

Síndrome coronario agudo II**069****ANGOR INESTABLE Y LESIÓN ENDOTELIAL**

B. Virgós Señor, A. Nebra Puertas, C. Sánchez Polo, M. Suárez Pinilla y R. Cornudella Lacasa

*Med. Intensiva. H. Clínico Universitario, Zaragoza. Med. Intensiva. H. Miguel Servet, Zaragoza. Med. Intensiva. H. Obispo Polanco, Teruel. Hematología. H. Clínico Universitario, Zaragoza.***Objetivos:** Estudiar si los pacientes con Angor Inestable (AI), demuestran datos analíticos sugerentes de alteración endotelial (AE), mediante el estudio de los niveles del Factor von Willebrand (FvW).**Métodos:** El FvW es un péptido que se encuentra fundamentalmente a nivel subendotelial y juega un importante papel en la agregación plaquetaria; por ello proponemos su estudio como marcador de AE. Para ello realizamos un estudio prospectivo, empleando a 20 sujetos sanos sin factores de riesgo coronario como grupo control, y a 50 enfermos diagnosticados de AI, pendientes de cateterismo cardíaco, sin tratamiento heparínico. En ambos grupos se realizaron estudios de coagulación estándar y se cuantificó el FvW antigénico, comparando los niveles obtenidos mediante la t de Student (int. de confianza 95%).**Resultados:** La edad media del grupo control fue de 37,8 años (\pm 8,1), la del grupo a estudio de 60,7 años (\pm 10,56), esta diferencia fue estadísticamente significativa. El aTTP, y la actividad de protrombina no tuvieron diferencias significativas. Los niveles de fibrinógeno (338 mgrs/dl control vs 448 mgrs/dl estudio) y el recuento plaquetar (278.000/mm³ control vs 176.000/mm³ estudio) sí que demostraron diferencias estadísticamente significativas. Los niveles de FvW fueron de 100,4% (\pm 36) en el grupo control y del 176,3% (\pm 97) en el grupo estudio, siendo la diferencia significativa ($p < 0,001$).**Conclusiones:** Los pacientes con AI, demuestran unos niveles de FvW y de fibrinógeno más elevados y un recuento plaquetario menor, en relación con una activación de la hemostasia por una AE.**071****ESTUDIO COMPARATIVO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. UNIDAD CORONARIA VERSUS URGENCIAS**M. Jiménez Quintana, M. Colmenero Ruiz, F. Pino Sánchez, A. Reina Toral, E. Aguayo de Hoyos y M. Rodríguez Elvira
*Cuidados Críticos y Urgencias. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.***Objetivos:** Comparar datos epidemiológicos, medidas diagnóstico-terapéuticas y resultados clínicos de pacientes con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) según ingresen o no en la Unidad Coronaria (UC).**Método:** Estudio observacional, prospectivo de cohortes. Se incluyeron pacientes ingresados con diagnóstico de SCA, entre 1/4/02 y 16/8/02. *Grupo I:* pacientes ingresados en UC y *Grupo II:* Urgencias. Se analizaron variables epidemiológicas (edad, sexo), motivo de ingreso, diagnóstico al alta, hallazgos en ECG, extensión del IAM, medidas diagnóstico-terapéuticas, complicaciones, estancia hospitalaria, mortalidad al alta UC/Urgencias y mortalidad hospitalaria). Análisis estadístico: SPSS con t-Student o χ^2 ($p < 0,05$).**Resultados:** Se incluyeron 214 pacientes (*Grupo I* = 95, *Grupo II* = 119) el diagnóstico al alta fue IAM en el 79,1% de los pacientes del *Grupo I* y de Angina en el 75,7% de los pacientes del *Grupo II* ($p < 0,001$), técnicas en las 24 h (19,6% en el *Grupo I* vs 0,9% en el *Grupo II* $p < 0,001$), complicaciones (32,2% en el *Grupo I* vs 48,4% en el *Grupo II* $p < 0,017$), estancia hospitalaria (7,07 + 7,97 en el *Grupo I* vs 12,53 + 8,02 en el *Grupo II* $p < 0,001$) y mortalidad al alta hospitalaria (4,2 % en el *Grupo I* vs 7,4% en el *Grupo II* ($p < 0,31$)).**Conclusiones:** Los pacientes con SCA que ingresan en la UC presentan un IAM o Angina Inestable de alto riesgo, se le realizan mayor número de pruebas diagnósticas en las primeras 24 horas. No hubo diferencias significativas en la mortalidad al alta.**Proyecto becado por la Fundación Virgen de las Nieves.***070****CATÉTER DE SWAN GANZ Y MORTALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN SHOCK. EL ESTUDIO PRIMVAC**J. Cebrián Domènech, M. Blasco Cortés, F. Valls Grima, J. Sanz Lopez, J. Calabuig Soler y J. Valencia Martín
*UCI. Primvac. Insvacor. Valencia.***Objetivo:** Analizar la influencia del uso del catéter de Swan Ganz (SG) en la mortalidad del infarto agudo de miocardio (IAM) en shock.**Métodos:** De un total de 12.071 episodios de IAM incluidos en el Registro PRIMVAC desde el 1/1/1995 hasta el 31/12/2000, 1.351 (11,2%) desarrollaron shock, definido como Killip = IV. Se analizó esta subpoblación según hubieran recibido, o no, monitorización con SG. Se realizó un análisis bivariado mediante las pruebas de Ji cuadrado y t de Student. Con posterioridad se realizó un ajuste, mediante regresión logística, para las variables edad, sexo, tabaquismo, antecedentes de diabetes, antecedentes de dislipemia, antecedentes de IAM, presencia de onda Q, trombolisis y tipo de hospital (según dispusiese o no de hemodinámica).**Resultados:** El 24,1% de los pacientes con shock fueron monitorizados con SG. El grupo con SG se asoció, de forma significativa, a una menor edad y un mayor número de procedimientos (ecocardiografía, marcapasos provisional, contrapulsación, coronariografía, angioplastia y cirugía cardíaca). La mortalidad en el grupo con SG fue de 67,4% frente al 78,1% en los pacientes sin SG ($p < 0,001$). Tras el ajuste por las variables de confusión señaladas, el uso del SG presentó un riesgo relativo de 0,64 ($p = 0,003$).**Conclusiones:** La monitorización con catéter de SG del IAM en shock se asocia a una menor mortalidad en nuestra población.**072****VALORACIÓN POR CITOMETRÍA DE FLUJO DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DE LA P-SELECTINA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST**

