count	26,0	25,0	51,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
	Hospital	Count	0	1	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
		Residual	-,5	,5	
		Std. Residual	-,7	,7	
	Centro de Salud	Count	1	0	1
		Expected Count	,5	,5	1,0
Residual		,5	-,5		
Std. Residual		,7	-,7		
Total	Count	27	26	53	
	Expected Count	27,0	26,0	53,0	

TABLA 4.16.10

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,001 ^a	2	,368
Likelihood Ratio	2,773	2	,250
Linear-by-Linear Association	,000	1	,995
N of Valid Cases	53		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

TABLA 4.16.10 - 1

ESTACION * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
ESTACION	Primavera	Count	4	6	10
		Expected Count	5,1	4,9	10,0
		Residual	-1,1	1,1	
		Std. Residual	-,5	,5	
	Verano	Count	9	8	17
		Expected Count	8,7	8,3	17,0
		Residual	,3	-,3	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Otoño	Count	6	3	9
		Expected Count	4,6	4,4	9,0
		Residual	1,4	-1,4	
		Std. Residual	,7	-,7	
	Invierno	Count	8	9	17
		Expected Count	8,7	8,3	17,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,2	,2	
Total	Count	27	26	53	
	Expected Count	27,0	26,0	53,0	

TABLA 4.16.11

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,499 ^a	3	,682
Likelihood Ratio	1,521	3	,677
Linear-by-Linear Association	,083	1	,773
N of Valid Cases	53		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,42.

TABLA 4.16.11 - 1

FESTIVO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
FESTIVO	No	Count	23	21	44
		Expected Count	22,4	21,6	44,0
		Residual	,6	-,6	
		Std. Residual	,1	-,1	
	Si	Count	4	5	9
		Expected Count	4,6	4,4	9,0
		Residual	-,6	,6	
		Std. Residual	-,3	,3	
Total	Count	27	26	53	
	Expected Count	27,0	26,0	53,0	

TABLA 4.16.12

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,183 ^b	1	,669		
Continuity Correction ^a	,004	1	,950		
Likelihood Ratio	,183	1	,668		
Fisher's Exact Test ^a				,728	,475
Linear-by-Linear Association	,180	1	,672		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,42.

TABLA 4.16.12 - 1

MOMENTO DE LLEGADA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
MOMENTO DE LLEGADA	Dia	Count	19	19	38
		Expected Count	19,4	18,6	38,0
		Residual	-,4	,4	
		Std. Residual	-,1	,1	
	Tarde	Count	8	7	15
		Expected Count	7,6	7,4	15,0
		Residual	,4	-,4	
		Std. Residual	,1	-,1	
Total	Count	27	26	53	
	Expected Count	27,0	26,0	53,0	

TABLA 4.16.13

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,048 ^b	1	,827		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,048	1	,827		
Fisher's Exact Test ^a				1,000	,535
Linear-by-Linear Association	,047	1	,829		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,36.

TABLA 4.16.13 - 1

PROCEDENCIA * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
PROCEDENCIA	Iniciativa propia	Count	17	15	32
		Expected Count	16,3	15,7	32,0
		Residual	,7	-,7	
		Std. Residual	,2	-,2	
	Centros públicos	Count	9	10	19
		Expected Count	9,7	9,3	19,0
		Residual	-,7	,7	
		Std. Residual	-,2	,2	
	Centros privados	Count	1	1	2
		Expected Count	1,0	1,0	2,0
		Residual	,0	,0	
		Std. Residual	,0	,0	
Total	Count	27	26	53	
	Expected Count	27,0	26,0	53,0	

TABLA 4.16.14

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,159 ^a	2	,924
Likelihood Ratio	,159	2	,924
Linear-by-Linear Association	,119	1	,731
N of Valid Cases	53		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,98.

TABLA 4.16.14 - 1

SERVICIO * EDAD2

Crosstab

			EDAD2		Total
			Menores de 70	Mayores de 71	
SERVICIO	Cirugía Cardiovascular	Count	9	13	22
		Expected Count	11,2	10,8	22,0
		Residual	-2,2	2,2	
		Std. Residual	-,7	,7	
	Cirugía Vasculuar	Count	18	13	31
		Expected Count	15,8	15,2	31,0
		Residual	2,2	-2,2	
		Std. Residual	,6	-,6	
Total		Count	27	26	53
		Expected Count	27,0	26,0	53,0

TABLA 4.16.15

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,515 ^b	1	,218		
Continuity Correction ^a	,907	1	,341		
Likelihood Ratio	1,522	1	,217		
Fisher's Exact Test ^a				,271	,171
Linear-by-Linear Association	1,487	1	,223		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,79.

TABLA 4.16.15 - 1

T-Test

Group Statistics

EDAD2		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TIEMPO DE ESTANCIA	Menores de 70	27	6,59	5,63	1,08
	Mayores de 71	25	9,40	11,74	2,35
HORA DE LLEGADA	Menores de 70	27	12:52:42	3:59:08	0:46:01
	Mayores de 71	26	12:42:30	4:14:26	0:49:54
EDAD	Menores de 70	27	61,07	9,59	1,85
	Mayores de 71	26	78,85	6,28	1,23

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	3,550	,065	-1,113	50	,271	-2,81
	Equal variances not assumed			-1,086	33,895	,285	-2,81
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	,382	,539	,150	51	,881	0:10:12
	Equal variances not assumed			,150	50,492	,881	0:10:12
EDAD	Equal variances assumed	2,737	,104	-7,946	51	,000	-17,77
	Equal variances not assumed			-8,007	45,041	,000	-17,77

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Mean	
			Lower	Upper
TIEMPO DE ESTANCIA	Equal variances assumed	2,52	-7,88	2,26
	Equal variances not assumed	2,59	-8,06	2,45
HORA DE LLEGADA	Equal variances assumed	1:07:48	-2:05:55	2:26:19
	Equal variances not assumed	1:07:53	-2:06:06	2:26:31
EDAD	Equal variances assumed	2,24	-22,26	-13,28
	Equal variances not assumed	2,22	-22,24	-13,30

Capítulo 5

Los objetivos que se persiguen con este estudio son un conocimiento estadístico amplio de lo que acontece en un Servicio de Urgencias de un Hospital de referencia, como es el Hospital Universitario de Canarias (HUC), en cuanto a las urgencias cardiovasculares acontecidas a lo largo de los 12 meses de un año. La finalidad es disponer, si es preciso para el futuro, de una adecuación de recursos humanos y materiales, que pueden ser empleados para atender este tipo de urgencias. En función de los parámetros analizados, que afectan al propio Servicio de Urgencias y a los Sistemas de Transporte y Emergencia extrahospitalaria, también a los Servicios Médicos Hospitalarios y los recursos asignados a ellos que atienden en segunda instancia en el Servicio de Urgencias a este tipo de pacientes.

Nuestro estudio incluye 896 enfermos que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC), entre el 1 de Abril de 1996 hasta el 31 de Marzo de 1997, y que allí fueron diagnosticados de un cuadro de patología cardiovascular. De estos 896 pacientes había 348 mujeres y 548 hombres, siendo la mayor frecuencia de los hombres estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), y coincide con lo publicado por **SIERRA** (1991), **BAYES de LUNA** (1991), **MELIO** (1998) y **PINTO** (1998). Estos autores mantienen que el sexo masculino, nosotros hablamos de género, es un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares. Los 896 enfermos estudiados representan el 1,36% de las 65.632 urgencias atendidas en el HUC durante esos 12 meses. Sin embargo, **BALANZO** (1988) señala como diagnóstico de salida de los Servicios de urgencias a las enfermedades del aparato circulatorio en el 3,8% de los casos, según un estudio multicéntrico, y al 2,7% de las urgencias de un Hospital General Básico durante una semana. Posiblemente el mayor número de urgencias cardiovasculares, del citado estudio, pueda ser debido al incluir las crisis hipertensivas en su serie, que nosotros no hemos incluido en la nuestra.

En nuestro trabajo, accedieron al Servicio de Urgencias por sus Propios Medios un total de 517 pacientes, siendo 193 las mujeres y 324 los hombres, correspondiendo el 57,70% a esta forma de acceso. Mediante la utilización de Medios de Transporte Sanitario Público acudieron a Urgencias 379 enfermos (42,29%), con 155 mujeres y 224 hombres. No es estadísticamente significativo ($p = 0,279$) este mayor número de pacientes que acudió al Servicio de Urgencias por sus propios medios, ni tampoco es significativo el que lo hiciesen un mayor número de hombres que de mujeres.

En el presente estudio hay un 78,79% de los pacientes que fueron ingresados en el Hospital, lo que hace un total de 706 enfermos, de los cuales eran 250 mujeres y 456 hombres, y esta mayor frecuencia de hombres es estadísticamente significativa ($p = 0,001$), siendo el ingreso hospitalario el destino más frecuente de los pacientes y

es estadísticamente significativa esta diferencia ($p=0,001$) sobre los demás destinos de los enfermos. Este alto porcentaje de ingresos demuestra la importancia clínica de las urgencias cardiovasculares, que requieren estudio y tratamiento hospitalarios en la gran mayoría de los casos. No coincidimos con **BALANZO**, que presenta en su estudio un 11,8% de pacientes ingresados lo cual es posible debido a que en su trabajo incluye todo tipo de Urgencias de un Hospital General Básico, y muchos de los enfermos atendidos presentan una patología que no es subsidiaria del ingreso hospitalario.

Nuestra serie incluye a otros 27 pacientes que fueron enviados a la Residencia Sanitaria La Candelaria (3,01%), tratándose de 11 mujeres y 16 hombres. Fallecieron cinco enfermos, cuatro de ellos mujeres y un hombre, lo cual representa el 0,55%. Dos mujeres más y un hombre, fueron trasladados a la Clínica La Colina. Así mismo, una mujer se marchó de alta voluntaria. Hubo 102 pacientes (11,38%) que se enviaron a su domicilio, siendo 50 mujeres y 52 hombres. Al Hospital desde donde fueron derivados se destinaron otros 14 enfermos (1,56%), grupo formado por diez mujeres y cuatro hombres. A los Centros de Salud correspondientes se enviaron 38 pacientes (4,24%), con 20 mujeres y 18 hombres. Se puede pensar que la patología que presentaban estos enfermos podía ser controlada por su Médico de Cabecera y/o ATS/DUE de zona.

Durante la Primavera acudieron 236 enfermos (26,33%), cifra que corresponde a 106 mujeres y 130 hombres. Fueron 223 los que accedieron durante el Verano (24,88%), lo cual se corresponde con 76 mujeres y con 147 hombres. Otros 210 acudieron en Otoño incluyéndose aquí 81 mujeres y 129 hombres, y en Invierno hubo un 25,33% de enfermos de ellos 85 mujeres y 142 hombres. Como podemos observar no hay ninguna estación del año, que predomine sobre las otras, en lo referente a la Urgencia Cardiovascular. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,112$) entre el Género de los enfermos y la Estación del Año en que acuden a Urgencias.

No se han encontrado diferencias, estadísticamente significativas ($p=0,44$), entre acudir al Servicio de Urgencias en día Festivo o No Festivo y el Género de los enfermos. Sin embargo es más frecuente y estadísticamente significativo ($p<0,001$) la asistencia a Urgencias en día No Festivo. Durante el año que incluye nuestra serie hay 116 días festivos, donde se incluyen sábados, domingos, festivos locales, autonómicos y nacionales, y 249 días no festivos. Así pues, hay 675 enfermos (75,33%) que acudieron en día no festivo (267 mujeres y 408 hombres) y los 221 restantes (81 mujeres y 140 hombres) que lo hicieron en festivo. **LLORET** (1984), señala que el número de urgencias disminuye durante los domingos y festivos y lo explica por el abandono de la ciudad en estos días por parte de la población.

Incluye nuestra serie a 417 enfermos que acuden al Servicio de Urgencias durante las horas del día, que como fue citado en el apartado de pacientes abarca desde las 8 a las 15 horas. Había 175 mujeres y 242 hombres, lo que equivale al 47 % de los enfermos. Por la tarde (15-22 horas) fueron 299 pacientes (33,37%) los que acudieron a Urgencias, donde se incluyen 113 mujeres y 186 hombres. En lo que se refiere a la noche (22 horas - 4 horas a.m.) acudieron 46 mujeres y 73 hombres, lo que hace un total de 113 enfermos (12,61%). Finalmente fueron 61 pacientes (6,80%) los que acudieron de madrugada (4-8 horas a.m.), con 14 mujeres y 47 hombres. La mayor frecuencia de hombres que de mujeres en todos los momentos del día es estadísticamente significativa ($p=0,04$). Coincidimos con **LLORET**, que mantiene que la máxima incidencia de utilización es entre las 10 y las 12 horas del día, y describe que refleja fenómenos como la aparición de patología en relación con la actividad laboral y el ejercicio físico, además de la utilización del Servicio de Urgencias como dispensario médico. **BALANZÓ**, dice que la mayoría de las visitas se realizaron en torno a las 2 horas. En nuestra serie el tiempo medio de estancia en el Servicio de Urgencias se encuentra alrededor de las 10 horas (10,09 es la media en las mujeres y 9,46 es la de los hombres). Asimismo la hora de llegada tiene una media a las 13:40 para las mujeres, y las 13:17 para los hombres.

Tal como se indica en el apartado de pacientes, del presente estudio, la procedencia de los enfermos se dividió en iniciativa propia de los enfermos, derivados desde centros públicos y desde centros privados. Por propia iniciativa acudieron el 61,27% de los enfermos, habiendo 209 mujeres y 340 hombres que tomaron la decisión de demandar asistencia sanitaria urgente. Siendo el 30,24% remitido desde Centros Públicos (Centros de Salud, otros hospitales públicos y Servicio 061, actual Servicio de Emergencias 112), cifra que se corresponde con 271 enfermos, incluyéndose aquí a 115 mujeres y 156 hombres. Finalmente, en nuestro trabajo, hubo un 8,8% derivados desde Centros Privados (76 pacientes). En el citado trabajo de **BALANZO** (1988) se expone que acudieron el 80% de los enfermos por Propia iniciativa y el 12% fueron enviados por su Médico de cabecera. En el trabajo de **JIMENEZ D, CASANOVAS X, MALQUES A** et al (1988), se dice que acudieron de forma voluntaria el 83,8% de los enfermos, y autorizados (remitidos por su médico de cabecera) el 17,2%. Este mayor número de pacientes que en nuestra serie son remitidos por su médico de cabecera, o desde otros centros sanitarios públicos, puede ser debido a que la urgencia cardiovascular obliga a los enfermos a consultar en un principio con su médico de cabecera y/o al Centro de Salud, donde una vez objetivada la misma se decide trasladar a los pacientes hasta el hospital de referencia para valoración del cuadro.

En nuestro estudio pasaron a ser ingresados y/o controlados en el propio Servicio de Urgencias 211 enfermos (23,54%) 111 mujeres y 100 hombres. En la UVI se ingresaron un hombre y una mujer (0,33%). Fueron ingresados 315 pacientes (35,15%) en la Unidad de Cuidados Intensivos coronarios (UCIC), tratándose de 87 mujeres y 228 hombres. Pasaron 11 enfermos al Servicio de Medicina Interna (0,55%), con ocho mujeres y tres hombres. Otros 46 pacientes (24 mujeres y 22 hombres) fueron controlados por el Servicio de Neurología y corresponden al 5,13%. El Servicio de Cardiología fue el que se encargó de ingresar en la planta general de hospitalización a 49 mujeres y a 65 hombres (12,72%), y el de Neumología una mujer y dos hombres y el 0,42%. En los Servicios de Cirugía General, Traumatología A y Traumatología B fue ingresada una mujer en cada uno, y se corresponde con el 0,11% respectivamente. El Servicio de Cirugía Cardiovascular se encargó del 8,47% de los enfermos (26 mujeres y 5 hombres) y el de Angiología y Cirugía Vascular pasó a controlar a otros 114 enfermos (37 mujeres y 77 hombres). Finalmente una mujer pasó al Servicio de Ginecología. Es más frecuente ($p=0,0001$) el ingreso y/o control posterior de los hombres en los Servicios de Cardiología, Unidad coronaria, Cirugía cardiovascular y Angiología y cirugía vascular. Lo que coincide con lo expresado al comienzo de esta discusión, de que el género hombre, o sexo masculino, es un factor de riesgo en la patología cardiovascular.

De arritmias cardíacas fueron diagnosticados 23 enfermos, cifra que se corresponde con el 2,56% de los pacientes de nuestra serie, y con el 0,03% de los que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del HUC. Forman parte de este grupo ocho mujeres y 15 hombres. Accedieron 12 hombres por sus propios medios al Servicio de Urgencias, y los otros tres mediante medios de transporte sanitario público. Las mujeres lo hicieron por medios propios cuatro de ellas y por medios públicos las cuatro restantes. No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,136$) entre el género de los enfermos y la forma de acceso al Servicio de Urgencias.

