

094

096

ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y PRONÓSTICO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. ESTUDIO PRIMVAC

E. González Hernández, J. Cebrián Domènech, P. Morillas Blasco, F. Colomina Climent, F. Guardiola Navarro, O. Cabadés y A. Callaghan UCI. Primvac. Insvacor, Valencia.

Objetivo: Evaluar la influencia de los antecedentes de hipertensión arterial (HTA) en la mortalidad intra UCI del infarto agudo de miocardio (IAM), así como en la incidencia de las variables intermedias fibrilación ventricular (FV), complicaciones estructurales (CE), complicaciones isquémicas (CI) e insuficiencia cardíaca (IC).

Método: Se analizaron 12.071 episodios de IAM incluidos en el Registro Primvac desde el 1/1/1995 hasta el 31/12/2000. Se realizó un análisis univariado utilizando la prueba de Ji al cuadrado. Con posterioridad, se realizó una regresión logística para ajustar por las variables de confusión edad, sexo, tabaquismo, antecedentes de diabetes, antecedentes de dislipemia, antecedentes de IAM, presencia de onda Q y trombolisis. Se utilizó el programa SPSS.

Resultados: Los pacientes con antecedentes de HTA presentaron más IC (40,4%), CI (6,3%) y menos FV (4,7%) que los que no presentaban este factor de riesgo. No hubo diferencias con respecto a las CE. La mortalidad en el grupo con HTA fue de 14,4%, superior al grupo sin HTA (12,4%). Tras ajustar por las variables consideradas, únicamente se mantuvo la significación estadística, aunque de forma marginal, para la FV. Riesgo relativo 0,0838 ($p = 0,049$).

Conclusiones: La existencia de antecedentes de HTA no se asocia a un peor pronóstico del IAM en su fase intra UCI. Ello es así, tanto para la variable mortalidad como para las variables intermedias consideradas.

Diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo

095

097

¿TIENE ALGUNA UTILIDAD CLÍNICA DETERMINAR EN SUERO EL PAPP-A EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

A. Domínguez Rodríguez, P. Abreu González, A. de la Rosa, M. Vargas, J. Ferrer, J. Villegas y M. García González

Cardiología (Unidad de Cuidados Intensivos Cardiol.) Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Departamento de Fisiología. Universidad La Laguna, La Laguna. Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivo: El PAPP-A (Pregnancy-Associated Plasma Protein A) es una metaloproteína que ha sido sugerida, recientemente, como nuevo marcador sérico en los síndromes coronarios agudos. El objetivo del presente estudio es determinar en suero el PAPP-A en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y valorar su significación clínica.

Material y método: Se estudiaron 50 pacientes con IAM y 50 voluntarios sanos. Las muestras de sangre fueron extraídas al ingreso. Se realizó la determinación del PAPP-A por técnica de inmunoensayo enzimático. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm SEM.

Resultados: El grupo control estaba compuesto por 32 hombres y 18 mujeres sanos, con edad media 55 ± 15 años y el grupo de pacientes con IAM por 29 hombres y 21 mujeres, con edad media 61 ± 14 años. Los factores de riesgo cardiovasculares fueron similares en ambos grupos. Las concentraciones medias de PAPP-A no difirieron significativamente entre los casos ($0,58 \pm 0,01$ mcgr/ml) y los sujetos controles ($0,63 \pm 0,03$ mcgr/ml) ($p = 0,22$). El análisis de regresión logística con el método introducir, mostró que controlando por los factores de riesgo principales independientes, no se encontró asociación significativa entre los niveles de PAPP-A y la presencia de IAM.

Conclusiones: Este estudio añade incertidumbre de que el PAPP-A se utilice como nuevo marcador para el IAM. No obstante, es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes, para intentar aclarar las interrelaciones entre el PAPP-A y los síndromes coronarios agudos.