M. Fuset Cabanes, F. Pérez Esteban, S. Gómez-Biedma, M. Ruano Marco y M. Martínez

*UCI. La Fe. Valencia. Biopatología Clínica. La Fe. Valencia.***Objetivo:** La P-Selectina (CD62) se expresa en la superficie de las plaquetas activas. Su expresión se puede determinar por citometría de flujo. Valoramos el estado de activación plaquetaria en pacientes con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) y su variación con la administración o no de bloqueadores de la glicoproteína IIb/IIIa (GPIIb/IIIa).**Métodos:** Estudiamos 40 pacientes con SCASEST. Se trataron con heparina no fraccionada y AAS. A 21 se pautó tirofiban (TF), 7 abciximab (ABX) y a 12 ninguno de estos 2 fármacos. Se determinó a las 0, 12, 24 h y semana del tratamiento la expresión (%) y la capacidad de activación plaquetar con diferentes agonistas: ADP, U46619 y colágeno (col). Se comparó con 30 sanos. Se valoró las diferencias por análisis de la varianza. Se consideró diferencia significativa $p < 0,05$.**Resultados:** La %CD62 fue mayor en los pacientes que en los sanos (3,5 + 2,2 vs 2,7 + 1,7%). El grupo ABX redujo de forma significativa la expresión a las 12h (4,77 + 2,65 vs 1,54 + 0,85%, $p = 0,01$) y la capacidad de activación al col (15,35 + 6,43 vs 6,68 + 3,89%, $p = 0,001$) pero no al ADP ni U46619. El grupo TF redujo la capacidad de activación al ADP (35,34 + 15,5 vs 26 + 13,5%, $p < 0,05$) y no al col ni U46619. Por contra, el grupo sin bloqueadores mostró un aumento de la capacidad de activación frente al U46619 (14,78 + 12,67 vs 28,86 + 17,03%, $p < 0,05$).**Conclusiones:** En el SCASEST hay mayor expresión de P-Selectina que en los sanos. El ABX reduce la expresión y la capacidad de activación al col. El TF reduce la respuesta de activación al ADP.