Fueron ingresados 16 de estos pacientes (69,56%), cuatro mujeres y 12 hombres; otros dos hombres se enviaron a su domicilio, y al hospital desde donde fue derivada se envió a una mujer. Al Centro de Salud se remitieron otras tres mujeres y un hombre. Si bien no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,091$) entre el destino de los enfermos y el género, cabe la posibilidad de pensar que estos 16 pacientes ingresados presentaron un deterioro hemodinámico, suponía la arritmia un riesgo para la vida del enfermo o agravaba la enfermedad previa del paciente (como ya fue mencionado en la Introducción de este trabajo). En ninguna estación del año hay predominio sobre las otras, en cuanto al acudir al Servicio de Urgencias. No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,12$) entre el género de los enfermos y la estación del año en que se presentó su problema de salud.

Aunque fueron 20 los pacientes que acudieron en día no festivo (hay un mayor número de días no festivos), y tres los que lo hicieron en festivo, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,213$) entre el género de los pacientes y el demandar asistencia urgente en día festivo o no festivo. La hora media en que acudieron al Servicio de Urgencias fue las 12:59. Por otra parte, hay mayor número de enfermos que acudieron durante el día y la tarde (seis mujeres y 12 hombres) que por la noche y madrugada (dos mujeres y tres hombres), pero no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,882$) entre el momento del día en que acuden a urgencias y el género de los enfermos que lo hacen.

Por su propia iniciativa llegaron a urgencias 11 pacientes (tres mujeres y ocho hombres), siendo otros nueve los remitidos desde Centros sanitarios Públicos y otros tres (una mujer y dos hombres) desde establecimientos sanitarios privados. No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,724$) entre la procedencia de los enfermos y el género de ellos.

Se presentan en nuestra serie a dos hombres y una mujer que fueron diagnosticados de bradicardia. Tenían estos enfermos las edades de 56, 65 y 68 años ca uno de ellos, y otros seis pacientes se diagnosticaron de fibrilación auricular, dos de ellos mayores de 71 años. **AZPITARTE** (1995), habla de que la fibrilación auricular y la bradicardia son un problema frecuente en los ancianos. De los 16 ingresados pasaron 15 de ellos a la Unidad coronaria, cuatro mujeres y 11 hombres, y otro, enfermo, hombre, fue ingresado en el Servicio de Cardiología. Podemos pensar en la gravedad de la arritmia al comprobar el destino de estos enfermos, una vez evaluada en el Servicio de Urgencias. No existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,137$), entre el Servicio que se hace cargo de los enfermos, y el género de los mismos.

Presentamos en nuestro estudio 269 enfermos diagnosticados de cardiopatía isquémica (70 mujeres y 199 hombres). Según **SANZ** (1995) la cardiopatía isquémica constituye un grave problema sanitario y uno de los motivos de consulta más frecuentes en España. **CINCA, CORTADELLAS y SALAS** (1994), dicen que la cardiopatía isquémica es la enfermedad más frecuente del corazón. Nuestro trabajo coincide con ellos, es el grupo diagnóstico que mayor número de enfermos incluye (30,02%) de nuestra serie.

En este grupo de enfermos nos llama la atención el alto porcentaje (62,8%) de pacientes que acudieron a urgencias por sus propios medios (36 mujeres y 125 hombres). Los 138 pacientes restantes (37,2%) los hicieron utilizando medios de transporte sanitario público, pero no existe diferencia estadísticamente significativa

($p=0,095$) entre la forma de acceder al Servicio de Urgencias y el género de los enfermos que acuden y son diagnosticados de cardiopatía isquémica. Sin embargo, sí es más frecuente, y estadísticamente significativa ($p=0,01$) esta diferencia, el ingreso hospitalario en los hombres que en las mujeres (57 mujeres y 182 hombres).

Durante las horas del día (8-15 horas) fue cuando acudieron el mayor número de pacientes (un total de 116, con 32 mujeres y 84 hombres), lo que coincide con lo expuesto por **ZARCO** (1994), que dice que el dolor isquémico es de inicio en las primeras horas de la mañana.

En el estudio **MILIS** (Multicenter Investigation of Limitation of Infarct Size, 1985) según lo determinado por el inicio del dolor isquémico agudo es 1,26 veces más frecuente entre las 6:00 y 12:00 del mediodía. Se observaron dos picos máximos en el horario de inicio de los síntomas: 1º, durante las horas de la mañana, entre las 6:00 y las 12:00; 2º, entre las 18 horas p.m. y la media noche.

SANZ (1995) describe que el dolor aparece en más del 50% de los casos por la noche. También dice que la mayor incidencia de IAM ocurre durante la mañana, hacia las 9:00 horas, coincidiendo con los cambios de la agregabilidad plaquetaria y en los niveles de cortisol que ocurren a esas horas.

MULLER (1987), fue de los primeros en demostrar un máximo matutino en el inicio del IAM (infarto agudo de miocardio). **PETERS** (1996), refiere que hay una distribución horaria semejante en otros muchos trastornos cardiovasculares agudos, como isquemia miocárdica transitoria, taquicardia ventricular persistente, embolia pulmonar aguda, ACV y muerte cardíaca súbita. Habla también de un máximo de inicio de los síntomas entre las 7 y las 11 a.m.; otro máximo al final de la tarde y al principio de la noche.

SELWYN (1994) señala que los episodios de dolor coronario son más frecuentes durante la noche. No concuerda con nuestro trabajo, en el que se observa un 53,9% de casos (116 enfermos) que acudieron durante el día, y un 20,44% (55 pacientes) durante la noche. Se dice en el trabajo de **SELWYN** que la cardiopatía isquémica es más frecuente en mujeres entre 65-75 años. En nuestro trabajo hay un 39,53% de mujeres mayores de 71 años (34 enfermas) y el 60,46% de hombres (52 pacientes). Coincide con nuestro estudio, que de 269 casos de Cardiopatía Isquémica 116 de ellos (53,9%) fueron en horas del día (8-15 horas) y otros 69 (25,7%) en horas de la tarde. El tiempo medio de estancia en urgencias fue de 7,70.

Tampoco hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0,20$) entre acudir al Servicio de Urgencias en día festivo o no festivo y el género de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica; y por lo que se refiere a la estación del año no se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,96$), entre dicha estación y la presencia de cardiopatía isquémica, en hombres y mujeres.

Por su propia iniciativa se decidieron a acudir al Servicio de Urgencias 166 de estos enfermos (40 mujeres y 126 hombres), lo que se corresponde con el 61,71%, y fueron derivados desde centros sanitarios públicos 77 pacientes y otros 26 desde centros privados. Esta cifra de 166 enfermos que acudieron por iniciativa propia, nos da idea de la urgencia subjetiva que provoca esta enfermedad. Sin embargo, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,473$) entre la procedencia de los enfermos y el género de estos a la hora de acudir al Servicio de Urgencias. De los 239 ingresados, pasaron 208 de ellos a la Unidad coronaria, siendo más frecuente este número de enfermos y estadísticamente significativo ($p=0,01$) respecto de los demás Servicios. Asimismo es más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,0001$), la cardiopatía isquémica en mujeres mayores de 71 años, con respecto a las de menor edad y a los hombres. Se corresponde con lo expuesto por **SANZ** (1995), donde la cardiopatía isquémica es más frecuente en mujeres postmenopáusicas. También es más frecuente ($p=0,016$) el ingreso hospitalario en menores de 70 años, con mayor número de hombres que de mujeres menores de esta edad.

Nuestro estudio presenta a 18 pacientes diagnosticados de valvulopatías (0,02% del total de urgencias) y 2% de las urgencias cardiovasculares de este trabajo. Hay ocho mujeres y 10 hombres. **BERTRIU** (1995) dice que la insuficiencia mitral es más frecuente en hombres, y la estenosis mitral en mujeres. En nuestro trabajo se presentan tres casos de insuficiencia mitral, siendo dos hombres y una mujer. Asimismo hay tres casos de estenosis mitral, que son mujeres las tres. **BRAUNWALD** (1994) expone que la estenosis mitral se presenta en mujeres de unos 40 años, en nuestro trabajo, como se ha dicho, son tres mujeres las que padecen estenosis mitral con edades de 31, 50 y 52 años cada una de ellas. También **BRAUNWALD** habla de que la insuficiencia mitral es más frecuente en los hombres, así como la estenosis aórtica que se presenta más frecuentemente en adultos varones. Nosotros tenemos cinco casos de estenosis valvular aórtica, siendo varones los cinco. Presenta nuestro estudio tres casos de insuficiencia aórtica, dos mujeres y un hombre, **BRAUNWALD** mantiene que la insuficiencia aórtica es más frecuente en hombres. También **BERTRIU** (1995) dice que es más frecuente en hombres la insuficiencia aórtica. **AZPITARTE** (1995) establece que la estenosis aórtica es más frecuente en ancianos, incluso afirma que es una enfermedad privativa de la edad avanzada. Nosotros tenemos cinco enfermos de estenosis aórtica, siendo cuatro de ellos mayores de 71 años, y el otro menor de 70 años.

GALVE (1995), sostiene que la afección valvular es, tras la enfermedad coronaria, el área de la Cardiología que motiva mayor número de consultas. En su estudio no se menciona que este mayor número de demandas sea en el Servicio de Urgencias. Nuestra serie no coincide con este autor, pues tan sólo representa el 2% de las Urgencias Cardiovasculares estudiadas y 18 enfermos. El momento de llegada al

Servicio de Urgencias fue para 17 pacientes durante el día y la tarde (seis mujeres y tres hombres por el día, y dos mujeres y 6 hombres por la tarde) y tan sólo uno de los enfermos, hombre, por la noche. Sin embargo no hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0,148$) entre el momento de llegada al Servicio de Urgencias y el género de los pacientes. Tampoco existe diferencia estadísticamente significativa entre el momento de llegada y la edad de los enfermos ($p=0,684$) puesto que hubo cinco enfermos menores de 70 años, y cuatro mayores de 71 que acudieron de día, y otros cinco menores de 70 y tres mayores de 71 que lo hicieron por la tarde. También era menor de 70 años el enfermo que acudió de noche.

Fueron ingresados 16 pacientes con diagnóstico de afección valvular (88,9%), siete mujeres y nueve hombres. Este alto porcentaje de ingresos nos puede orientar hacia la gravedad de la afección que presentaban estos enfermos, y/o los factores de riesgo acompañantes que podrían agravarlas. No obstante, no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,358$) entre el destino de los enfermos y el género de los mismos. Tampoco se han encontrado diferencias significativas entre acudir a Urgencias en día festivo o no festivo, el momento del día en que acudieron, la estación del año en que lo hicieron, la edad de los enfermos, y el género de los citados pacientes.

Fueron diagnosticados 79 pacientes de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (59 enfermos) o de Edema Pulmonar Agudo (20 pacientes, nueve mujeres y 11 hombres), lo que representa el 0,12% de las Urgencias atendidas en el HUC y el 8,81% de nuestra serie. El tiempo medio de estancia fue 10,98, y la hora media en que acudieron fue las 12:21. Se compone este grupo de 34 mujeres y de 45 hombres siendo estadísticamente significativo ($p<0,0001$) el mayor número de hombres.

La media de edad de este grupo es 66,11 siendo más habitual, y estadísticamente próximo a la significación ($p=0,06$), la mayor presencia de hombres mayores de 71 años que de mujeres mayores de dicha edad. Aunque fueron ingresados más hombres (37 en total) que mujeres (en número de 28), no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,111$) entre el destino de los enfermos y el género de los mismos; ni tampoco es estadísticamente significativo ($p=0,073$) el que acudiesen al Servicio de Urgencias en día festivo o no festivo tanto los hombres como las mujeres. Sin embargo, fue mayor el número de enfermos, y de hombres, que acudieron al Servicio de Urgencias en día no festivo que en día festivo. **AZPITARTE** (1995), describe que la Insuficiencia Cardíaca aumenta con la edad. Nuestra serie presenta a 49 pacientes menores de 70 años, grupo mayor que el formado por los mayores de 71 años donde se contabilizan 30 enfermos.

También fue mayor el número de enfermos menores de 70 años (37 pacientes) que acudieron al Servicio de Urgencias por medios propios, que los mayores de 71

años (21 enfermos). Pero no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,591$). El mayor número de enfermos con edad inferior a 70 años nos hace pensar que para ellos les resultaba más fácil acudir de este modo al Servicio de Urgencias, siendo más propio de los mayores de 71 años el uso de los medios de transporte sanitario público.

Las afecciones del Pericardio constituyen el 1,11% de nuestro estudio, con diez enfermos (dos mujeres y ocho hombres). Fueron ingresados cuatro de estos pacientes, hombres todos ellos, y es estadísticamente significativo ($p=0,007$) este mayor número de hombres. **LORELL** (1993), nos habla de que las pericarditis constituyen uno de cada 1000 ingresos hospitalarios y de que son más frecuentes en hombres adultos. En nuestra serie hay como hemos citado cuatro pacientes ingresados, de los 706 enfermos que corresponden al total de ingresos. Coincidimos con **LORELL** en cuanto al género y la edad de los pacientes, pues en nuestra serie la edad tiene un Rango en los hombres de 27-70, con una Media de 43,87. Las dos mujeres que fueron diagnosticadas de pericarditis aguda son de 15 y 25 años cada una de ellas. Un hombre fue diagnosticado de taponamiento cardíaco y otro de derrame pericárdico. También es más frecuente y estadísticamente próximo a la significación ($p=0,053$) el mayor número de hombres que de mujeres que acude al Servicio de Urgencias por su propia iniciativa en este grupo diagnóstico.

Forman parte de nuestra serie 215 enfermos que fueron diagnosticados de Accidente Cerebrovascular Agudo (ACVA), lo que corresponde al 23,99% del presente estudio, y al 0,32% del total de Urgencias. Se compone este grupo de 109 mujeres (50,7%) y de 106 hombres (49,6%). El tiempo medio de estancia en Urgencias fue 12,73. Cabe destacar que se presentaron más frecuentemente estos ACVA en las mujeres durante la Primavera (43 mujeres y 21 hombres), siendo estadísticamente significativa ($p=0,018$) esta diferencia. En las demás estaciones del año es mayor el número de hombres. También es más frecuente y estadísticamente significativo ($p=0,016$) el mayor número de mujeres que acuden al Servicio de Urgencias por iniciativa propia (70 mujeres y 49 hombres), y el mayor número de hombres que son derivados desde Centros Sanitarios Públicos y Privados al Servicio de Urgencias ($p=0,016$). El acceso a Urgencias fue más frecuente y estadísticamente significativo ($p=0,004$) por medios de transporte sanitario público en los enfermos mayores de 71 años (134 pacientes, 64 mujeres y 70 hombres). Además es más frecuente, con una diferencia estadísticamente próxima a la significación ($p=0,051$) el acudir a Urgencias por el día (58 enfermos) y por la tarde (62 pacientes) en los enfermos mayores de 71 años que en los menores de 70, donde no hay diferencias. La Media de Edad es de 74,50, en las mujeres es 75,28 y en hombres es de 73,69. No existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,198$) entre ellos.

El Rango es 34-97 (34-96 las mujeres y 40-97 los hombres). Menores de 70 años se cuentan 80 enfermos, siendo 135 los mayores de esa edad.

ARBOIX, OLIVERES, MASSONS et al (1998) presentan en su estudio un menor número de hombres que de mujeres (diagnosticados de ACVA), lo atribuyen al incremento de la edad de la muestra puesto que, en los pacientes de edad avanzada, la esperanza de vida media es mayor en las mujeres. En nuestra serie hay más mujeres que hombres, y la edad de éstas es mayor que la de los hombres, pero no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,198$).

Se incluyen en nuestro estudio a 86 enfermos a los que se les diagnosticó de Tromboflebitis, que corresponde al 9,59% de esta serie y al 0,13% del número de Urgencias. El tiempo media de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 5,15. Hay 49 mujeres y 37 hombres, sin que exista diferencia estadísticamente significativa ($p=0,95$) entre ellos. Lo más destacado es la forma de acceso al Servicio de Urgencias, donde los enfermos menores de 70 años (50 enfermos) acudieron más frecuentemente por medios propios, siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p=0,000$), con respecto a los que lo hicieron por medios de transporte sanitario público. No hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,263$), entre hombres y mujeres y la forma de acceso al Servicio de Urgencias. Fueron ingresados 46 pacientes con igual número de hombres que de mujeres, 23 cada uno de ellos, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,511$) entre el género de los enfermos y el que se tratara de mayores de 71 años o menores de 70 (hay 36 enfermos menores de 70 años y diez mayores de 71).

MONREAL (1995) mantiene que el tromboembolismo pulmonar (TEP) es más frecuente en mayores de 60 años. En nuestro estudio la edad tiene un Rango de 41-95 en las mujeres y de 67-82 en los hombres, con una media de edad de 66,42 en las mujeres y de 74,17 en los hombres. Nuestra serie se compone de 12 mujeres y de 6 hombres, si bien no se encuentra diferencia estadísticamente significativa ($p=0,30$) entre el diagnóstico de TEP y el género de los enfermos. Lo más destacado en este grupo de pacientes es la mayor frecuencia, con diferencia próxima a la significación estadística ($p=0,058$) de los enfermos mayores de 71 años y que acuden al Servicio de Urgencias en día festivo: hay tres enfermos, una mujer y dos hombres. El tiempo medio de estancia en Urgencias es de 16,16.