PECULIARIDADES ASOCIADAS A LOS OCTOGENARIOS CON INFARTO DE MIOCARDIO Y ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

R. Jiménez Gómez, D. Pérez Martínez, A. García Campoy, E. Andreu Soler, M. Martínez Serrano, S. Pérez Sánchez, M. Galindo Martínez y J. Galcerá Tomás

UCI. Virgen de la Arrixaca/SMS, Murcia.

Objetivo: Establecer las características clínicas, terapéuticas y patrones de morbilidad-mortalidad asociadas a los pacientes mayores de 80 años ingresados con infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Método: Durante 5 años consecutivos (1998-2002) fueron recogidas prospectivamente las variables clínicas, características electrocardiográficas, tratamientos, procedimientos y complicaciones en 1.225 pacientes ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de IAM con elevación del ST.

Resultados: Los pacientes > 80 años ($n = 104$) constituyeron el 8,5% de la población. Respecto al resto de la población los octogenarios presentaron síntomas típicos en igual proporción, fueron más frecuentemente de sexo femenino (55% vs 24%) ($p < 0,001$) y refirieron en mayor proporción antecedentes de insuficiencia cardíaca (50% vs 33%, $p < 0,001$). No existieron diferencias en la incidencia de hipertensión arterial (58% vs 51%) y diabetes, mientras que presentaron con menor frecuencia hipercolesterolemia (25% vs 50%, $p > 0,001$), tabaquismo activo (5% vs 40%, $p < 0,001$) y sobrepeso (26% vs 42%, $p < 0,05$). El ECG inicial en los octogenarios se caracterizó por una mayor duración del QRS ($p < 0,05$) sin diferencias en la frecuencia cardíaca, número de derivaciones afectadas o sumatorio del ascenso del ST. Respecto a índices indirectos del infarto, la CPK (corregida por la superficie corporal) y la FE de ventrículo izquierdo (44 ± 10 vs 46 ± 11) no fueron diferentes entre los pacientes mayores y menores de 80. Esta población recibió tratamiento de reperfusión en igual proporción que los menores de 80 años (73% vs 66%). Entre otras complicaciones, los pacientes octogenarios presentaron con mayor frecuencia bloqueo de rama (19% vs 12%, $p < 0,05$), insuficiencia cardíaca (60% vs 36%, $p < 0,001$), fallo ventricular derecho (10% vs 4%, $p < 0,05$) y mortalidad hospitalaria (31,7% vs 12,6%, $p < 0,001$). La mortalidad tras el alta hospitalaria en el primer año no alcanzó diferencias significativas (5,6% vs 2,7%, ns).

Conclusiones: La población octogenaria ingresada con IAM presenta algunas peculiaridades en los factores de riesgo coronario respecto a los de menor edad, ingresa con una similar afectación electrocardiográfica, es sometida en similar proporción a terapéutica de reperfusión y presenta una alta mortalidad intra-hospitalaria. Tras el alta, la relativamente reducida mortalidad de los pacientes octogenarios en el primer año aboga por no limitar el esfuerzo terapéutico más allá de las consideraciones individuales.

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA DIABETES MELLITUS ASOCIADA A INFARTO DE MIOCARDIO

A. García Campoy, S. Pérez Sánchez, M. Martínez Serrano, R. Jiménez Gómez, D. Pérez Martínez, E. Andréu Soler y J. Galcerá Tomás
UCI. Virgen de la Arrixaca/SMS, Murcia.

Antecedentes: En diferentes estudios observacionales nuestra región es una de las zonas de España con mayor prevalencia de Diabetes Mellitus (DM), especialmente tipo II.

Objetivos: Establecer la incidencia, características asociadas y predictores de mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y DM.

