

VARIACIONES HEMATIMÉTRICAS EN PACIENTES CON IAM. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO

C. San Luis, J.B. López-Messa, S. Gil, R. Pascual y M.T. Hernández
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: La anemia en pacientes con IAM se asocia a eventos adversos. El tratamiento Fibrinolítico (Fx) favorece el desarrollo de hemorragias y la aparición de anemia. Se pretende analizar si en pacientes con IAM se produce un descenso del Hematocrito (HCT) en los primeros días de ingreso y la influencia de la Fx. Así mismo, comprobar si la anemia al ingreso lleva asociada cambios en la mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte de pacientes con IAM ingresados en un período de 2 años. Mediante muestreo aleatorio estratificado se seleccionaron 222 pacientes. De ellos 111 sometidos a Fx (Grupo A; GA) y 111 no sometidos a Fx (Grupo B; GB). Variables analizadas: Edad, sexo, estancia, HCT (%) seriado (ingreso H1; 24 h. H2; 72 h. H3), Plaquetas(u/mL) seriadas (ingreso P1; 24 h. P2; 72 h. P3), Presencia de Hemorragias Mayores y Menores, Mortalidad Hospitalaria, Necesidad de transfusión y Anemia al ingreso (HCT < 39%). Análisis estadístico: T de Student, Chi-cuadrado y Análisis de Varianza. Valores en media (IC 95%). Modelo exploratorio de regresión logística para mortalidad. OR Odds Ratio.

Resultados: Solamente se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en. Edad (GA 65,9 (63,3; 68,6)/GB 69,5 (67,3; 71,8) p 0,045) y Presencia de Hemorragias Menores (GA 39,6%/GB 25,2%; p 0,016). En los dos grupos se apreció descenso significativo de HCT y Plaquetas: (GA: H1 44,9; H2 39,3; H3 37,7; p 0,000/GB: H1 44,0; H2 39,4; H3 39,0; p 0,000); (GA: P1 227; P2 191; P3 175; p 0,000/GB: P1 217; P2 196; P3 183; p 0,000). En base a Mortalidad se apreciaron diferencias significativas en Edad (vivos 66,8 (65,9; 69,5); exitus 74,1 (66,3; 77,3); p 0,008), Necesidad de transfusión (vivos 3,1%; exitus 14,8%; p 0,021) y Anemia al ingreso (vivos 8,2%; exitus 29,6%; p 0,007). El modelo multivariante mostró factores explicativos de mortalidad, anemia al ingreso (OR 3,9; p 0,008) y transfusión (OR 5,5; p 0,014)

Conclusiones: En los pacientes con IAM se produce un significativo descenso de HCT y Plaquetas durante los primeros días de estancia. Este descenso es independiente de la Fx. La anemia al ingreso y la necesidad de transfusión son factores asociados a la mortalidad.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON IAM ABORTADO. INFLUENCIA DEL TIEMPO

R. Pascual, M. Hernández, J.B. López-Messa, C. San Luis y Grupo ARIAM
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: El porcentaje de IAM abortado puede ser un índice de efectividad de la Fibrinólisis (Fx), incluso superior a la mortalidad, dependiendo fundamentalmente de la precocidad de la misma. Se pretende describir las características de los pacientes con IAM abortado y sus diferencias con los que presentan IAM tratado con Fx.

Métodos: Estudio de cohorte de la base de datos del registro ARIAM. Se comparan los pacientes con diagnóstico de IAM abortado (GI) y los pacientes con IAM fibrinolisado (GII). Variables analizadas: edad, sexo, estancia en UCI, Score de atención prehospitalaria, retrasos pre e intrahospitalarios, presencia de cardiopatía isquémica previa, lugar de realización de Fx y mortalidad. Datos expresados en media (IC 95%). Análisis estadístico: T Student y Chi². Asimismo se analizaron los IAM abortados de un hospital durante el período enero 1997 - diciembre 2001, describiendo los hallazgos coronariográficos en los mismos.