También podemos señalar que presentamos dos pacientes (hombres los dos) diagnosticados de Vasculotraumas. Uno de ellos, de 70 años, presentó rotura traumática de la aorta y acudió al Servicio de Urgencias trasladado por el servicio 061 (actual 112). El otro paciente era de 33 años de edad y fue diagnosticado de rotura poplítea, que también fue trasladado por el citado servicio de emergencias.

Ambos pacientes fueron ingresados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. El tiempo medio de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 20,50.

En nuestro estudio se hizo un grupo diagnóstico que englobaba la patología de la aorta, formado por 15 hombres que fueron diagnosticados de Aneurismas Torácicos (tres de ellos), Disección Aórtica (otros tres) y nueve más que presentaban Aneurismas de la Aorta Abdominal. Representan el 1,67% de nuestra serie. Los 15 pacientes fueron ingresados en el hospital, dos de ellos en la Unidad Coronaria, siete en el Servicio de Cirugía Cardiovascular, cinco más en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y uno en el Servicio de Cardiología. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las diversas variables estudiadas (forma de acceso, destino, festivo, estación, momento, procedencia y servicio) y la edad de los enfermos, siendo ocho de ellos menores de 70 años y los otros siete mayores de 71. Lo más destacado es que diez enfermos acudieron por iniciativa propia, y los otros cinco fueron remitidos por su médico de cabecera (cuatro de ellos) y el otro desde un establecimiento privado. **DUBOW** (1998), dice que un factor de riesgo para esta urgencia es la edad mayor de 60 años, y nuestro estudio coincide con esta afirmación, ya que la Media de edad es de 67,20.

Formando parte de nuestro estudio están los Bloqueos Auriculoventriculares (BAV), que incluyen a 39 enfermos y se corresponden con el 4,35% de la serie. Hay un total de 16 mujeres y de 23 hombres, cuyo tiempo medio de estancia en Urgencias fue 6,10. Se contabilizaron 26 enfermos mayores de 71 años, de los cuales 13 eran mujeres y los otros 13 hombres. Menores de 70 años había otros 13 pacientes (tres mujeres y diez hombres). No hay diferencia estadísticamente significativa entre ellos ($p=0,479$). **AZPITARTE** (1995), expone que la frecuencia de BAV se incrementa con la edad, y coincidimos con su estudio, ya que en el nuestro, hay un 66% de enfermos mayores de 71 años, frente al 33% que son menores de dicha edad. La Media de edad es 72,77; siendo de 76,19 para las mujeres y de 70,39 para los hombres. Fueron 18 los enfermos mayores de 71 años, de los 26 mayores de esa edad, que ingresaron en la Unidad Coronaria, y es estadísticamente significativo ($p=0,004$) esta mayor frecuencia de ingresados en la citada Unidad. Estos datos nos reflejan la importancia y/o gravedad de este cuadro en los enfermos mayores.

Acudieron ocho enfermos, que fueron diagnosticados de un cuadro sincopal (0,89% del presente trabajo), y esta cifra no coincide con lo publicado en la literatura, donde **CARUSO** mantiene que estos casos constituyen un 3% del total de pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias. Otros autores hablan que este proceso suele englobar el 1-2% del total de casos en el servicio de urgencias (**LOPEZ y GARCIA**. 1995).

DURACK (1995), expone que la incidencia de la Endocarditis Infecciosa es máxima en adultos mayores, con una edad Media de aparición alrededor de los 50 años. Además, la distribución por géneros es de 2:1 entre hombres y mujeres, pero se eleva en los ancianos. En nuestro trabajo hay tres enfermos diagnosticados de Endocarditis Infecciosa, una mujer y dos hombres. Había dos enfermos menores de 70 años, y el otro mayor de 71. La Media de edad es de 49,52; media que coincide con lo publicado por **DURACK**. El tiempo medio de estancia en Urgencias fue de 1,5. Los tres pacientes fueron ingresados en el hospital.

Lo publicado por **HALL** (1995), indica que los Mixomas Cardíacos son más frecuentes en mujeres entre los 30 y 60 años de edad. En nuestra serie hay dos enfermos, mujer y hombre, diagnosticado de Mixoma, que equivale al 0,22% de nuestra serie. Los dos pacientes tenían 64 y 65 años cada uno de ellos, y procedía la mujer desde un hospital público y el hombre de su propia iniciativa. La mujer fue ingresada, lo que nos hace suponer que por sus manifestaciones sistémicas (que se pueden observar hasta un 90% de los pacientes y la gravedad del cuadro del que fue diagnosticada la hizo subsidiaria del destino citado). El hombre fue enviado a su domicilio, encargándose de su control posterior el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. El tiempo de estancia es de 3,5.

Hemos incluido en nuestra serie 64 pacientes con el diagnóstico de Isquemia Aguda, de los cuales 23 eran mujeres y 41 hombres. Constituyen el 7,14% de nuestra serie. El 71,87% de los enfermos acudieron por su propia iniciativa, haciéndolo un mayor número de hombres que de mujeres (32 hombres y 13 mujeres). A pesar de ello no se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa ($p=0,071$) entre el género de los pacientes y la forma de acceder al Servicio de Urgencias.

CREAGER y DZAU (1994), señalan que las Isquemias Agudas son más frecuentes en hombres mayores de 40 años, con mayor incidencia entre los 60-70 años. En nuestro estudio observamos un mayor número de hombres que de mujeres, no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,409$) entre los dos géneros. Tampoco es significativo ($p=0,409$) el número de enfermos con edad mayor de 71 años (29 pacientes, siendo 12 las mujeres y 17 los hombres), que el de menores de 70 años (35 enfermos, de los cuales 11 son mujeres y 24 los hombres). Lo más señalado en nuestra serie es la mayor frecuencia de hombres que de mujeres (12 mujeres y 34 hombres) que ingresaron en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, siendo estadísticamente significativa dicha diferencia ($p=0,022$). Existe un mayor número de pacientes menores de 70 años que acudieron al Servicio de Urgencias por sus propios medios, lo que puede ser debido a la mayor facilidad de moverse debido a su menor edad, habiendo un mayor número de enfermos mayores de 71 años que acudieron a Urgencias utilizando transporte sanitario público. Asimismo es más frecuente y estadísticamente próximo a la significación, el mayor

número de pacientes que acuden a Urgencias en día no festivo, siendo más alto el número de enfermos de más de 71 años que lo hace en día festivo. No se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa ($p=0,331$) entre la procedencia de los enfermos y la edad menor de 70 años, o mayor de 71, de los pacientes.

El denominado Pie Diabético motivó demanda de asistencia en el Servicio de Urgencias a 53 enfermos. Esto equivale al 5,91% de nuestra serie, y al 0,08% del número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias. La hora media de llegada fue las 12:47. Componen este grupo 15 mujeres y 38 hombres, siendo 27 los enfermos menores de 70 años (ocho mujeres y 19 hombres) y 26 los mayores de 71 años (siete mujeres y 19 hombres). Lo más frecuente, y estadísticamente significativo ($p=0,016$), es la forma de acceso por sus propios medios en los menores de 70 años, y por medios públicos en los mayores de 71. Podemos pensar en la mayor incapacidad, provocada por esta enfermedad, en los enfermos mayores de 71 años que necesitaron el transporte en ambulancia hasta el Servicio de Urgencias. Esto se correlaciona con el destino de los pacientes, ya que de estos 26 enfermos fueron ingresados 25 de ellos, y el paciente restante fue enviado al hospital desde donde fue derivado. De todas formas también fueron ingresados 26 enfermos, de los 27 pacientes menores de 70 años. Igualmente no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,368$) entre la edad de los pacientes, menores de 70 años o mayores de 71, y el destino de estos enfermos.

Conclusiones

Conclusión 1: La urgencia cardiovascular más frecuente es la cardiopatía isquémica.

Conclusión 2: Las urgencias cardiovasculares se producen con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, siendo dicha demanda asistencial más frecuente en todos los momentos del día.

Conclusión 3: La asistencia al Servicio de Urgencias, con motivo de una afección cardiovascular, es más frecuente en día No festivo, que en día Festivo.

Conclusión 4: La hora media de llegada al Servicio de Urgencias es el mediodía, sin diferencias por géneros, siendo también la más habitual las 13:12.

Conclusión 5: Es más frecuente el ingreso hospitalario que los demás destinos de los enfermos.

Conclusión 6: En las mujeres es más frecuente los Accidentes Cerebrovasculares Agudos en primavera que en las demás estaciones del año.

Conclusión 7: Es más frecuente el acceso al servicio de urgencias mediante medios de transporte sanitario público en los enfermos mayores de 71 años.

Conclusión 8: En relación con la prevalencia de los grupos de patología con la edad, tan sólo hemos encontrado significación en la Cardiopatía isquémica con las mujeres mayores de 71 años.

Bibliografia

1. ALEGRIA E, GONZALEZ V, TENOR M, Seguimiento del Paciente Cardiopata Intervenido. 20-23, 1996.
2. ALEMAN JJ, BENITEZ MA, MARRON R, Programa Integrado Marco Multifactorial de Enfermedades Cardiovasculares (PIMMEC). Gobierno de Canarias. I, 10-16, 1993.
3. ALPERT JS, BECKER RC, Shock cardiogénico. En SCHLANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS EL CORAZON. 143-156. 1995.
4. ALVAREZ A, PEREZ H, ACUÑA A et al, Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un sector de población activa ocupada de la Isla de Tenerife (Islas Canarias, España). Rev Lat Cardiol 1995; 16: 165-175.
5. ARBOIX A, OLIVERES M, MASSONS J et al, Implicaciones clínicas y asistenciales de la aplicación durante 10 años de un registro de enfermedades cerebrovasculares. Análisis descriptivo de los últimos 1000 pacientes y comparativo con los 1000 primeros pacientes. Med Clin (Barc) 1998; 111: 286-289.
6. AZCONA JM, LORENTE MC, JURADO J et al, Enfermedades de las arterias. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 633-648. 1995.
7. AZPITARTE J, Envejecimiento y corazón. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 625-627. 1995.
8. BALANZÓ X, ALMIRALL J, Factibilidad d'una classificació de problemes de salut per als serveis d'urgències hospitalàries. Gac Sanit, 8, 2, 241-247, 1988.
9. BALANZÓ X, PUJOL F, Grupo Internacional de Servicios de Medicina Interna, Estudio multicéntrico de las urgencias de los hospitales generales básicos de Catalunya. Med Clin (Barc) 92: 86-90, 1989.
10. BAYES DE LUNA A, GUINDO J, DOMINGUEZ JM OTERO R, Diagnostico y tratamiento de las arritmias cardiacas. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 303-321. 1995.

11. BEHRMAN R E. Cardiopatías congénitas en la infancia. En NELSON, Tratado de Pediatría. 2ª ed, español. 4, 1393-1445. 1992.
12. BELLAH K. Insuficiencia cardiaca congestiva. En GREENE HL, JOHNSON WP, MARICIC MJ, Toma de decisiones en Medicina. 68-69. 1995.
13. BERTRIU A, Valvulopatías. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 558-568. 1995.
14. BRAUNWALD E. Cardiopatías valvulares. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 13ª ed, español. 1, 1213-1229. 1994.
15. BRAUNWALD E. Enfermedades del Pericardio. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON Principios de Medicina Interna. 13ª ed, español. 1, 1261-1269. 1994.
16. CALLEJAS JM, SILVEIRA P, GALEGO G. Aneurismas de Aorta. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 426-436. 1995.
17. CALLEJAS JM. Traumatismos vasculares. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 427-441. 1995.
18. CAMPBELL, RWF, Perfil del candidato a muerte súbita. En BAYES de LUNA A, BRUGADA P, COSIN AGUILAR J, NAVARRO-LOPEZ F, Muerte súbita cardiaca. 89-95, 1991.
19. CAÑADILLAS F, MONTERO FJ, PEREZ D et al, Actitud de urgencia ante un paciente con accidente cerebrovascular. En JIMENEZ L, MONTERO FJ, Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. 111-119, 1994.
20. CARUSO AC. Síncope. En GREENE HL, JOHNSON WP, MARICIC MJ, Toma de decisiones en Medicina. 64-65. 1995.
21. CINCA J, CORTADELLAS J, SALAS A, Cardiopatía Isquémica. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 323-350. 1995.
22. CREAGER MA, DZAU VJ, Enfermedades vasculares de las extremidades . En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 13ª ed, 2, 1307-1319. 1994.

23. COTO A, Cardiopatía isquémica (Angina estable, Angina inestable e IAM). En MEDINA ASENSIO J, Manual de Urgencias Médicas. 321-337. 2ª ed, 1997.
24. DURAN M, CALDERÓN de la BARCA JM, ROMERO MA et al, Cardiopatía isquémica (I): angor. En JIMENEZ L, MONTERO FJ, Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. 51-56. 1994.
25. DURACK DT, Endocarditis infecciosa. En SCHALANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS. El Corazón. 241-256. 8ª ed, 1995.
26. DZOU V J, Enfermedades de la Aorta. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 1,1303-1307. 13ª ed, 1994.
27. EAGLE K A, Enfermedades de la Aorta. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 1, 1706-1735. 13ª ed, 1994.
28. ESTEVAN JM, Traumatismos vasculares. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 664-666. 1995.
29. FELDMAN A J, Enfermedades de la Aorta torácica y abdominal. En TINTINALLI JE, KROME RL, RUIZ E, Medicina de Urgencias. 296-299. 3ªed, 1992.
30. FELDMAN A J, Vasculopatías periféricas y tromboflebitis. En TINTINALLI JE, KROME RL, RUIZ E, Medicina de Urgencias. 303-307. 3ª ed, 1992.
31. FONTANILLAS C, LOPEZ L, UGARTEMENDIA MC, Diseción aguda de Aorta. En GOMEZ JM, PUJOL R, SABATER R, Pautas de Actuación en Medicina de Urgencias. 93-95, 1996.
32. FRAMM D, FENSTER PE, KERN KB, Bradicardia. En GREENE HL, JOHNSON WP, MARICIC MJ, Toma de decisiones en Medicina. 42, 1995.
33. FRIEDMAN W F, Cardiopatías congénitas en la infancia. En BRAUNWALD E, Tratado de Cardiología. Medicina Cardiovascular. 2, 995-1082. 4ª ed, español. 1993.

34. GALVE E, Valvulopatías y Miocardiopatías. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 361-376. 1995.
35. GARCIA F, Estudio cualitativo y cuantitativo de las urgencias del servicio sanitario 061 (Tesis doctoral 1996).
36. GLOVER JL, BLOSSOM GB, Isquemia mesentérica. En TINTINALLI JE, KROME RL, RUIZ E, Medicina de Urgencias. 300-302. 3ª ed, 1992.
37. Gobierno de Canarias. Programa Integrado Marco Multifactorial de Enfermedades Cardiovasculares (PIMMEC). I, 10-16, 1993.
38. GOLDBERG RJ, Aspectos epidemiológicos de los modelos circadianos de enfermedades cardiovasculares y sucesos desencadenantes de trastornos cardíacos agudos. En PEEDWANIA PC, TOFLER GH, Clínicas Cardiológicas de Norteamérica. 2, 177-185. 1996.
39. Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), Ordenación de las urgencias en atención primaria. Aten Prim 9, 5, 269-275. 1992.
40. HALL RJ, Enfermedades neoplásicas del corazón. En SCHLANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS EL CORAZON. 367-372. 1995.
41. IBAÑEZ F, GUTIERREZ B, OLASKOAGA A, Estudio de la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios por la población de un EAP: grado de adecuación. Aten Prim, 8, 10, 764-769. 1991.
42. INE. Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de morbilidad hospitalaria. 1993.
43. Istac. Instituto Canario de Estadística, Defunciones Registradas en Canarias. 1995.
44. Istac. Instituto Canario de Estadística, Proyección de la Población de canarias 1991-2001, 1995.
45. JIMENEZ D, CASANOVAS X, MALQUES A et al, Utilización de los Servicios de urgencias hospitalarios por la población de un centro de atención primaria. Aten Prim, 5, 6, 314-317. 1988.

46. JUNCADELLA E, VILARDELL M, Sistema cardiovascular. En MARTIN ZURRO L, CANO PEREZ FJ, Atención Primaria. 611-639, 3ª ed., 1994.

47. KHAN SS, Urgencias valvulares. En Clínicas Cardiológicas de Norteamérica. 751-773, 4/1991.

48. KISTLER JP et al, Enfermedades Cerebrovasculares. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD, et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 13ª ed, español. 1, 2570-2597. 1994.

49. KORZENIOWSKI MA, Endocarditis infecciosas. En BRAUNWALD E, Tratado de Cardiología. Medicina Cardiovascular. 2, 1207-1232. 4ª ed, español. 1993.

50. LEON AR, MORRIS DC, Infarto agudo de miocardio. En SCHLANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS. El Corazón. 1995. 121-142.

51. LEWIS RP, Síncope. En SCHALANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS. El Corazón. 8ª ed. 1995. 99-119.

52. LOPEZ V, GARCIA R, Síncope cardiovascular. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 528-533. 13ª ed, 1995.