Método: Durante 5 años consecutivos (1998-2002) los pacientes ingresados en nuestro centro con el diagnóstico de IAM fueron considerados como diabéticos conocidos o "de novo" o no diabéticos a efectos de su comparación. Se analizó la glucemia al ingreso, número de glucemias superiores a 200 mg/dl y Hb glicosilada entre otras variables, para determinar los predictores de mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Los diabéticos (n = 499) constituyeron el 40,7% de la población y fueron considerados Tipo I (n = 38), Tipo II (n = 368) y "de novo" (n = 53). La presencia de DM se asoció a mayor edad (67 ± 11 vs 63 ± 11, p < 0,001), más frecuentemente al sexo femenino (38% vs 19%, p < 0,001), antecedentes de insuficiencia cardíaca (46% vs 26%, p < 0,001), hipercolesterolemia (53% vs 45%, p < 0,005), hipertensión arterial (59% vs 46%, p < 0,001), sobrepeso (51% vs 34%, p < 0,001) y a una menor incidencia de tabaquismo activo (28% vs 44%, p < 0,001). Los pacientes con DM ingresaron con mayor retraso al ingreso (120 min vs 90 min, p > 0,001). En el ECG inicial los diabéticos presentaron mayor frecuencia cardíaca (80 ± 23 vs 75 ± 20, p < 0,01) y mayor incidencia de bloqueo de rama (16% vs 11%, p < 0,01), siendo similares el número de derivaciones con ST elevado y el sumatorio del ST. La DM se asoció a una menor tasa de terapéutica de reperfusión (63% vs 68%, p < 0,05) incluida la ACTP primaria (39% vs 48%, p < 0,01). Los pacientes diabéticos presentaron un menor pico de CPK-MB y menor FE (44 ± 11 vs 48 ± 10, p > 0,001). La Hb glicosilada, glucemia al ingreso y nº de glucemias mayores de 200 mg/dl fueron significativamente mayores en los diabéticos. Entre otras complicaciones la DM se asoció con mayor frecuencia a insuficiencia cardíaca (50% vs 29%, p < 0,001), fallo ventricular derecho (7% vs 3%, p < 0,01), mortalidad hospitalaria (20% vs 9%, p < 0,001) y mortalidad en el primer año tras el alta (5% vs 1,5%, p < 0,01). En el análisis de regresión logística, entre otras variables, la edad, glucemia al ingreso, frecuencia cardíaca y sumatorio del ST en ECG inicial fueron variables con valor predictivo independiente sobre la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestro medio los pacientes con IAM presentan una alta incidencia de DM frecuentemente asociada a complicaciones, incluida la mortalidad intrahospitalaria y en el primer año. Entre otras variables, la glucemia al ingreso constituye un sencillo predictor pronóstico en los pacientes ingresados con DM.

ANGIOPLASTIA PRIMARIA COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DESDE UN HOSPITAL

M. Párraga Ramírez, P. Jara Perez, A. Carrillo Alcaraz, G. González Díaz, A. Esquinas Rodríguez, R. López Palop y M. Valdes Chavarrí
Medicina Intensiva. Hospital Morales Meseguer, Murcia. Cardiología-Hemodinámica. H. Virgen de la Arrixaca.

Objetivo: Evaluar los resultados clínicos, angiográficos y el retraso en la revascularización del IAM con elevación del ST mediante el traslado para angioplastia primaria (ACTP¹) desde un Hospital sin laboratorio de hemodinámica.

Método: Entre VII-2000 a I-2002 se recogieron de forma prospectiva la evolución clínica y el tiempo de retraso hasta la apertura del vaso, de los pacientes con IAM y elevación del ST de < 12h de evolución atendidos en nuestro hospital y enviados para ACTP¹ en nuestro centro de referencia distante 10 Km.