Resultados: Se incluyeron 419 pacientes en GI y 15152 en GII. Se encontraron diferencias significativas en estancia [GI 3,18 (2,75; 3,62); GII 3,86 (3,76-3,96); p 0,026], Score atención prehospitalaria [GI 0,99 (0,83; 1,15); GII 1,18 (1,15; 1,22); p 0,019], retraso inicio síntomas-llegada hospital [GI 126,23 min.(109,79; 142,67); GII 154,2 (151,5; 156,9); p 0,001], retraso inicio síntomas-Fx [GI 174,53 min. (158,59; 190,47); GII 220,48 (217,55; 223,41); p 0,000], tiempo ECG-Fx [GI 62,04 (50,79; 73,28); GII 75,12 (72,65; 77,6); p 0,026], angina previa [GI 31,1%; GII 19,3%; p 0,000] e IAM previo [GI 29,2%; GII 12,9%; p 0,000], Fx en Urgencias [GI 18,6%; GII 12,4%; p 0,001] y mortalidad [GI 0,5%; GII 8,6%; p 0,000]. En los IAM abortados de nuestro hospital (n = 19) se realizó coronariografía al 84,2% y ACTP-STENT al 75%, encontrándose lesión coronaria de ≥ 2 vasos en el 78,8%. Lesión crítica en 87,5% de los casos.

Conclusiones: El índice de IAM abortado es del 2,7% en la serie estudiada. Se asocia a precocidad en la solicitud de atención por parte de los pacientes y en la realización de Fx, así como a la presencia de antecedentes isquémicos. Presentan generalmente lesiones coronarias críticas y enfermedad de ≥ 2 vasos.

159

161

EFFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE ANTICOAGULACIÓN CON HEPARINA SÓDICA NO FRACCIONADA

J. Machado, M. Colmenero, M.J. Chavero, R. Domínguez, J. Martín y J. Roca Guiseris

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la implantación de un protocolo de control de anticoagulación con heparina sódica no fraccionada en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Métodos: Estudio cuasi-experimental, de intervención, antes-después de la implantación del protocolo. Se incluyen 70 pacientes (35 pre-protocolo y 35 post-protocolo) con infarto agudo de miocardio con elevación del ST tratados con fibrinólisis con rTPA y anticoagulación con heparina sódica no fraccionada durante 48 horas. La compliance con el protocolo se midió con el número y tipo de violaciones del mismo. La variable principal fue la proporción de determinaciones del tiempo parcial de tromboplastina activado (TTPa) que se encuentran en el rango considerado óptimo (50-70 segundos). Se determinó asimismo proporción de pacientes que a las 24 horas habían alcanzado la anticoagulación terapéutica. Se compararon las proporciones de las variables consideradas entre ambos grupos mediante el chi-cuadrado y se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: El protocolo fue adecuadamente realizado en el 59% de las ocasiones, siendo la extracción de muestras indebidas la violación más frecuente (29% de éstas). La implantación del protocolo produjo un incremento en la proporción de determinaciones en rango óptimo (31% v 48%, $p < 0,001$) y en la proporción de pacientes que alcanzaron la anticoagulación terapéutica a las 24 horas del inicio (22% vs 62%, $p < 0,001$). No existieron diferencias significativas en las complicaciones isquémicas o hemorrágicas.

Conclusiones: La implantación de un protocolo de control de anticoagulación se muestra efectivo en lograr una mayor proporción de determinaciones en rango óptimo, sin detrimento de la seguridad de los pacientes.

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO A BLOQUEO DE RAMA DESDE EL PUNTO DE VISTA ARIAM

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

Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario. Murcia.

Objetivo: Estudiar los factores asociados con evolución en el tratamiento tras la implantación del programa ARIAM en el paciente con síndrome coronario agudo asociado a bloqueo de rama.

Material y método: Revisión de los SCA asociados a bloqueo de rama período de 6 años. Se analizan variables epidemiológicas, índice de trombolisis, mortalidad intra UCI, y tiempo de llegada al Hospital- realización del ECG (t1) y tiempo ECG en Urgencias – Fibrinólisis (t2)1. Procesamiento estadístico mediante SPSS con significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyen 637 pacientes con SCA de los que 49 tenía bloqueo de rama asociado: 35 varones y 14 mujeres. El 6,1% de los pacientes fueron trombolizados. El número de ingresos a lo largo de los años de estudio fue de 1, 9, 10, 7, 12 y 10 respectivamente. La mortalidad global fue del 6,1% (3 pacientes). La media de retraso en la realización del ECG tras llegar al hospital fue de 41,7 (DE 92,2), con una disminución de tiempo significativa desde el año 1996 (media 405 minutos) hasta el 1999 (5 minutos) y de 86 minutos en el 2001. El t2 fue de 110 (DE 56,5) minutos, siendo para los IAM sin bloqueo de rama de 48 minutos

Conclusiones: A pesar de que el SCA asociado a bloqueo de rama demuestra una moderada mortalidad, el índice de tratamientos trombolíticos resulta muy bajo. Los factores que condicionan un menor retraso en Urgencias deben ser vigilados de manera continua para evitar retrocesos en la calidad asistencial.