53. LORELL BH et al, Enfermedades Pericárdicas. En BRAUNWALD E, Tratado de Cardiología. Medicina Cardiovascular. 2, 1636-1694. 4ª ed, español. 1993.

54. LLORET J, PUIG X, MUÑOZ J, Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. Med Clin (Barc) 83: 135-141. 1984.

55. MARTORELL A, CALLEJAS JM, Isquemia de las extremidades. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 417-426. 1995.

56. MELIO F, Isquemia miocárdica, infarto de miocardio y su tratamiento. En CLINE DM; MA OJ; TINTINALLI JE, Manual de Medicina de Urgencias. 1, 211-223. 4ª ed, 1998.

57. MONREAL M, Embolia pulmonar y trombosis venosa profunda. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 385-397. 1995.
58. MONREAL M, Trombosis venosa profunda. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 658-661.
59. MULLER JE, LUDMER PL, WILICH SN, et al: Circadian variation in the frequency of sudden cardiac death. *Circulation* 75:131, 1987.
60. MURTRA M, Traumatismos del corazón y grandes vasos. En GUARDIA J, ABAD A, ABELLO P et al, Tratado de Urgencias. 1, 443-447. 1995.
61. NIETO J, LAGE E, MENDEZ C, et al, Enfermedades Cardiovasculares. En Plan Andaluz de Salud, Informe del Grupo Consultor. 1991.
62. NICOLAIDES AN, CRISTOPOULOS D, Methods of quantification of chronic venous insufficiency. En BERGEN JJ, YAO JST (eds). *Venous disorders*. Philadelphia: WB SAUNDERS 1991; 77.
63. PALOMAR V, GARCIA MA, ROIG J et al, Complicaciones y tratamiento del síndrome varicoso. Trombosis venosa profunda. En JIMENEZ L, MONTERO FJ, *Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias*. 243-247, 1994.
64. PASTERNAK RC et al, Infarto Agudo de Miocardio. En BRAUNWALD E, *Tratado de Cardiología. Medicina Cardiovascular*. 2, 1342-1443. 4ª ed, español. 1993.
65. PERALES RODRIGUEZ DE VIGURI N, Avances en Emergencias y Resucitación. 1, 1-20. 1996.
66. PERERA C, Intervencionismo médico-quirúrgico en el tratamiento de las cardiopatías congénitas cianóticas. En *Urgencias Cardiovasculares, II Máster Universitario de Medicina de Urgencias*, La Laguna 1998.
67. PETERS RW, Modelos circadianos y sucesos desencadenantes de la muerte cardíaca súbita. En PEEDWANIA PC, TOFLER GH, *Sucesos desencadenantes y cronología de fenómenos cardíacos. Clin Cardiol Norteam*, 2, 1996. 187-195.
68. Plan Canario de Salud, Enfermedades cardiovasculares. 1-5. 1996.

69. PRIETO JA, OLALLA JJ, ENRIQUEZ P, RUIZ B, Insuficiencia Mitral por rotura aislada de músculo papilar secundaria a traumatismo cerrado de tórax. Rev. Esp. Cardiol 1995; 48: 486-488.

70. ROBERTS R, Cardiopatía isquémica. En KELLEY WN, De VITA 6VT, DuPONT HL et al: Tratado de Medicina Interna, 1, 156-164. 1990.

71. ROGERS JG, GELTMAN EM, Insuficiencia Cardíaca. En EWALD GA , McKENZIE CR, WASHINTONG, Manual de Terapéutica Médica. 9ª ed, 135-162. 1995.

72. ROLDAN J, La Radiología en la urgencia. En MEDINA ASENSIO J, Manual de Urgencias Médicas. 848-850. 2ª ed, 1997.

73. ROS E, Enfermedades mecánicas de las arterias. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 651-652. 1995.

74. SABATE FX, DIAZ-PRIETO A, Insuficiencia Cardíaca. En GOMEZ JM, PUJOL R, SABATER R, et al, Pautas de actuación en medicina de Urgencias. 73-79.1996.

75. SANZ GA, Cardiopatía isquémica. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 533-552. 1995.

76. SCHALANT RC, ALEXANDER RW, Angina de pecho estable. En Manual HURTS. El Corazón, 1995. 241-256.

77. SCHLANT RC, Envejecimiento cardiovascular y adaptación a la enfermedad. En SCHLANT RC, ALEXANDER RW, Manual HURTS EL CORAZON. 393-396. 1995.

78. SELWYN P, BRAUNWALD E, Cardiopatía Isquémica. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 1, 1241-1249. 13ª ed, español. 1994.

79. SIERRA A, TORRES A, Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En PIEDROLA G, del REY J, DOMINGUEZ M et al, Medicina Preventiva y Salud Pública. 830-850. 9ª ed, 1991.

80. STAPCZYNSKI JS, Valvulopatías cardiacas. En TINTINALLI JE, KROME RL, RUIZ E, Medicina de Urgencias. 264-271, 1993.

81. SYMBAS PN, Traumatic heart disease. Curr Probl Cardiol 1991; 16: 537-582.

82. TORRES J, ROMERO MA, LOPEZ A et al, Arritmias cardiacas. En JIMENEZ L, MONTERO FJ, Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. 25-46, 1996.

83. UGARTEMENDIA MC, Enfermedades del Pericardio. En GOMEZ JM, PUJOL R, SABATER R, Pautas de actuación en Medicina de Urgencias. 89-92. 1996.

84. VILARDELL M, FONOLLOSA V, Arteritis de la aorta y de los grandes vasos. En ROZMAN C, CASTILLO R, ESTAPE J et al, FARRERAS ROZMAN Tratado de Medicina Interna. 1, 645-648. 1995.

85. WESSELS MR, Infecciones estreptocócicas. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 1, 720-726. 13ª ed, 1994.

86. WINTERS KJ, Cardiopatía isquémica. En EWALD GA , McKENZIE CR, WASHINTONG, Manual de Terapéutica Médica. 101-134. 9ª ed, 1996.

87. WYNNE J, Miocardiopatías y miocarditis. En ISSELBACHER KJ, BRAUNWALD E, WILSON JD et al, HARRISON, Principios de Medicina Interna. 1, 1254-1261. 13ª ed, 1994.

88. ZARCO P, Cardiopatía isquémica. En DIAZ-RUBIO M, ESPINOS D, Tratado de Medicina Interna. 1, 304-332. 1994.

89. ZYPES DP, Arritmias específicas: diagnóstico y tratamiento. En BRAUNWALD E, Tratado de Cardiología. Medicina cardiovascular. 1, 752-815. 4ª ed, español, 1993.

Arritmias (Tabla 4.2)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
TcqdaVentr	1	24/05/96	1	13:03	2	2	52	1	1	1	1	4
TcqdaVentr	1	05/07/96	2	11:45	2	2	69	2	2	1	7	4
F.A rápida	1	08/07/96	2	5:26	1	2	68	1	1	1	11	4
F.A.	1	30/07/96	2	17:22	3	2	47	2	1	1	20	4
TcqdaVentr	1	13/09/96	2	16:03	3	2	65	1	1	1	28	4
Enf.NodoSinu	1	21/11/96	3	15:42	3	2	78	2	1	1	4	4
TcqdaVentr	1	13/12/96	3	17:04	3	2	69	2	2	1	68	4
FlúterAurcic	1	23/01/97	4	22:58	4	2	48	1	1	1	1	4
Enf.Seno	1	30/01/97	4	18:59	3	2	83	3	1	1	0	4
TcqdaVentr	2	08/02/97	4	21:00	3	2	71	1	1	1	0	4
SíncopeF.V.	1	11/03/97	4	4:56	1	2	48	1	1	1	1	4
Bcda	1	09/09/96	2	12:12	2	2	56	2	1	23	7	9
BcdaSinusal	1	18/09/96	2	10:35	2	2	68	1	1	21	4	9
F.A.	1	17/12/96	3	12:27	2	2	71	3	2	1	22	9
F.A.	1	24/03/97	1	13:53	2	2	80	1	1	21	5	9
F.A.	2	01/11/96	3	10:22	2	1	66	1	1	1	26	4
TcqdaVentr	1	27/12/96	4	14:38	3	1	30	2	2	1	23	4
TcqdaVentr	2	01/01/97	4	12:58	2	1	77	1	1	1	1	4
BcdaSintimát	1	16/01/97	4	10:16	2	1	65	1	1	1	6	4
FlúterAurcic	1	27/08/96	3	7:50	1	1	69	3	2	22	4	9
F.A. Parox	1	12/04/96	1	0:51	4	1	55	2	2	23	19	9
TCQDA	1	18/07/96	2	16:08	3	1	25	2	1	23	3	9
F.A..	1	07/01/97	4	12:12	2	1	41	2	2	23	8	9

Cardiopatía Isquémica (Tabla 4.3)

DIAGNOST.	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDEN	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
C.I.	1	05/07/96	2	16:59	3	2	60	2	2	1	1	30
C.I.	1	04/09/96	2	12:16	2	2	63	2	2	1	5	30
C.I.	1	13/12/96	3	13:15	2	2	74	1	1	1	4	30
C.I.	1	16/01/97	4	15:14	3	2	70	2	2	1	0	30
C.I.	1	22/01/97	4	12:18	2	2	56	2	2	1	2	30
C.I.	2	25/01/97	4	13:46	2	2	63	2	2	1	2	30
C.I.	1	01/04/96	1	12:18	2	2	69	1	1	1	1	4
C.I.	1	01/04/96	1	12:25	2	2	57	1	2	1	2	4
C.I.	1	03/04/96	1	23:00	4	2	45	1	2	1	6	4
C.I.	1	04/04/96	1	14:56	2	2	65	1	1	1	3	4
C.I.	2	05/04/96	1	20:47	3	2	65	1	2	1	1	4
C.I.	1	07/04/96	1	2:02	4	2	64	1	1	1	1	4
C.I.	1	10/04/96	1	11:08	2	2	74	1	1	1	1	4
C.I.	1	10/04/96	1	22:20	4	2	68	1	2	1	16	4
C.I.	1	11/04/96	1	22:13	4	2	68	1	1	1	13	4
C.I.	1	14/04/96	1	9:08	2	2	78	1	1	1	1	4
C.I.	1	17/04/96	1	18:07	3	2	72	1	1	1	4	4
C.I.	2	19/04/96	1	8:43	2	2	71	1	1	1	3	4
C.I.	1	24/04/96	1	11:01	2	2	58	2	1	1	5	4
C.I.	2	26/04/96	1	6:45	1	2	43	1	1	1	0	4
C.I.	1	02/05/96	1	3:23	4	2	67	1	1	1	0	4
C.I.	1	07/05/96	1	8:56	2	2	74	2	1	1	1	4
C.I.	2	10/05/96	1	7:45	1	2	68	1	1	1	3	4
C.I.	2	10/05/96	1	7:00	1	2	74	3	2	1	5	4
C.I.	2	11/05/96	1	4:34	1	2	54	3	2	1	7	4
C.I.	1	14/05/96	1	13:19	2	2	39	1	1	1	0	4
C.I.	2	17/05/96	1	14:18	2	2	54	1	1	1	1	4
C.I.	1	21/05/96	1	8:32	2	2	57	1	1	1	5	4
C.I.	1	23/05/96	1	19:42	3	2	81	3	2	1	0	4
C.I.	2	24/05/96	1	0:50	4	2	68	1	2	1	15	4
C.I.	1	28/05/96	1	13:43	2	2	47	1	2	1	6	4
C.I.	1	29/05/96	1	9:34	2	2	49	1	1	1	2	4
C.I.	2	01/06/96	1	16:41	3	2	72	1	2	1	2	4
C.I.	1	03/06/96	1	7:10	1	2	64	1	1	1	10	4
C.I.	1	05/06/96	1	14:30	2	2	72	3	2	1	4	4
C.I.	2	07/06/96	1	11:34	2	2	80	3	2	1	11	4
C.I.	1	11/06/96	1	17:40	3	2	73	2	1	1	0	4
C.I.	1	17/06/96	1	8:59	2	2	57	2	2	1	14	4

C.I.	1	18/06/96	1	13:33	2	2	50	2	2	1	6	4
C.I.	1	19/06/96	1	12:06	2	2	64	1	1	1	8	4
C.I.	1	23/06/96	2	19:28	3	2	53	3	2	1	0	4
C.I.	1	24/06/96	2	22:45	4	2	45	3	1	1	0	4
C.I.	1	02/07/96	2	13:54	2	2	74	2	2	1	4	4
C.I.	2	06/07/96	2	13:29	2	2	66	2	2	1	0	4
C.I.	1	09/07/96	2	9:51	2	2	34	2	1	1	6	4
C.I.	1	11/07/96	2	9:52	2	2	50	3	2	1	1	4
C.I.	1	12/07/96	2	13:07	2	2	65	1	1	1	24	4
C.I.	2	14/07/96	2	18:00	3	2	73	1	1	1	1	4
C.I.	1	18/07/96	2	16:02	3	2	65	1	1	1	20	4
C.I.	1	24/07/96	2	0:17	4	2	72	1	1	1	17	4
C.I.	1	24/07/96	2	0:22	4	2	56	1	1	1	1	4
C.I.	1	26/07/96	2	11:45	2	2	62	1	1	1	33	4
C.I.	2	27/07/96	2	2:39	4	2	41	1	1	1	11	4
C.I.	1	31/07/96	2	6:25	1	2	44	1	1	1	4	4
C.I.	1	02/08/96	2	4:45	1	2	69	2	1	1	6	4
C.I.	1	02/08/96	2	10:11	2	2	76	2	1	1	7	4
C.I.	2	04/08/96	2	6:55	1	2	61	2	2	1	12	4
C.I.	2	04/08/96	2	19:29	3	2	64	3	1	1	0	4
C.I.	1	09/08/96	2	0:19	4	2	63	1	1	1	13	4
C.I.	1	09/08/96	2	20:11	3	2	47	1	1	1	4	4
C.I.	2	10/08/96	2	11:38	2	2	62	1	1	1	4	4
C.I.	2	10/08/96	2	15:35	3	2	82	2	2	1	4	4
C.I.	2	10/08/96	2	20:13	3	2	53	1	1	1	1	4
C.I.	2	11/08/96	2	0:22	4	2	35	2	2	1	12	4
C.I.	1	14/08/96	2	10:54	2	2	49	1	1	1	2	4
C.I.	1	14/08/96	2	11:09	2	2	74	2	1	1	28	4
C.I.	1	21/08/96	2	9:53	2	2	70	1	1	1	2	4
C.I.	2	25/08/96	2	12:05	2	2	70	1	1	1	0	4
C.I.	1	27/08/96	2	16:16	3	2	70	3	2	1	2	4
C.I.	1	28/08/96	2	5:49	1	2	61	1	1	1	1	4
C.I.	1	28/08/96	2	9:23	2	2	53	1	1	1	6	4
C.I.	1	29/08/96	2	5:33	1	2	59	1	2	1	4	4
C.I.	1	29/08/96	2	17:36	3	2	73	1	1	1	1	4
C.I.	1	02/09/96	2	5:37	1	2	79	1	1	1	27	4
C.I.	1	02/09/96	2	6:30	1	2	65	1	2	1	9	4
C.I.	1	04/09/96	2	4:54	1	2	74	3	2	1	7	4
C.I.	1	09/09/09	2	12:15	2	2	72	2	2	1	0	4
C.I.	1	12/09/96	2	11:11	2	2	70	1	1	1	4	4

C.I.	1	17/09/96	2	23:59	4	2	57	1	1	1	0	4
C.I.	1	18/09/96	2	22:06	4	2	52	1	1	1	0	4
C.I.	1	23/09/96	3	10:54	2	2	49	1	1	1	0	4
C.I.	1	26/09/96	3	20:57	3	2	50	1	1	1	0	4
C.I.	2	28/09/96	3	17:40	3	2	83	2	2	1	17	4
C.I.	1	03/10/96	3	9:14	2	2	50	3	1	1	5	4
C.I.	1	03/10/96	3	23:06	4	2	63	1	1	1	1	4
C.I.	1	09/10/96	3	15:16	3	2	61	3	1	1	1	4
C.I.	2	12/10/96	3	11:38	2	2	60	1	1	1	2	4
C.I.	2	12/10/96	3	22:11	4	2	52	1	1	1	1	4
C.I.	2	20/10/96	3	22:48	4	2	49	1	1	1	2	4
C.I.	1	22/10/96	3	1:31	4	2	75	3	2	1	0	4
C.I.	1	22/10/96	3	11:41	2	2	63	3	2	1	7	4
C.I.	1	23/10/96	3	9:49	2	2	51	1	2	1	14	4
C.I.	1	24/10/96	3	21:49	3	2	31	1	1	1	1	4
C.I.	1	25/10/96	3	12:21	2	2	86	1	2	1	1	4
C.I.	1	25/10/96	3	16:08	3	2	86	3	2	1	2	4
C.I.	1	25/10/96	3	18:41	3	2	82	3	1	1	18	4
C.I.	1	25/10/96	3	23:05	4	2	70	3	1	1	19	4
C.I.	1	29/10/96	3	18:55	3	2	66	1	1	1	0	4
C.I.	1	30/10/96	3	0:31	4	2	43	1	1	1	1	4
C.I.	2	01/11/96	3	9:57	2	2	64	1	1	1	5	4
C.I.	2	03/11/96	3	16:10	3	2	70	1	1	1	0	4
C.I.	1	04/11/96	3	3:04	4	2	75	1	1	1	0	4
C.I.	1	11/11/96	3	10:54	3	2	53	2	1	1	0	4
C.I.	1	18/11/96	3	20:46	3	2	44	1	1	1	0	4
C.I.	1	22/11/96	3	10:39	2	2	49	2	1	1	2	4
C.I.	2	23/11/96	3	15:00	3	2	56	1	1	1	3	4
C.I.	1	28/11/96	3	7:14	1	2	67	1	1	1	5	4
C.I.	1	28/11/96	3	22:50	4	2	79	2	2	1	14	4
C.I.	1	29/11/96	3	15:21	3	2	64	2	2	1	4	4
C.I.	2	30/11/96	3	18:13	3	2	40	1	1	1	5	4
C.I.	2	01/12/96	3	13:02	2	2	52	2	2	1	21	4
C.I.	1	10/12/96	3	12:03	2	2	73	2	2	1	6	4
C.I.	1	11/12/96	3	18:24	3	2	50	1	1	1	1	4
C.I.	1	12/12/96	3	3:55	4	2	42	1	2	1	11	4
C.I.	1	12/12/96	3	9:06	2	2	56	1	1	1	5	4
C.I.	2	15/12/96	3	13:13	2	2	50	2	1	1	26	4
C.I.	1	19/12/96	3	10:34	2	2	61	1	1	1	5	4
C.I.	2	21/12/96	4	1:23	4	2	63	1	2	1	7	4