073

075

TROMBOLISIS EN UN REGISTRO POBLACIONAL DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ESTUDIO IBERICA

M. Fiol Sala, J. Pérez Bárcena, J. Roura, A. Rodríguez Martínez, E. Uribeetxeberria, E. Alegría, C. Rubert Ripoll y J. Marrugat
Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca. Hospital Josep Trueta, Girona. Hospital Virgen de la Vega. Hospital de Mendaro. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. Hospital Son Llatzer, Palma de Mallorca. IMIM, Barcelona.

Objetivos: Revisar la utilización y características basales de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) tratados con y sin trombolisis en las zonas participantes del estudio poblacional IBERICA.

Métodos: Registro poblacional (años 1997-98) de IAM en pacientes de 25-74 años en 7 áreas de España (Girona, Murcia, Navarra, Castilla-La Mancha, País Vasco, Mallorca y Valencia). Se incluyen los pacientes (p) que llegan vivos al hospital.

Resultados: Se administró trombolisis en el 42% de los 8.200 p incluidos: La utilización de estrategias de revascularización fue bastante homogénea en las diversas áreas. Las variables asociadas de forma independiente a la no administración de trombolisis en el análisis multivariado fueron (Odds Ratio; intervalo de confianza del 95%): sexo femenino (0,9; 0,7-1,0), tabaquismo (1,2; 1,1-1,4), diabetes (0,8; 0,7-0,9), IAM previo (0,8; 0,7-0,9), Angina previa (0,7; 0,6-0,8), ECG incodificable (0,2; 0,1-0,3), Killip II al ingreso (0,8; 0,7-0,9), Killip III (0,4; 0,3-0,5), Killip IV (0,4; 0,3-0,6). La trombolisis se asoció de forma independiente a una menor mortalidad a 28 días junto con otras variables (tabaco, IAM no Q) mientras que se asociaron a mayor mortalidad el IAM previo, diabetes, IAM anterior, ECG incodificable y Killip > II.

Conclusión: El estudio IBERICA demuestra la relación entre trombolisis y menor mortalidad y la infrutilización en mujeres, diabéticos, Killip > II y pacientes con cardiopatía previa.

MANEJO DEL IAM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNA UNIDAD CORONARIA CARDIOLÓGICA

G. Vega González, P. Jiménez Hernández, A. Martínez Navarro, J. Lucas Imbernón y J. Solís García del Pozo

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General del Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete, Albacete. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Recoletas, Albacete. Medicina Interna. Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario y Universitario, Albacete. Urgencias. Hospital General. Complejo Hospitalario y Universitario de Albacete, Albacete. Medicina Interna. Clínica Recoletas, Albacete.

Introducción: Durante la fase aguda del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) se requiere el ingreso en una Unidad Coronaria (UC), ya sea atendida por intensivistas (UCI) o por cardiólogos (UCC).

Objetivo: Estudiar si existen diferencias en el manejo del IAM entre una UCI y una UCC.

Diseño: Estudio de Cohortes, con un seguimiento de 28 días desde el IAM.