160

162

PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON DISLIPEMIA. EL ESTUDIO CIMA

F. Colomina, A. Cabadés, A. Cebrían Mota y J.C. Sanz

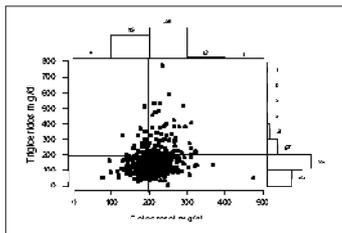
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de San Juan. San Juan de Alicante.

Objetivo: Conocer los tratamientos al alta hospitalaria en una cohorte de IAM con hipercolesterolemia.

Pacientes y métodos: En el estudio CIMA se reclutaron, a lo largo de un año 515 pacientes con IAM. La edad media fue de 63 años (DE 12) y el 76,5 % fueron varones. Se incluyeron aquellos pacientes que, bien tenían antecedentes de dislipemia, bien presentaban cifras de colesterol total (190 mg/dl en las primeras 24 horas del ingreso. Se realizó una estadística descriptiva sobre los fármacos que se prescribieron en el momento del alta hospitalaria.

Resultados: Se trataba de IMA con onda Q en el 72% de los casos. El grado de Killip máximo intra UCI fue de I en el 67%. El perfil lipídico inicial de los pacientes se muestra en la figura adjunta siendo el colesterol total medio de 210 mg/dl (DE 40). El tratamiento con estatinas se inició en la UCI en el 29% de los casos y subió al 67% en el momento del alta hospitalaria. Igualmente recibieron, al alta hospitalaria AAS (83%), otros antiagregantes (25%), IECA (57%), betabloqueantes (52%), diuréticos (14%), insulina (12%) y amlodipino (8,7%).

Conclusiones: A pesar de tratarse de un grupo seleccionado de pacientes llama la atención que un 33% de los mismos abandona el hospital sin medicación hipolipemiante específica.

**COMPARACIÓN DE LOS MÉTODOS DE REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS**

C. Hermosa, J.C. Martín, L. Cordoba, L. Arnaiz y R. Corpas

Servicio de Medicina Intensiva. Clínico de Madrid.

Objetivos: Comparación de los resultados obtenidos con la angioplastia directa (ACTPd) y la trombolisis (TRL) en los pacientes en mayores de 75 años con infarto agudo de miocardio (IAM).

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes (75 años con IAM ingresados en nuestro centro desde Enero de 1991 hasta Junio de 2001. Elección no aleatorizada del tratamiento de reperfusión, acorde a las guías de la American Heart Association (AHA), criterios de IAM definido por la AHA. Comparación entre ambos grupos de tratamiento mediante análisis univariado (t-student para las variables continuas y χ^2 para las discretas). Se aplicó regresión logística a los ingresados en los últimos 5 años, se consideró al exito como variable dependiente.

Resultados: Ingresaron 2.627 pacientes de los que 555 eran \geq de 75 años. Recibieron TRL 100 y ACTPd 78. Ambos grupos son equiparables en cuanto a la distribución por sexo, edad, factores de riesgo y tratamiento asociado. Los pacientes asignados a ACTPd presentaban mas PCR preingreso (17% vs 1% $p = 0,0003$) y un tiempo de evolución más prolongado 306 min (IC 95% 222-390) vs 162 (144-176) ($p = 0,003$). No se apreciaron diferencias en la mortalidad intraUCI (24% TRL y 22% ACTPd). Con RL se identificaron como predictores independientes el shock OR 16,0 (3,9-66), la edad OR 1,1 (1,0-1,3) y el tiempo de evolución OR 0,8 (0,7-0,9), no se encontró relación con el tipo de reperfusión.

Conclusiones: 1) En nuestra casuística no aleatorizada, no se aprecian diferencias entre ambas formas de reperfusión. 2) Es un grupo de mal pronóstico independiente del tratamiento aplicado.