C.I.	1	23/12/96	4	12:33	2	2	55	1	2	1	6	4
C.I.	1	24/12/96	4	9:32	2	2	65	1	1	1	6	4
C.I.	2	25/12/96	4	12:16	2	2	79	1	2	1	1	4
C.I.	2	25/12/96	4	23:06	4	2	28	2	2	1	1	4
C.I.	1	26/12/96	4	6:02	1	2	64	1	2	1	8	4
C.I.	1	27/12/96	4	7:20	1	2	40	1	1	1	6	4
C.I.	1	30/12/96	4	8:10	2	2	75	2	2	1	3	4
C.I.	1	31/12/96	4	14:00	2	2	81	2	2	1	71	4
C.I.	1	31/12/96	4	15:41	3	2	79	1	2	1	0	4
C.I.	1	02/01/97	4	12:35	2	2	65	1	1	1	27	4
C.I.	1	02/01/97	4	15:01	2	2	59	1	1	1	24	4
C.I.	2	04/01/97	4	3:25	4	2	61	2	2	1	9	4
C.I.	2	08/01/97	4	9:34	2	2	66	2	2	1	1	4
C.I.	2	09/01/97	4	18:31	3	2	75	2	2	1	4	4
C.I.	1	15/01/97	4	10:31	2	2	71	2	1	1	6	4
C.I.	2	18/01/97	4	10:22	2	2	76	1	1	1	1	4
C.I.	2	18/01/97	4	18:15	3	2	60	1	1	1	5	4
C.I.	1	20/01/97	4	6:09	1	2	47	1	1	1	6	4
C.I.	1	23/01/97	4	9:00	2	2	59	1	2	1	5	4
C.I.	1	24/01/97	4	19:57	3	2	59	2	2	1	1	4
C.I.	1	24/01/97	4	22:05	4	2	41	1	1	1	15	4
C.I.	1	27/01/97	4	11:01	2	2	88	2	2	1	2	4
C.I.	1	28/01/97	4	14:35	2	2	86	1	1	1	10	4
C.I.	1	29/01/97	4	5:36	1	2	68	1	1	1	2	4
C.I.	2	02/02/97	4	17:35	3	2	69	2	2	1	5	4
C.I.	1	06/02/97	4	10:13	2	2	63	1	1	1	4	4
C.I.	1	07/02/97	4	22:05	4	2	80	2	2	1	1	4
C.I.	1	13/02/97	4	17:30	3	2	45	2	2	1	2	4
C.I.	1	13/02/97	4	19:46	3	2	62	3	2	1	17	4
C.I.	2	15/02/97	4	10:18	2	2	73	2	2	1	1	4
C.I.	1	17/02/97	4	0:29	4	2	50	1	1	1	1	4
C.I.	1	20/02/97	4	21:04	3	2	47	1	1	1	1	4
C.I.	2	22/02/97	4	22:42	4	2	80	1	1	1	14	4
C.I.	1	03/03/97	4	4:19	1	2	71	1	1	1	8	4
C.I.	1	04/03/97	4	18:04	3	2	83	1	1	1	24	4
C.I.	1	05/03/97	4	12:37	2	2	57	1	1	1	0	4
C.I.	1	05/03/97	4	20:00	3	2	55	1	2	1	0	4
C.I.	2	08/03/97	4	14:11	2	2	50	1	1	1	0	4
C.I.	2	09/03/97	4	12:26	2	2	63	1	1	1	1	4
C.I.	1	14/03/97	4	2:07	4	2	67	1	1	1	0	4

C.I.	1	17/03/97	4	1:33	4	2	57	2	1	1	1	4
C.I.	1	17/03/97	4	11:17	2	2	45	2	2	1	4	4
C.I.	1	17/03/97	4	14:40	2	2	67	1	1	1	5	4
C.I.	1	18/03/97	4	18:11	3	2	68	2	2	1	6	4
C.I.	2	22/03/97	1	9:27	2	2	55	1	2	1	1	4
C.I.	1	26/03/97	1	0:28	4	2	49	2	2	1	0	4
C.I.	1	27/03/97	1	5:50	1	2	44	1	1	1	1	4
C.I.	2	28/03/97	1	11:02	2	2	61	2	2	1	1	4
C.I.	1	24/04/96	1	8:47	2	2	58	1	1	21	14	9
C.I.	2	27/04/96	1	4:06	1	2	47	1	1	3	1	9
C.I.	1	28/04/96	1	16:22	3	2	51	1	1	1	2	9
C.I.	1	29/04/96	1	21:03	3	2	63	1	1	21	11	9
C.I.	1	07/05/96	1	23:25	4	2	63	1	1	21	13	9
C.I.	1	03/06/96	1	23:26	4	2	61	1	1	21	13	9
C.I.	1	10/06/96	1	0:20	4	2	74	1	1	21	11	9
C.I.	2	14/06/96	1	13:49	2	2	89	1	1	1	45	9
C.I.	2	06/07/96	2	21:29	3	2	77	1	1	3	2	9
C.I.	1	26/07/96	2	17:21	3	2	41	2	2	1	0	9
C.I.	1	30/07/96	2	15:03	3	2	63	2	2	1	0	9
C.I.	2	03/08/96	2	12:50	2	2	72	1	2	1	23	9
C.I.	1	12/08/96	2	10:31	2	2	49	1	1	1	4	9
C.I.	1	05/09/96	2	10:16	2	2	62	1	1	21	26	9
C.I.	1	12/09/96	2	7:52	1	2	62	1	1	1	5	9
C.I.	2	28/09/96	3	8:42	2	2	62	1	1	21	10	9
C.I.	1	12/10/96	3	21:19	3	2	80	2	1	1	61	9
C.I.	2	27/10/96	3	10:41	2	2	70	1	1	3	2	9
C.I.	1	08/11/96	3	21:54	3	2	43	1	1	3	2	9
C.I.	1	11/11/96	3	16:50	3	2	70	1	1	21	2	9
C.I.	1	25/11/96	3	12:07	2	2	54	1	1	1	3	9
C.I.	1	13/12/96	3	14:53	2	2	50	2	1	3	3	9
C.I.	1	04/01/97	4	16:26	3	2	50	2	1	1	22	9
C.I.	1	08/01/97	4	17:10	3	2	45	1	1	1	1	9
C.I.	1	24/01/97	4	8:53	2	2	63	1	1	3	9	9
C.I.	2	26/01/97	4	22:29	4	2	86	2	1	23	16	9
C.I.	1	30/01/97	4	17:17	3	2	53	1	1	1	21	9
C.I.	1	14/02/97	4	14:49	2	2	55	3	2	1	0	9
C.I.	2	22/03/97	1	18:49	3	2	70	1	1	21	19	9
C.I.	1	08/05/97	1	11:46	2	1	60	2	2	1	0	30
C.I.	1	17/03/97	1	14:31	2	1	60	2	2	1	22	30
C.I.	1	17/09/96	2	13:58	2	1	68	2	2	1	1	31

C.I.	1	09/04/96	1	23:22	4	1	82	2	2	1	2	4
C.I.	1	19/04/96	1	17:33	3	1	55	1	2	1	17	4
C.I.	1	22/04/96	1	9:09	2	1	50	1	1	1	4	4
C.I.	1	03/05/96	1	11:25	2	1	50	1	1	1	7	4
C.I.	2	12/05/96	1	13:36	2	1	69	3	2	1	0	4
C.I.	1	13/06/96	1	2:38	4	1	77	1	1	1	1	4
C.I.	1	21/06/96	2	22:38	4	1	65	2	2	1	1	4
C.I.	2	01/07/96	2	21:13	3	1	69	1	1	1	41	4
C.I.	1	17/07/96	2	1:12	4	1	81	2	2	1	13	4
C.I.	2	20/07/96	2	11:38	2	1	69	1	2	1	0	4
C.I.	1	02/08/96	2	13:04	2	1	68	2	2	1	2	4
C.I.	1	13/08/96	2	10:25	2	1	32	2	1	1	3	4
C.I.	1	13/08/96	2	23:03	4	1	65	2	2	1	0	4
C.I.	1	20/08/96	2	4:14	1	1	56	2	2	1	7	4
C.I.	1	20/08/96	2	16:43	3	1	62	1	1	1	1	4
C.I.	1	22/08/96	2	11:16	2	1	80	2	2	1	3	4
C.I.	2	01/09/96	2	14:00	2	1	72	1	1	1	3	4
C.I.	1	02/10/96	3	22:23	4	1	71	3	2	1	39	4
C.I.	1	30/10/96	3	9:25	2	1	69	2	2	1	4	4
C.I.	1	05/11/96	3	16:01	3	1	70	2	2	1	0	4
C.I.	1	02/12/96	3	18:47	3	1	68	2	2	1	5	4
C.I.	2	07/12/96	3	7:08	1	1	34	1	1	1	2	4
C.I.	1	11/12/96	3	8:33	2	1	62	1	1	1	5	4
C.I.	2	15/12/96	3	13:36	2	1	75	2	2	1	34	4
C.I.	1	18/12/96	3	9:11	2	1	72	1	1	1	2	4
C.I.	1	18/12/96	3	21:06	3	1	80	1	1	1	16	4
C.I.	2	29/12/96	4	13:06	2	1	54	3	2	1	1	4
C.I.	2	01/01/97	4	10:44	2	1	76	1	1	1	17	4
C.I.	1	21/01/97	4	18:03	3	1	55	1	1	1	19	4
C.I.	1	23/01/97	4	7:13	1	1	79	1	1	1	12	4
C.I.	1	23/01/97	4	19:23	3	1	77	1	1	1	4	4
C.I.	2	26/01/97	4	10:21	2	1	78	2	2	1	1	4
C.I.	1	03/02/97	4	12:07	2	1	69	1	2	1	1	4
C.I.	1	12/02/97	4	13:03	2	1	70	1	1	1	5	4
C.I.	2	22/02/97	4	6:22	1	1	54	3	2	1	10	4
C.I.	1	24/02/97	4	9:04	2	1	69	2	2	1	4	4
C.I.	1	27/02/97	4	6:16	1	1	82	2	2	1	7	4
C.I.	1	05/03/97	4	20:53	3	1	67	1	1	1	16	4
C.I.	1	07/03/97	4	2:18	4	1	62	1	1	1	10	4
C.I.	1	13/03/97	4	10:34	2	1	72	2	2	1	28	4

C.I.	1	25/03/97	1	15:17	3	1	74	2	2	1	4	4
C.I.	1	26/03/97	1	11:44	2	1	86	1	1	1	5	4
C.I.	2	28/03/97	1	22:34	4	1	71	1	1	1	15	4
C.I.	1	01/04/96	1	14:09	2	1	72	1	1	3	4	9
C.I.	1	16/04/96	1	3:25	4	1	81	1	1	1	19	9
C.I.	2	20/04/96	1	13:05	2	1	39	1	1	21	20	9
C.I.	1	22/04/96	1	2:15	4	1	71	1	1	1	1	9
C.I.	1	26/04/96	1	6:39	1	1	73	3	2	22	15	9
C.I.	1	29/05/96	1	0:59	4	1	87	1	1	5	15	9
C.I.	1	07/08/96	2	20:33	3	1	71	1	1	3	2	9
C.I.	1	21/08/96	2	22:05	4	1	55	1	1	3	2	9
C.I.	1	05/09/96	2	15:07	3	1	67	1	1	1	48	9
C.I.	1	06/09/96	2	17:30	3	1	56	1	1	1	23	9
C.I.	1	23/09/96	3	11:41	2	1	79	1	1	21	7	9
C.I.	1	15/10/96	3	9:03	2	1	83	1	1	4	13	9
C.I.	1	23/10/96	3	10:27	2	1	79	2	2	4	1	9
C.I.	1	11/11/96	3	22:56	4	1	83	1	1	1	36	9
C.I.	1	22/11/96	3	10:38	2	1	68	1	1	1	1	9
C.I.	1	29/11/96	3	17:58	3	1	78	1	1	1	3	9
C.I.	1	03/12/96	3	11:01	2	1	50	2	2	1	12	9
C.I.	2	01/01/97	4	3:52	4	1	76	1	1	1	8	4
C.I.	1	27/01/97	4	21:07	3	1	80	3	2	22	44	9
C.I.	2	01/02/97	4	0:21	4	1	75	2	1	23	39	9
C.I.	1	17/02/97	4	14:08	2	1	53	2	2	3	3	9
C.I.	1	21/05/96	1	22:12	4	1	76	1	2	1	14	4
C.I.	1	15/05/96	1	6:42	1	1	82	1	2	21	5	9
C.I.	1	02/08/96	2	2:35	4	2	76	1	2	1	0	4
C.I.	1	20/08/96	2	21:49	3	2	87	1	2	1	1	4
C.I.	1	07/05/96	1	23:25	4	2	63	1	1	21	13	9
C.I.	1	12/09/96	2	10:54	2	1	67	1	2	1	7	30
C.I.	2	06/07/96	2	13:29	2	2	66	2	2	1	0	4

Valvulopatías (Tabla 4.4)

DIAGNOSTICFESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDEN	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
E. AO	1	11/06/96	1	8:01	2	2	76	1	1	1	8	30
I. AO	1	14/08/96	2	16:37	3	2	40	2	2	1	0	30
DOBLE AO	1	01/04/96	1	23:15	4	2	47	1	1	1	43	4
Valvulopatía	1	20/05/96	1	16:44	3	2	42	1	1	1	2	4
EsrenosisAO	1	20/06/96	1	21:58	3	2	80	1	1	1	6	4
Insuf.Mitral	2	22/09/96	3	13:22	2	2	66	1	1	1	0	4
EstenosisAO	1	04/11/96	3	11:23	2	2	79	1	1	1	5	4
EstenosisAO	1	20/12/96	3	19:50	3	2	70	2	2	1	1	4
EstenosisAO	2	17/03/97	4	19:41	3	2	62	1	1	1	14	4
Insuf.Mitral	1	12/09/96	2	21:30	3	2	77	1	1	3	4	9
Insuf.AO	1	10/04/96	1	21:34	3	1	76	2	2	1	0	30
E.M.	1	12/06/96	1	16:22	3	1	31	2	2	1	0	30
Distens.AO	1	29/10/96	3	14:04	2	1	82	2	2	1	5	30
I.M.	1	20/06/96	1	9:01	2	1	51	3	1	1	8	4
I.M.	2	23/11/96	3	9:52	2	1	74	2	2	1	7	4
E.M.	2	22/12/96	4	11:56	2	1	52	2	2	1	1	4
Val.Mi	1	07/11/96	3	9:52	2	1	50	1	1	1	14	9
Val.AO.Mitral	2	26/10/96	3	11:30	2	1	64	1	1	21	8	9

ICC - EAP (Tabla 4.5)