Pacientes y métodos: Se recogieron todos los pacientes entre 25 y 74 años que ingresaron vivos en el Complejo Hospitalario de Albacete con el diagnóstico de IAM (según los criterios MONICA e IBERICA) desde septiembre de 1997 hasta 31 diciembre de 2000. Se estudiaron variables demográficas, clínicas al ingreso (existencia de factores de riesgo coronario, síntomas y localización del IAM, tiempo desde los síntomas hasta la llegada al hospital o la Fibrinolisis) y la morbilidad a los 28 días; terapéuticas y relacionadas con el tipo de atención hospitalaria (servicio donde ingresa y que da de alta al paciente).

Análisis estadístico: Descriptivo y Comparativo (bivariante y multivariante) entre las variables recogidas y el tipo de UC para estudiar si existe relación significativa ($p < 0,05$) e independiente. La fuerza de la asociación se midió con el Riesgo Relativo (RR) y su Intervalo de Confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Estudiamos 719 pacientes: 78% hombres (IC95%:75-81%) con edad media de 65 años (IC95%: 64-66 años), de los cuales 287 ingresaron en la UCC (40%) y 329 en la UCI (46%). Se comprobó la comparabilidad de los grupos al no encontrar diferencias significativas en las variables recogidas al ingreso del paciente, ni en el porcentaje de ingresos rechazados por las UC. En relación con el tratamiento (tto.) realizado: en el análisis bivariante encontramos diferencias significativas al ser más frecuente en la UCI el tto. con nitratos, IECA y calcio-antagonistas y menos con heparina y ACTP; manteniéndose estas diferencias en el análisis multivariante en relación con el tto. con nitratos (RR: 1,09; IC95%: 1,03-1,13), heparina (RR: 0,88; IC95%: 0,74-0,97) y ACTP (RR: 0,69; IC95%: 0,49-0,95). No encontramos diferencias significativas en la morbilidad entre ambas UC.

Conclusión: A pesar de que en la actualidad el tratamiento del IAM debería estar estandarizado, persiste la variabilidad de la práctica clínica.

074

VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO EN LA ENFERMEDAD CORONARIA AGUDA

M. Quintana Díaz, J. Sevilla Moya, A. Simón Martín, F. Árbol Linde, V. Merlo González y P. López Onega

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Ntra. Sra. del Prado, Talavera de la Reina. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Figueras, Figueras.

Objetivo: Establecer una asociación entre el volumen plaquetar medio (VPM) y la progresión hacia infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI) en los pacientes que presentan enfermedad coronaria aguda.

Métodos: Se incluyen a 241 pacientes que ingresan de manera consecutiva en nuestra Unidad con el diagnóstico de AI o IAM. En los primeros 30 minutos después de su llegada se toma una muestra de sangre para la realización de hemograma y bioquímica. Se realiza un estudio mediante regresión logística multivariante con prueba de Wald de significación y ajuste de bondad (chi cuadrado) para las siguientes variables independientes: hemoglobina, volumen corpuscular medio, número de plaquetas y leucocitos, VPM, fibrinógeno, tiempo de protrombina, proteínas y colesterol totales y triglicéridos. Se toma como variable dependiente la progresión hacia angina inestable o infarto de miocardio.

Resultados: El VPM presenta correlación significativamente positiva ($p = 0,02$) con la progresión hacia AI (OR = 0,11). Esta significación se mantiene después de un análisis con el resto de las variables. Es de destacar que, con el resto de las variables estudiadas, tan sólo se ha hallado diferencia estadísticamente significativa para el número de leucocitos ($p < 0,001$) para la progresión hacia IAM (OR = 0,22).

Conclusiones: En la enfermedad coronaria aguda: Un VPM elevado se asocia con la progresión hacia angina inestable. Un número elevado de leucocitos se asocia con la progresión hacia IAM. Los datos sugieren que en la AI predominan los procesos fisiopatológicos de tipo trombótico, y en el IAM los inflamatorios.