DIAGNOSTC FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
ICC	1	12/04/96	1	17:25	3	2	72	2	1	1	15	4
ICC	1	17/04/96	1	9:30	2	2	39	1	1	1	1	4
IC	1	30/04/96	1	1:59	1	2	71	1	1	1	15	4
IC	1	05/06/96	1	7:26	1	2	71	2	2	1	7	4
IC	1	11/06/96	1	10:04	2	2	39	1	1	1	0	4
ICI	1	17/06/96	1	8:59	2	2	57	2	2	1	14	4
IC	2	25/08/96	2	21:39	3	2	48	3	2	1	0	4
ICC	1	09/09/96	2	7:15	1	2	74	1	1	1	10	4
IC	1	03/10/96	3	9:26	2	2	74	1	1	1	6	4
ICI	1	04/10/96	3	20:16	3	2	62	1	2	1	2	4
ICC	2	20/10/96	3	13:52	2	2	69	1	1	1	0	4
ICC	1	20/11/96	3	22:58	4	2	70	1	1	1	13	4
IC	1	26/11/96	3	18:23	3	2	74	1	1	1	0	4
ICC	2	15/12/96	3	12:31	2	2	75	1	1	1	5	4
IC.Sev.	1	21/01/96	4	11:29	2	2	38	2	1	1	4	4
ICI	1	29/03/96	1	22:47	4	2	75	2	2	1	1	4
ICC	2	04/05/96	1	13:00	2	2	50	1	1	21	9	9
ICC	1	03/07/96	2	10:06	2	2	86	1	1	1	49	9
ICC	2	07/07/96	2	19:54	3	2	84	1	1	1	65	9
ICC	2	21/09/96	3	10:06	2	2	80	1	1	21	32	9
IC	1	27/09/96	3	11:01	2	2	79	1	1	1	9	9
ICC	1	15/10/96	3	2:18	1	2	64	1	1	1	21	9
ICI.Sev.	1	18/10/96	3	10:11	2	2	61	1	1	21	33	9
ICC	1	02/12/96	3	8:29	2	2	69	1	1	21	12	9
ICR	1	04/12/96	3	11:18	2	2	66	1	2	1	1	9
IC	1	13/12/96	3	14:19	2	2	77	2	2	1	53	9
ICC	1	27/12/96	4	10:46	2	2	67	2	2	1	8	9
IC	1	17/01/97	4	11:50	2	2	87	1	2	21	26	9
ICC	1	26/03/97	1	16:01	3	2	72	3	2	1	0	9
ICC	1	27/03/97	1	22:42	4	2	75	1	1	4	59	9
ICC	1	23/04/96	1	20:16	3	1	66	1	1	1	22	4
IC.Sev.	1	15/05/96	1	21:24	3	1	66	1	1	1	15	4
IC	2	16/06/96	1	13:00	2	1	69	2	1	1	0	4
ICC	1	07/08/96	2	12:10	2	1	73	1	1	1	1	4
IC	1	27/08/96	2	12:43	2	1	69	1	1	1	5	4
ICI	2	20/10/96	3	20:13	3	1	74	2	2	1	3	4
ICD	2	07/12/96	3	14:35	2	1	52	1	1	1	3	4
ICI	1	10/01/97	4	1:53	4	1	61	1	1	1	12	4

ICC	1	12/03/97	4	20:23	3	1	37	2	2	1	6	4
ICC	1	24/03/97	1	13:02	2	1	75	1	1	1	0	4
ICI	1	02/04/96	1	11:57	2	1	56	2	1	23	2	9
IC	1	12/04/96	1	8:03	2	1	63	1	1	1	19	9
IC	1	26/04/96	1	13:33	2	1	68	1	1	3	6	9
IC	2	11/05/96	1	3:26	4	1	55	1	1	1	8	9
IC	2	18/08/96	2	22:58	4	1	81	1	1	1	37	9
IC	1	13/09/96	2	12:43	2	1	70	1	1	1	4	9
ICD	1	25/10/96	3	21:18	3	1	64	1	1	1	132	9
IC	2	16/11/96	3	13:24	2	1	64	1	1	3	7	9
ICI	1	20/01/97	4	0:58	4	1	85	1	1	21	21	9
IC	1	31/01/97	4	15:04	3	1	38	1	1	1	31	9
ICC	2	09/03/97	4	9:45	2	1	62	1	1	21	13	9
EAP	1	08/05/96	1	6:32	1	2	67	1	2	1	4	4
EAP	1	09/05/96	1	5:28	1	2	78	1	2	1	9	4
EAP	1	13/06/96	1	9:59	2	2	78	1	1	1	9	4
EAP	1	25/06/96	2	9:48	2	2	61	1	2	1	5	4
EAP. IAM	2	06/07/96	2	13:29	2	2	66	2	2	1	0	4
EAP	1	19/07/96	2	3:20	1	2	27	1	1	1	9	4
EAP	1	19/11/96	3	18:56	3	2	84	2	2	1	1	4
EAP	1	31/12/96	4	7:00	1	2	82	1	1	1	9	4
EAP	1	10/02/97	4	17:08	3	2	70	1	1	1	4	4
EAP	1	22/03/97	1	21:47	3	2	64	2	1	1	2	4
EAP	1	17/01/97	4	4:50	1	2	66	1	1	21	8	9
EAP	1	02/04/96	1	14:10	2	1	70	3	2	1	11	4
EAP	2	24/08/96	2	11:22	2	1	63	1	1	1	1	4
EAP	2	05/10/96	3	20:09	3	1	77	2	1	1	70	4
EAP	1	14/10/96	3	828	2	1	63	1	1	1	11	4
EAP	1	29/11/96	3	522	1	1	58	1	1	1	31	4
EAP	1	05/12/96	3	14:11	2	1	38	1	1	1	19	4
EAP	2	25/12/96	4	7:17	1	1	75	1	1	1	4	4
EAP	2	15/02/97	4	21:25	3	1	80	2	2	1	6	4
EAP	2	15/03/97	4	0:19	4	1	54	1	1	1	2	4
Miocp.Dilatad	2	31/08/96	2	21:27	3	2	69	1	1	1	0	4
Miocardipat	2	19/04/97	1	14:36	2	2	80	1	1	21	5	9
MHO	1	20/06/96	1	18:51	3	2	28	1	1	1	0	9
Miocp.Dilatad	1	30/01/97	4	18:54	3	2	40	1	1	1	4	9
Miocp.Dilatad	1	01/10/96	3	13:19	2	1	45	2	1	1	0	4
MHO	2	05/10/96	3	13:20	2	1	73	2	1	1	49	4
Miocp.Dilatad	1	24/03/97	1	17:13	3	1	60	3	2	1	1	4

Miocardipat

1

29/07/96

2

21:37

3

1

65

3

2

22

2

9

Pericarditis (Tabla 4.6)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
Pericard.Ag	1	27/01/97	4	13:36	2	2	39	1	1	1	6	4
Pericard.Ag	1	03/04/96	1	11:49	2	2	42	1	1	21	10	9
Pericarditis	1	17/04/96	1	0:24	4	2	27	1	1	21	19	9
Pericard.Ag	2	06/07/96	2	12:55	2	2	32	1	1	21	9	9
Pericarditis	2	11/08/96	2	22:17	4	2	37	1	1	21	3	9
Pericarditis	1	16/12/96	3	11:39	2	2	41	2	1	1	14	9
Derr.Pericard	1	26/12/96	4	17:11	3	2	70	1	2	1	19	9
Pericard.Ag	1	11/04/96	1	13:22	2	1	15	2	2	23	3	9
Pericard.Ag	1	18/04/96	1	13:16	2	1	25	2	1	23	6	9
Taponm.Card	1	27/12/96	4	16:52	3	2	63	2	2	1	1	30

A.C.V. (Tabla 4.7)

DIAGNOSTICFESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
ACV	2	05/04/96	1	11:03	2	2	69	1	2	21	7	1
A.C.V.	1	15/04/96	1	15:36	3	2	82	1	2	1	0	1
A.C.V.	1	15/04/96	1	17:05	3	2	75	1	2	21	10	1
A.C.V.	1	17/04/96	1	15:48	3	2	85	3	2	1	0	1
A.C.V.	1	19/04/96	1	12:50	2	2	78	2	2	1	11	8
A.C.V.	1	23/04/96	1	2:15	4	2	57	3	2	21	2	1
A.C.V.	2	28/04/96	1	17:06	3	2	70	1	2	1	18	1
ACV	1	02/05/96	1	13:44	3	2	86	2	2	1	21	1
ACV	1	02/05/96	1	15:16	3	2	70	2	2	1	19	1
ACV	1	10/05/96	1	3:36	4	2	95	2	2	23	43	1
A.C.V.	2	12/05/96	1	2:45	4	2	69	1	2	1	30	1
A.C.V.	2	12/05/96	1	9:35	2	2	74	2	2	3	6	1
A.C.V.	2	19/05/96	1	12:27	2	2	74	3	2	1	24	1
A.C.V.	1	21/05/96	1	14:07	2	2	83	2	2	22	8	1
A.C.V.	1	21/05/96	1	14:52	2	2	73	1	1	1	24	1
ACV	1	21/05/96	1	19:03	3	2	76	1	2	3	24	5
A.C.V.	2	26/05/96	1	14:37	2	2	66	1	1	1	18	1
A.C.V.	2	26/05/96	1	22:03	4	2	74	1	1	1	35	1
A.C.V.	1	06/06/96	1	10:07	2	2	73	1	2	1	6	8
A.C.V.	1	20/06/96	1	22:52	2	2	64	1	1	1	13	1
ACV	2	22/06/96	2	5:44	1	2	68	1	2	1	29	1
ACV	1	24/06/96	2	0:20	4	2	76	3	2	1	33	1
ACV	1	24/06/96	2	11:57	2	2	71	1	1	1	6	10
A.C.V.	1	27/06/96	2	17:17	3	2	75	1	2	1	15	1
ACV	1	27/06/96	2	23:04	4	2	62	2	2	1	18	8
A.C.V.	1	28/06/96	2	19:16	3	2	58	1	1	3	5	1
ACV	2	29/06/96	2	21:05	3	2	62	3	1	1	24	1
A.C.V.	1	08/07/96	2	17:22	3	2	63	2	2	1	15	1
A.C.V.	1	10/07/96	2	18:01	3	2	68	1	1	1	16	1
A.C.V.	1	10/07/96	2	23:19	4	2	66	1	2	1	0	1
ACV	1	11/07/96	2	16:02	3	2	60	3	2	1	0	3
ACV	1	16/07/96	2	16:51	3	2	56	1	1	21	0	1
ACV	1	18/07/96	2	14:44	2	2	80	2	2	1	25	8
A.C.V.	1	19/07/96	2	14:30	2	2	89	1	2	21	6	1
A.C.V.	2	20/07/96	2	14:18	2	2	75	1	1	1	9	8
ACV	1	24/07/96	2	10:34	2	2	81	1	1	1	67	8
ACV	1	24/07/96	2	10:42	2	2	68	3	2	1	12	8
ACV	2	25/07/96	2	15:39	3	2	73	1	1	21	6	1

A.C.V.	1	26/07/96	2	16:45	3	2	87	2	2	21	6	1
A.C.V.	1	30/07/96	2	10:58	2	2	77	2	1	1	23	1
ACV	1	07/08/96	2	10:20	2	2	65	2	1	3	8	1
ACV	1	07/08/96	2	18:00	3	2	50	2	2	1	15	1
ACV	1	07/08/96	2	18:01	3	2	74	2	2	1	15	1
ACV	1	14/08/96	2	15:32	3	2	78	1	2	1	7	8
ACV	1	19/08/96	2	5:35	1	2	75	1	1	1	9	8
A.C.V.	1	19/08/96	2	14:09	2	2	65	2	2	1	19	1
A.C.V.	1	21/08/96	2	7:30	1	2	90	1	1	21	2	1
ACV	2	24/08/96	2	20:38	3	2	90	2	2	21	3	1
ACV	2	25/08/96	2	13:00	2	2	64	1	1	21	5	1
ACV	1	06/09/96	2	18:05	3	2	90	2	2	21	2	1
A.C.V.	2	15/09/96	2	12:58	2	2	61	2	1	1	21	1
A.C.V.	1	18/09/96	2	15:18	3	2	75	1	1	21	3	1
A.C.V.	2	21/09/96	3	14:06	2	2	82	2	1	23	19	1
A.C.V.	2	29/09/96	3	21:02	3	2	83	2	2	1	2	8
ACV	1	01/10/96	3	19:25	3	2	76	1	2	1	0	1
ACV	1	02/10/96	3	8:54	2	2	69	2	2	1	8	8
ACV	1	03/10/96	3	15:07	3	2	86	1	2	1	17	1
ACV	1	03/10/96	3	17:13	3	2	73	3	2	1	15	1
ACV	1	11/10/96	3	22:54	4	2	85	2	2	21	20	1
ACV	1	15/10/96	3	2:10	4	2	80	2	2	1	15	8
ACV	1	16/10/96	3	17:45	3	2	82	2	2	23	2	1
ACV	1	23/10/96	3	19:19	3	2	85	1	1	21	2	1
ACV	1	06/11/96	3	2:32	4	2	60	1	1	21	1	1
ACV	1	06/11/96	3	17:46	3	2	86	2	1	1	17	1
A.C.V.	2	10/11/96	3	20:38	3	2	79	1	2	21	2	1
ACV	1	14/11/96	3	10:38	1	2	67	2	1	1	8	8
ACV	2	16/11/96	3	8:48	2	2	79	1	1	1	5	8
ACV	1	18/11/96	3	22:35	4	2	70	2	1	1	19	8
ACV	1	21/11/96	3	17:26	3	2	83	2	2	3	4	1
ACV	1	22/11/96	3	16:14	3	2	80	3	2	22	2	1
ACV	1	29/11/96	3	11:44	2	2	70	1	1	1	24	1
ACV	2	06/12/96	3	23:20	4	2	40	1	2	1	16	8
ACV	1	10/12/96	3	14:04	2	2	72	1	1	1	19	1
A.C.V.	1	13/12/96	3	10:43	2	2	84	2	2	23	3	1
ACV	2	14/12/96	3	3:01	3	2	81	2	2	23	40	1
A.C.V.	1	18/12/96	3	10:04	2	2	84	1	2	1	30	8
ACV	1	19/12/96	3	11:23	2	2	87	1	2	1	23	1
ACV	2	21/12/96	4	11:13	2	2	61	2	2	1	6	8

A.C.V.	2	21/12/96	4	17:45	3	2	84	1	2	1	17	1
A.C.V.	2	29/12/96	4	0:14	4	2	49	1	2	21	12	1
ACV	2	29/12/96	4	20:01	3	2	97	1	2	21	4	1
ACV	1	30/12/96	4	0:27	4	2	66	3	2	22	19	1
ACV	2	12/01/97	4	11:54	2	2	69	3	2	1	7	8
ACV	2	12/01/97	4	20:28	3	2	70	3	2	3	2	1
ACV	1	15/01/97	4	6:03	1	2	85	3	2	1	28	1
ACV	1	21/01/97	4	10:16	2	2	76	2	2	1	25	1
ACV	1	21/01/97	4	18:02	3	2	68	2	1	1	19	1
ACV	1	27/01/97	4	12:37	2	2	68	2	2	1	23	1
ACV	1	06/02/97	4	21:05	3	2	88	2	2	1	3	8
ACV	2	08/02/97	4	13:59	2	2	86	2	2	1	44	1
ACV	2	09/02/97	4	12:09	2	2	79	1	1	21	1	1
ACV	2	15/02/97	4	10:36	2	2	63	1	1	1	47	1
ACV	2	15/02/97	4	11:44	2	2	51	2	1	3	1	1
ACV	2	16/02/97	4	15:24	3	2	68	1	1	1	18	1
ACV	2	16/02/97	4	19:35	3	2	60	3	2	1	14	1
ACV	1	18/02/97	4	16:08	3	2	59	2	2	23	7	1
ACV	1	19/02/97	4	12:16	2	2	77	1	2	1	53	8
ACV	2	23/02/97	4	10:43	2	2	84	2	2	23	5	1
ACV	1	24/02/97	4	17:14	3	2	66	1	1	1	18	1
ACV	1	26/02/97	4	17:58	3	2	68	3	1	1	16	1
ACV	2	02/03/97	4	10:10	2	2	87	2	2	21	4	1
ACV	1	03/03/97	4	20:14	3	2	72	2	2	23	0	1
ACV	1	07/03/97	4	18:03	3	2	83	1	2	1	7	8
ACV	2	08/03/97	4	21:13	3	2	65	3	2	1	38	1
ACV	1	20/03/97	4	0:19	4	2	68	1	1	21	1	1
ACV	1	31/03/97	1	22:34	4	2	86	1	2	1	11	1
A.C.V.	1	01/04/97	1	22:54	4	1	54	1	1	1	10	1
A.C.V.	1	01/04/96	1	12:37	2	1	81	2	2	23	31	1
ACV	1	03/04/96	1	6:04	1	1	51	2	2	1	7	1
ACV	1	08/04/96	1	12:14	2	1	74	1	2	21	8	1
ACV	1	11/04/96	1	10:05	2	1	84	2	2	3	7	1
A.C.V.	1	17/04/96	1	12:15	2	1	65	1	1	1	7	8
ACV	1	17/04/96	1	18:48	3	1	77	1	1	1	0	1
ACV	1	18/04/96	1	16:30	3	1	91	1	1	1	16	1
ACV	1	18/04/96	1	16:38	3	1	82	2	2	1	16	1
ACV	2	19/04/96	1	20:34	3	1	78	2	2	1	60	1
ACV	1	24/04/96	1	2:55	4	1	85	1	2	1	30	1
ACV	1	30/04/96	1	12:38	2	1	68	1	1	21	3	1

ACV	1	02/05/96	1	12:37	2	1	87	1	2	1	7	8
ACV	2	04/05/96	1	14:59	2	1	69	1	1	1	25	8
ACV	1	08/05/96	1	16:45	3	1	81	1	1	21	8	1
ACV	1	10/05/96	1	0:00	4	1	41	2	1	6	3	1
A.C.V.	2	12/05/96	1	10:42	2	1	80	3	2	1	22	1
A.C.V.	1	17/05/96	1	14:41	2	1	82	2	2	1	18	1
A.C.V.	2	18/05/96	1	16:09	3	1	70	1	1	21	4	1
ACV	1	21/05/96	1	11:20	2	1	87	1	2	22	9	1
ACV	1	24/05/96	1	11:48	2	1	63	1	1	21	2	1
ACV	2	26/05/96	1	16:24	3	1	53	3	2	1	17	1
ACV	2	26/05/96	1	19:18	3	1	76	2	1	23	3	5
ACV	1	27/05/96	1	9:21	2	1	87	1	2	1	9	8
ACV	1	28/05/96	1	10:32	2	1	83	2	2	1	26	1
ACV	1	29/05/96	1	14:29	2	1	70	1	2	1	3	8
ACV	1	04/06/96	1	13:12	2	1	80	2	2	1	21	1
ACV	1	04/06/96	1	19:46	3	1	69	1	2	1	14	1
ACV	1	06/06/96	1	9:19	2	1	68	1	2	23	12	9
ACV	1	06/06/96	1	15:57	3	1	85	1	2	1	0	1
ACV	2	07/06/96	1	0:36	4	1	91	1	2	1	13	1
ACV	2	07/06/96	1	13:51	2	1	88	2	2	1	0	1
ACV	2	08/06/96	1	21:00	3	1	74	2	1	3	2	1
ACV	1	10/06/96	1	10:30	2	1	91	1	2	21	3	1
ACV	1	14/06/96	1	23:49	4	1	48	2	2	1	11	1
A.C.V.	2	23/06/96	2	20:42	3	1	96	2	2	5	1	1
A.C.V.	2	30/06/96	2	19:48	3	1	69	1	2	21	2	1
A.C.V.	1	12/07/96	2	15:49	3	1	83	1	2	1	20	5
ACV	2	13/07/96	2	12:01	2	1	89	1	1	21	6	1
ACV	1	16/07/96	2	13:25	2	1	70	1	1	1	19	1
ACV	1	22/07/96	2	19:01	3	1	84	3	2	22	5	1
ACV	1	23/07/96	2	9:46	2	1	59	1	1	1	10	8
ACV	1	24/07/96	2	11:00	2	1	77	2	1	1	25	1
ACV	1	24/07/96	2	20:57	3	1	75	2	2	1	15	1
ACV	1	26/07/96	2	20:42	3	1	82	1	1	1	18	1
ACV	2	28/07/96	2	15:35	3	1	82	1	2	1	18	1
ACV	1	30/07/96	2	19:43	3	1	71	1	2	21	3	1
ACV	1	31/07/96	2	11:14	2	1	60	1	1	1	13	8
ACV	1	13/08/96	2	23:39	4	1	52	2	2	1	16	1
ACV	1	14/08/96	2	11:04	2	1	82	1	2	1	11	8
ACV	2	18/08/96	2	22:04	4	1	78	1	1	1	11	1
ACV	1	20/08/96	2	15:31	3	1	84	2	2	1	5	8

ACV	1	21/08/96	2	22:44	4	1	75	2	2	1	11	1
ACV	1	22/08/96	2	16:11	3	1	58	1	1	1	7	8
ACV	1	28/08/96	2	15:11	3	1	85	2	2	23	3	1
ACV	1	30/08/96	2	11:48	2	1	88	2	2	23	7	1
ACV	2	08/09/96	2	8:13	2	1	65	1	1	1	7	8
ACV	1	17/09/96	2	14:58	2	1	83	2	2	1	2	8
ACV	1	25/09/96	3	10:02	2	1	77	1	1	1	6	8
ACV	2	29/09/96	3	12:18	2	1	83	1	2	1	13	1
ACV	1	10/10/96	3	11:06	2	1	80	1	1	1	13	8
ACV	1	18/10/96	3	7:40	1	1	61	1	1	1	9	8
ACV	2	26/10/96	3	22:21	4	1	83	2	1	23	3	5
ACV	1	28/10/96	3	16:38	3	1	73	3	2	1	16	1
ACV	1	29/10/96	3	13:08	2	1	65	1	1	1	8	8
ACV	1	30/10/96	3	17:12	3	1	88	1	1	21	2	1
ACV	1	04/11/96	3	10:43	2	1	61	2	2	1	8	8
ACV	1	06/11/96	3	12:33	2	1	73	3	1	21	7	1
ACV	1	07/11/96	3	8:31	2	1	70	1	2	21	3	1
ACV	2	09/11/96	3	17:42	3	1	72	1	1	1	18	8
ACV	1	15/11/96	3	10:31	2	1	69	2	2	1	5	8
ACV	1	15/11/96	3	11:11	2	1	81	1	1	21	2	1
A.C.V.	1	17/11/96	3	17:59	3	1	50	1	1	1	7	8
A.C.V.	1	28/11/96	3	18:38	3	1	90	1	1	21	7	1
A.C.V.	1	12/12/96	3	10:59	2	1	93	1	2	21	7	1
A.C.V.	1	13/12/96	3	10:24	2	1	82	1	1	21	4	1
A.C.V.	1	17/12/96	3	12:53	2	1	81	1	2	3	6	1
A.C.V.	1	18/12/96	3	9:26	2	1	73	1	2	1	15	8
ACV	2	22/12/96	4	9:23	2	1	74	1	1	21	3	1
ACV	2	29/12/96	4	17:43	3	1	91	1	2	21	7	1
ACV	2	02/01/97	4	14:08	2	1	81	1	2	4	28	1
ACV	2	05/01/97	4	19:29	3	1	91	1	2	21	0	1
ACV	1	07/01/97	4	14:55	2	1	69	1	1	1	20	1
ACV	1	13/01/97	4	18:23	3	1	88	1	2	1	15	1
ACV	1	20/01/97	4	19:04	3	1	84	1	2	1	14	1
ACV	1	22/01/97	4	11:14	2	1	70	2	2	1	22	1
ACV	1	27/01/97	4	16:27	3	1	85	1	2	1	19	1
ACV	1	28/01/97	4	2:33	4	1	78	3	2	1	22	8
ACV	2	02/02/97	4	12:36	2	1	81	3	2	1	20	1
ACV	2	02/02/97	4	18:29	3	1	80	1	2	21	5	1
ACV	1	05/02/97	4	20:56	3	1	75	1	1	1	13	1
ACV	1	20/02/97	4	21:40	3	1	68	1	2	21	2	1

ACV	1	24/02/97	4	16:25	3	1	83	2	2	1	19	1
ACV	1	24/02/97	4	17:26	3	1	82	1	1	21	3	1
ACV	1	26/02/97	4	14:53	2	1	71	1	1	1	19	1
ACV	1	27/02/97	4	13:31	2	1	82	1	1	1	22	1
ACV	1	12/03/97	4	17:36	3	1	64	1	1	1	16	1
ACV	1	12/03/97	4	21:06	3	1	78	1	2	1	12	1
A.C.V.	1	20/03/97	4	23:28	4	1	70	1	1	1	17	8
A.C.V.	1	21/03/97	1	12:44	2	1	71	2	2	3	9	1
A.C.V.	1	24/03/97	1	16:59	3	1	34	2	2	1	17	1
ACV	1	26/03/97	1	19:53	3	1	54	2	1	1	21	8
A.C.V.	1	31/03/97	1	19:47	3	1	86	1	1	1	14	1
A.C.V.	1	01/04/97	1	21:51	3	1	83	2	2	23	3	1
ACV. Isquem	1	17/04/96	1	11:14	2	1	92	1	2	21	8	9
ACV Trans.	1	13/05/96	1	23:14	4	1	65	1	1	21	17	9
ACV	1	06/06/96	1	9:19	2	1	68	1	2	21	12	9
Lesión.Tr.Cor	1	12/09/96	2	10:54	2	1	67	2	2	1	7	30
EstenosisCar	2	16/11/96	3	9:51	2	1	76	1	1	1	3	31

Tromboflebitis (Tabla 4.8)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDEN	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
TBF		2 08/06/96	1	7:33		1	2	56	1	2	3	4	30
TBF		1 17/06/96	1	18:36		3	2	84	1	2	1	5	30
TBF		1 11/06/96	3	17:15		3	2	54	1	1	1	2	30
TBF		1 15/11/96	3	9:51		2	2	72	1	1	1	4	30
TBF		1 15/11/96	3	14:36		2	2	52	1	1	1	0	31
TBF		1 09/12/96	3	13:33		2	2	53	1	1	1	2	31
TBF		1 28/02/97	4	18:51		3	2	58	3	2	1	3	31
TBF		1 29/07/96	2	1:58		4	2	68	2	2	23	0	1
TBF		1 09/08/96	2	16:27		3	2	57	2	1	23	1	1
TBF		1 14/08/96	2	15:25		3	2	59	2	2	23	0	1
TBF		1 24/01/97	4	11:56		2	2	83	1	1	21	2	1
TBF		2 25/01/97	4	20:24		3	2	77	2	2	21	19	1
TBF		1 25/03/97	1	22:28		4	2	78	2	2	21	2	1
TBF		2 30/03/97	1	19:09		3	2	35	2	2	23	0	1
TBF		1 03/03/97	4	12:04		2	1	73	2	1	1	8	25
TBF		2 19/03/97	4	10:10		2	1	47	1	1	1	7	31
TBF		1 25/03/97	1	12:31		2	1	67	1	1	1	4	31
TBF		1 27/02/96	4	14:37		2	1	27	1	1	1	1	88
TBF		1 09/05/96	1	17:19		3	1	57	2	1	23	4	1
TBF		1 23/05/96	1	17:02		3	1	59	1	1	21	0	1
TBF		1 27/05/96	1	19:12		3	1	45	1	1	21	1	1
TBF		1 10/06/96	1	13:30		2	1	80	3	2	22	3	1
TBF		1 15/07/96	2	16:20		3	1	46	1	1	21	0	1
TBF		2 11/08/96	2	8:17		2	1	71	1	1	21	0	1
TBF		1 13/08/96	2	13:30		2	1	26	1	1	21	0	1
TBF		2 02/11/96	3	17:47		3	1	55	1	2	21	2	1
TBF		1 04/11/96	3	20:36		3	1	53	1	1	1	13	1
TBF		1 05/12/96	3	11:23		2	1	83	2	2	23	2	1
TBF		1 08/01/97	4	18:26		3	1	61	1	1	21	0	1
TBF		1 10/11/97	4	15:46		3	1	63	1	1	21	7	1
TBF		1 27/01/97	4	14:49		3	1	94	2	2	23	4	1
TBF		1 29/01/97	4	9:37		2	1	61	1	1	21	0	1
TBF		2 23/02/97	4	9:37		2	1	67	1	1	21	5	1
TBF		1 26/02/97	4	8:55		2	1	67	1	1	1	25	1
TBF		1 06/03/97	4	10:18		3	1	72	1	1	1	25	1
TBF		1 07/03/97	4	14:10		2	1	57	1	1	21	0	1
TBF		1 21/03/97	1	7:19		1	1	62	1	2	21	0	1
TBF		1 21/03/97	1	10:32		2	1	27	1	1	21	2	1

TBF	2	23/03/97	1	12:13	2	1	59	1	1	1	22	1
TBF	2	29/03/97	4	10:10	2	1	47	1	1	1	7	31
TBF	1	25/03/97	1	12:31	2	1	67	1	1	1	4	31
TBF	2	08/06/96	1	7:33	1	2	56	1	2	3	4	30
TBF	1	17/06/96	1	18:36	3	2	84	1	2	1	5	30
TBF	1	11/10/96	3	17:15	3	2	54	1	1	1	2	30
TBF	1	15/11/96	3	9:51	2	2	72	1	1	1	4	30
TBF	1	15/11/96	3	14:36	3	2	52	1	1	1	0	31
TBF	2	29/12/96	4	13:33	2	2	53	1	1	1	2	31
TBF	1	28/02/97	4	11:47	2	2	58	3	2	1	3	31
TVP	1	04/05/96	1	11:47	2	2	65	1	1	1	5	31
TVP	1	09/05/95	1	13:02	2	2	60	2	1	1	11	30
TVP	1	16/08/96	2	4:31	1	2	58	1	1	1	10	31
TVP	1	20/08/96	2	8:58	2	2	59	2	2	1	8	31
TVP	1	09/09/96	2	14:52	2	2	62	1	1	1	3	31
TVP	2	19/02/97	4	13:14	2	2	53	3	1	22	0	31
TVP	1	22/03/97	1	16:54	3	2	66	1	1	1	22	31
TVP	1	17/06/96	1	19:29	3	1	42	1	1	1	4	31
TVP	1	28/06/96	2	17:00	3	1	64	2	2	23	6	30
TVP	1	02/08/96	2	11:05	2	1	75	2	2	1	6	31
TVP	1	19/09/96	2	16:41	3	1	42	2	1	1	5	31
TVP	1	08/10/96	3	12:16	2	1	73	1	2	1	5	31
TVP	1	21/10/96	3	10:02	3	1	45	1	1	1	5	31
TVP	1	13/12/96	3	18:46	3	1	43	1	1	1	22	31
TV.Humeral	1	11/02/97	4	8:55	2	1	93	2	2	21	4	31
Varicoflebitis	1	27/09/96	3	11:23	2	1	61	2	1	1	5	30
Varicoflebitis	1	03/10/96	3	12:38	2	1	30	1	1	1	7	31
Varicoflebitis	1	18/10/96	3	22:07	4	1	60	1	1	1	2	31
TVP	1	30/04/96	1	9:32	2	2	81	2	1	23	0	1
TVP	1	08/05/96	1	13:22	2	2	61	2	2	1	20	1
TVP	1	23/05/95	1	18:07	3	2	77	1	1	1	15	1
TVP	1	03/09/96	2	12:42	2	2	23	1	1	21	2	1
TVP	1	25/11/96	3	18:41	3	2	58	2	1	1	15	1
TVP	1	10/01/97	4	16:29	3	2	89	1	2	21	1	1
TVP	1	20/01/97	4	12:43	2	2	70	1	1	1	23	1
TVP	2	26/01/97	4	7:33	1	2	56	1	1	1	29	1
TVP	2	07/11/96	3	13:20	2	1	67	2	1	1	4	24
TVP	1	02/01/97	4	17:15	3	1	79	1	2	1	6	20
TVP	1	26/04/96	1	17:08	3	1	82	2	1	23	6	1
TVP	2	24/08/96	2	11:43	2	1	85	1	2	21	4	1

TVP	2	25/08/96	2	11:53	2	1	62	1	1	21	1	1
TVP	1	07/10/96	3	17:25	3	1	33	1	1	21	1	1
TVP	1	28/12/96	4	10:51	2	1	70	1	1	3	3	1
TVP	1	18/02/97	4	12:31	2	1	38	2	1	23	1	1
TVP	1	25/02/97	4	17:54	3	1	78	1	2	21	3	1
TVP	2	19/10/96	3	1:31	4	1	48	2	2	1	2	5
TVP	2	19/05/96	1	14:20	2	2	67	1	1	21	0	1
VIH+ TBF	2	04/05/96	1	22:38	4	1	32	1	1	1	35	1

Tromboembolismo pulmonar (Tabla 4.9)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDEN	FORMA	ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
TEP		12/12/96	1	12:33	2	2	74	1		1	1	5	10
TEP		05/06/96	1	10:15	2	2	67	2		1	23	3	1
TEP		11/06/96	1	15:11	3	2	62	1		1	1	19	1
TEP		27/07/96	2	19:52	3	2	82	1		1	1	38	1
TEP		11/08/96	2	1:46	4	2	80	2		2	1	23	5
TEP		25/09/96	3	9:24	2	2	80	1		1	1	7	5
TEP		23/05/96	1	19:11	3	1	55	2		2	1	4	10
TEP		25/04/96	1	17:03	3	1	61	1		1	1	17	1
TEP		27/05/96	1	23:28	4	1	81	2		2	1	37	1
TEP		30/01/96	1	11:25	2	1	70	1		1	1	24	1
TEP		12/06/96	1	23:53	4	1	47	2		1	1	13	1
TEP		11/07/96	2	20:19	3	1	93	2		2	1	12	1
TEP		04/02/97	4	11:47	2	1	95	2		2	1	22	1
TEP		09/08/96	2	22:59	4	1	41	1		1	1	2	5
TEP		12/08/96	2	3:04	4	1	66	1		2	1	14	5
TEP		05/01/97	4	11:09	2	1	84	1		2	1	26	5
TEP		14/02/97	4	15:07	3	1	72	1		1	1	20	5
TEP		10/10/96	3	12:56	2	1	32	2		2	1	5	4

Vasculotraumas (Tabla 4.10)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
RoturAo Trau		1 24/09/96	3	16,22	3	2	70	3	2	1	3	31
Rotura Ppa		2 04/08/96	2	3:00	1	2	33	1	2	1	38	31

Patología Aórtica (Tabla 4.11)

DIAGNOSTIC FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDEN	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
Disecc. AO	1	02/09/96	2	8:05	2	2	55	1	1	1	5	30
Disecc. AO	1	18/06/96	1	20:54	3	2	57	1	1	1	4	4
Disecc. AO	2	22/07/96	2	23:48	4	2	61	3	2	1	0	9
AneurismoAO	1	15/04/96	1	7:30	1	2	59	1	2	1	8	30
AneurismoAO	1	24/05/96	1	9:50	2	2	68	2	2	1	3	30
AneurismoAO	2	25/07/96	2	11:28	2	2	37	1	2	1	11	4
Aneurisma	2	04/04/96	1	1:41	4	2	55	2	2	1	68	30
AneurFemBil	1	07/05/96	1	13:13	2	2	75	2	1	1	7	30
AneurFemDr	1	14/02/97	4	10:53	2	2	85	1	1	1	6	30
A AO iliaco	1	07/03/96	4	9:50	2	2	81	1	2	1	8	31
A AO iliaco	1	25/10/96	3	15:11	3	2	73	1	1	1	1	31
PseuAnFem	1	25/09/96	3	19:29	3	2	77	1	1	1	3	31
AneurPoplítec	1	26/12/96	4	21:49	3	2	66	1	1	1	3	31
AneurAbdom	2	25/05/96	1	7:18	1	2	78	1	2	1	15	30
AneurAbdom	1	18/11/96	3	12:31	2	2	81	2	2	1	3	31

Bloqueo AV (Tabla 4.12)

DIAGNOSTC FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
BloqueoAV	1	27/12/96	4	16:53	3	2	49	2	2	1	1	30
BloqueoAVcrr	1	29/08/96	2	16:21	3	2	66	1	2	1	2	4
BloqueoAV	1	06/09/96	2	13:46	2	2	76	1	2	1	3	4
BloqueoAV	2	06/10/96	3	11:23	2	2	70	1	1	1	2	4
BloqueoAV	1	07/10/96	3	11:47	2	2	71	2	1	1	2	4
BloqueoAV	1	17/12/96	3	16:55	3	2	76	1	1	1	0	4
BloqueoAV	2	21/12/96	4	10:48	2	2	70	3	1	1	2	4
BloqueoAV	1	21/01/97	4	9:45	2	2	72	1	1	1	1	4
BloqueoAV	1	31/01/97	4	16:04	3	2	78	1	1	1	3	4
BloqueoAV	1	10/02/97	1	8:15	2	2	83	2	1	1	6	4
BloqueoAV	2	23/03/97	2	10:22	2	2	58	1	1	1	1	4
BloqueoAV	1	29/07/96	3	2:22	4	2	63	1	1	1	0	9
BloqueoAV	1	29/11/96	2	1:55	4	2	79	1	2	5	36	9
BloqueoAV	2	17/08/96	2	19:37	3	1	85	2	2	1	0	4
BloqueoAV	1	19/08/96	2	11:51	2	1	71	2	2	1	4	4
BloqueoAV	1	06/09/96	2	13:18	2	1	65	1	1	1	1	4
BloqueoAV	1	16/09/96	2	13:20	2	1	86	1	1	1	3	4
BloqueoAV	1	07/11/96	3	13:00	2	1	38	2	1	1	1	4
BloqueoAV	1	08/11/96	3	9:28	2	1	91	1	2	1	1	4
BloqueoAV	2	09/11/96	3	9:32	2	1	85	1	2	1	1	4
BloqueoAV	1	22/11/96	3	22:47	4	1	71	1	1	1	0	4
BloqueoAV	1	10/12/96	3	15:28	3	1	77	1	1	1	8	4
BloqueoAV	1	15/01/97	4	13:09	2	1	70	2	1	1	8	4
Disf.Marcapa	1	16/10/96	3	2:27	4	2	66	1	2	1	9	4
Disf.Marcapa	2	21/07/96	2	10:43	2	2	71	1	2	1	5	9
Disf.Marcapa	2	04/01/97	4	13:18	2	1	75	1	1	1	7	4
Impl.Marcapa	1	03/04/96	1	10:11	2	1	79	1	1	21	28	9
Impl.Marcapa	1	05/08/96	2	2:14	4	1	82	2	1	1	15	9
Síncope	2	29/06/96	2	16:34	3	2	76	1	2	1	3	4
Síncope	1	21/08/96	2	11:29	2	2	82	1	1	1	6	4
Síncope	1	23/12/96	4	9:23	2	2	70	1	1	1	1	4
Síncope	2	19/01/97	4	17:00	3	2	83	1	1	1	2	4
Síncope	1	28/06/96	2	13:45	2	2	79	1	1	1	5	9
Síncope	1	14/02/97	4	14:24	2	2	83	2	1	23	5	9
Síncope	1	13/12/96	3	17:26	3	1	78	1	1	1	19	4
Stokes-Adam	1	27/08/96	2	22:56	4	1	89	2	2	1	40	9
CrisisPresinc	2	29/09/96	3	11:44	2	1	77	1	1	22	2	9
Stokes-Adam	2	05/10/96	3	19:28	3	2	67	1	2	1	0	4

Disf.Marcapa

1

13/01/97

4

11:05

2

2

31

2

2

1

5

30

Endocarditis (Tabla 4.13)

DIAGNOSTIC FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
Endcard.AO	1 14/10/96	3	16:24	3	2	71	2	2	1	3	30
Endcard.AO	1 19/11/96	3	20:23	3	2	64	1	1	1	1	4
Endcard.AO	1 17/09/96	2	13:42	2	1	54	2	2	1	1	31

Mixomas (Tabla 4.14)

DIAGNOSTIC FESTIVO(2)	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
Mixoma Aur.	1	25/03/97	1	12:13	2	1	64	2	2	1	0	31
Mixoma	1	09/02/97	4	10,23	2	2	65	1	1	21	7	31

Isquemias agudas (Tabla 4.15)

DIAGNOSTIC FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENCIA	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO	
IsquemiaMII	2	13/04/96	1	2:02	4	2	82	1	1	1	14	30
IsquemiaMII	1	06/05/96	1	19:24	3	2	91	3	2	1	21	30
IsquemiaMID	2	21/12/96	4	11:38	2	2	80	1	1	1	0	30
Tromb.Iliaca	1	09/01/97	4	19:07	3	2	74	1	1	1	5	30
IsquemiaMII	1	24/09/96	1	11:38	2	2	71	2	1	1	5	31
IsquemiaMII	2	08/06/96	1	7:28	1	2	61	1	2	1	8	31
IsquemIIIMII	1	09/07/96	2	9:39	2	2	71	1	1	1	7	31
Tromb.Femor	1	22/07/96	2	10:56	2	2	64	1	1	1	5	31
IsquemiaMSE	1	12/08/96	2	19:00	3	2	61	1	1	1	11	31
Tromb.Bypas	1	16/08/96	2	15:44	3	2	69	2	1	1	3	31
IsquemMSD	1	19/08/96	2	16:16	3	2	75	1	1	1	2	31
Isquem.MID	1	23/08/97	2	13:05	2	2	90	1	1	1	5	31
Isquem.MID	2	08/09/96	2	8:02	2	2	70	1	2	1	6	31
IsquemMMII	1	09/09/96	2	9:58	2	2	73	1	1	1	5	31
Isquem.IIIMII	1	10/09/96	2	10:35	2	2	56	3	1	1	7	31
IsquemiaMSE	2	05/10/96	3	0:05	4	2	92	1	1	1	2	31
Isquem.IVMI	1	10/10/96	3	9:48	2	2	66	2	2	1	4	31
Isquem.MID	1	10/10/96	3	12:18	2	2	70	1	1	1	6	31
Tromb.Bypas	1	14/10/96	3	17:29	3	2	61	1	1	1	5	31
IsqmiaMIDag	2	27/10/96	3	19:13	3	2	88	1	1	1	25	31
IsquemiaMID	1	11/11/96	3	9:35	2	2	70	1	1	1	7	31
IsquemiaMID	1	14/11/96	3	22:39	4	2	83	3	2	1	2	31
Claud.Inter	1	05/12/96	3	17:28	3	2	66	1	1	21	0	31
IsquemiaMID	2	04/01/97	4	19:47	3	2	84	1	2	1	20	31
TrombAxiloF	1	15/01/97	4	16:52	3	2	61	1	1	1	48	31
IsquemiaMII	1	23/01/97	4	9:42	2	2	69	1	1	1	7	31
IsquemialV	1	27/02/97	4	11:28	2	2	69	1	1	1	31	31
IsquemialII	1	04/03/97	4	7:46	1	2	68	1	1	1	14	31
TrombFemPc	1	11/03/97	4	15:31	3	2	50	2	2	1	75	31
IsquemiaMSE	1	20/03/97	4	12:27	2	2	61	1	1	1	3	31
IsquemiMII	1	24/03/97	1	20:39	3	2	55	2	1	1	3	31
IsquemiaMID	1	27/03/97	1	21:22	3	2	71	3	1	1	2	31
Tromb.Iliaca	1	01/04/97	1	11:19	2	2	77	1	1	1	4	31
IsquemiaMII	1	24/04/96	1	13:12	2	1	54	2	1	1	5	30
Tromb.Bypas	1	04/06/96	1	16:24	3	1	70	1	1	1	7	30
Tromb Favi	1	01/08/96	2	20:09	3	1	67	1	1	1	1	30
IsquemIVMII	1	31/01/97	4	9:38	2	1	66	2	1	1	6	30

IsquemMID	2	04/01/97	4	16:54	3	1	70	1	1	1	3	30
IsquemMII	1	18/02/97	4	12:46	2	1	67	2	1	1	6	30
Isquem.Dedo	1	09/04/96	1	8:22	2	1	78	1	2	1	11	31
TrombFemPc	1	26/07/96	2	9:05	2	1	79	1	1	1	9	31
IsquenIVMII	2	27/10/96	3	13:08	2	1	75	1	1	1	0	31
IsquemIVMII	2	27/10/96	3	13:08	2	1	75	1	1	1	0	31
IsquemiaMII	1	29/11/96	3	22:33	4	1	88	3	2	1	1	31
TrombSuprFe	1	17/12/96	3	22:21	4	1	66	3	1	1	18	31
IsquemilVMII	1	19/12/96	3	16:27	3	1	71	1	2	1	3	31
IsquemiaMII	1	21/03/97	1	12:05	2	1	69	1	1	1	5	31
EmboliaArt	1	28/06/96	2	16:02	3	1	75	3	2	1	7	30
EmboliaArt	1	17/02/97	4	1:04	2	1	92	2	2	1	10	30
Embolia Hum	1	18/06/96	1	16:45	3	1	78	2	2	1	4	31
Embolia Hum	2	15/09/96	2	15:09	3	1	78	1	1	1	2	31
Embolia MID	1	07/10/96	3	19:21	3	1	84	3	2	1	4	31
Embolia AO	1	14/01/97	4	17:51	3	1	76	2	2	4	8	31
EmboliaMSI	1	06/11/96	3	14:35	2	2	89	2	2	1	4	30
Enf. Burger	2	03/08/96	2	19:03	3	2	29	1	1	1	3	30
Iliaca Aguda	2	19/01/97	4	19:07	3	2	74	1	1	1	5	30
Femoropoplit	1	22/07/96	2	10:56	2	2	64	1	1	1	5	31
ByPass	1	16/08/96	2	15:44	3	2	69	2	1	1	3	31
ByPass	1	14/10/96	3	17:29	3	2	61	1	1	1	5	31
PrótesisAXIL	1	15/01/97	4	16:52	3	2	61	1	1	1	48	31
Femoropoplit	1	11/03/97	4	15:31	3	2	50	2	2	1	75	31
Vena Porta	1	19/09/96	2	16:35	3	1	60	1	2	1	15	3
ByPass	1	04/06/96	1	16:24	3	1	70	1	1	1	7	30
Takayasu	1	06/02/96	4	5:20	1	1	27	3	2	22	11	30

Pie diabético Necrosis (Tabla 4.16)

DIAGNOSTIC	FESTIVO	FECHA	ESTACION	HORA	MOMENTO	GENERO	EDAD	PROCEDENC	FORMA ACC	DESTINO	T.ESTANCIA	SERVICIO
PieDiabetico		2 05/04/96	1	15:01	3	2	71	1	2	1	4	30
UlcusDiabét.		1 08/04/96	1	16:54	3	2	74	2	2	1	7	30
PieDiabético		1 03/05/96	1	13:16	2	2	69	1	1	1	6	30
Necr.DedoPie		1 29/05/96	1	14:09	2	2	81	1	1	1	1	30
Necr.Muñon		1 29/05/96	1	21:03	3	2	72	1	2	1	2	30
Necr.Pie		1 11/06/96	1	18:07	3	2	80	2	2	1	24	30
GangrenaDM		1 05/07/96	2	11:00	2	2	69	2	2	23	4	30
Necr.Pie		2 27/07/96	2	10:01	2	2	70	1	1	1	8	30
GangrenaPie		1 21/08/96	2	15:38	3	2	70	1	1	1	6	30
Necr.Pie		1 29/08/96	2	12:00	2	2	58	2	1	1	4	30
PieDiabético		1 08/10/96	3	10:02	2	2	71	1	1	1	9	30
PieDiabético		1 11/11/96	3	11:04	2	2	68	2	1	1	9	30
PieDiabético		1 15/11/96	3	13:16	2	2	70	2	1	1	7	30
GangrenaPie		1 14/01/97	4	10:24	2	2	75	3	2	1	9	30
Necr.DedoPie		1 28/02/97	4	8:39	2	2	73	1	1	1	14	30
GangrenaPie		1 01/04/96	1	14:13	2	2	84	1	2	1	3	31
NecrosisPie		1 16/08/96	2	18:29	3	2	75	2	2	1		31
PieDiabético		1 29/08/96	2	11:37	2	2	86	2	2	1	4	31
NecrDedoPie		1 30/08/96	2	8:57	2	2	41	1	2	1	8	31
NecrosisPie		1 30/08/96	2	11:25	2	2	81	2	1	1	5	31
UlceraMID		1 03/09/96	2	13:21	2	2	67	1	1	1	4	31
Necr.DedoPie		1 03/09/96	2	19:03	3	2	75	1	1	1	0	31
PieDiabético		2 08/09/96	2	18:14	3	2	62	1	1	1	3	31
PieDiabético		1 10/09/96	2	10:35	2	2	82	1	1	1	6	31
PieDiabético		1 23/09/96	3	11:56	2	2	56	1	1	1	31	31
PieDiabético		1 29/11/96	3	19:33	3	2	66	2	1	1	4	31
GangrenaPie		1 10/12/96	3	11:03	2	2	73	2	1	1	5	31
GangrenaPie		1 12/12/96	3	10:52	2	2	53	1	1	1	6	31
UlceraPie		1 26/12/96	4	18:03	3	2	65	1	1	1	6	31
PieDiabético		1 07/01/97	4	13:04	2	2	53	2	1	1	1	31
PieDiabético		1 10/01/97	4	15:49	3	2	63	3	1	1	1	31
GangrenaMID		2 11/01/97	4	10:41	2	2	86	1	2	1	4	31
PieDiabético		1 13/01/97	4	12:42	2	2	35	1	2	1	6	31
GangrenaPie		1 13/01/97	4	14:59	2	2	92	1	2	1	9	31
PieDiabetico		2 01/02/97	4	11:39	2	2	70	1	2	1	8	31
Necr.DedoPie		1 20/02/97	4	9:51	2	2	73	1	1	1	31	31
GangrenaDed		1 04/03/97	4	9:57	2	2	89	1	1	1	55	31
GangrenaDed		1 06/03/97	4	8:43	2	2	61	1	1	1	10	31
PieDiabético		1 30/04/96	1	11:19	2	1	69	1	1	1	12	30
PieDiabético		2 03/05/96	1	9:41	2	1	58	2	1	1	9	30
Necr.DedoPie		2 27/07/96	2	12:05	2	1	79	1	1	1	6	30
NecrosisMID		1 20/08/96	2	14:42	2	1	73	2	1	1	3	31
Necr.DedoPie		2 02/08/96	2	16:47	3	1	76	2	1	22	8	30

Necr.DedoPie	1	13/11/96	3	8:51	2	1	86	2	1	1	7	30
PieDiabético	1	24/12/96	4	1:04	2	1	73	1	2	1	2	30
Necr.Pie	2	06/01/97	4	11:41	2	1	82	1	2	1	11	30
UlceraPie	1	07/08/96	2	1:12	2	1	58	2	1	1	3	31
GangrenaDM	1	12/09/96	2	19:32	3	1	54	1	1	1	1	31
GangrenaDM	1	04/11/96	3	18:57	3	1	67	1	1	1	4	31
PieDiabético	1	07/01/97	4	15:15	3	1	69	1	2	1	6	31
GangrenaMID	1	09/01/97	4	9:03	2	1	88	2	2	1	6	31
PieDiabético	1	04/02/97	4	11:55	2	1	43	2	1	1	3	31
Necr.DedoPie	1	25/03/97	1	10:44	2	1	65	1	1	1	8	31