Resultados: Trataron con ACTP¹ 140 pacientes. Edad 65 ± 12 (27% > 75 años). Varones 76%. HTA 47%. Tabaquismo 57%. Diabetes 35%. Dislipemia 32%. Zona del IAM: anterior 40%, Inferior puro 14%, inferior asociado 38% y BRIHH 7%. Presentaban contraindicaciones para trombolisis: 5%. Al ingreso presentaban Killip > III el 13%. En el 98% de los pacientes se consiguió apertura del vaso antes de los 120 minutos y un 84% antes de los 90 minutos desde diagnóstico, con un 86% de flujo TIMI 3, el tiempo de retraso desde el diagnóstico a la apertura fue de 73 ± 23. Regresaron a nuestro hospital el 74% de los pacientes. La FE del ventrículo izquierdo a su alta fue del 44 ± 17%. Un 9,3 % presentó Shock cardiogénico. Hubo un 2% de HDA y un 5,3 de hemorragias locales. La mortalidad intrahospitalaria ha sido del 11,5% con una estancia en UCI 2,98 ± 2 y en planta 5,7 ± 3.

Conclusión: En nuestra experiencia el tratamiento del IAM mediante ACTP¹ en un centro sin laboratorio de hemodinámica es factible con un alto éxito angiográfico, un tiempo de retraso óptimo y una estancia media reducida.

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A TERAPIA DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES INGRESADOS CON INFARTO DE MIOCARDIO

S. Pérez Sánchez, R. Jiménez Gómez, A. García Campoy, C. Llamas Lázaro, M. Martínez Serrano, D. Pérez Martínez y J. Galcerá Tomás
UCI. Virgen de la Arrixaca/SMS, Murcia.

Antecedentes: La amplia utilización de la fibrinólisis y la reciente implantación de un programa de angioplastia primaria (AP) en nuestra Región, centralizado en nuestro Hospital, puede influir en la proporción y peculiaridades de los pacientes con infarto agudo de miocardio sometidos a cualquier terapéutica de reperfusión (TR).

Objetivos: Establecer la incidencia y características asociadas a los pacientes sometidos o no a cualquier TR.

Métodos: Todos los pacientes ingresados consecutivamente durante el periodo enero 1998-diciembre 2002 fueron considerados de forma prospectiva para el presente análisis. Los pacientes fueron comparados atendiendo a la existencia o no de TR. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar la posible influencia de diferentes variables sobre la indicación de TR.

Resultados: Los pacientes sometidos a TR constituyeron el 66% de la población. No existieron diferencias en la edad de los pacientes sometidos o no a TR, mientras ésta se asoció en mayor proporción al sexo masculino (75% vs 69% p < 0,05), con menor frecuencia a antecedentes de insuficiencia cardíaca (11% vs 17%, p < 0,01) y diabetes (39% vs 45% p < 0,05), sin encontrar diferencias en la hipertensión, tabaquismo activo y dislipemia. Los pacientes sometidos a TR se presentaron más frecuentemente con síntomas típicos (91% vs 83%, p < 0,001), menor retraso al ingreso (medianas 90 vs 120, p < 0,001) y mayor afectación electrocardiográfica, tanto en el nº de derivaciones afectadas como en el sumatorio del ascenso del ST (12,3 ± 7 vs 4,5 ± 5). La proporción de pacientes ingresados en clase Killip IV fue similar en ambos grupos (sometidos o no a TR). La TR se asoció en menor frecuencia al desarrollo de complicaciones isquémicas (8% vs 12%, p < 0,05), de forma similar a insuficiencia cardíaca (38% vs 37%, ns), mortalidad hospitalaria (13,5% vs 15% ns) y mortalidad adicional en el primer año tras el alta (2,45 vs 3,8%). La estancia hospitalaria fue menor en los pacientes sometidos a TR (11,6 ± 9 vs 13,5 ± 9, p < 0,01). Las variables predictivas de TR fueron: edad (OR 1,0; 1,00-1,03); tiempo al ingreso (OR 0,99; 0,98-0,99); localización anterior (OR 1,70, 1,19-2,40); nº de derivaciones con ST ascendido (OR 1,70, 1,42-2,03) y sumatorio del ST ascendido (OR 1,16, 1,11-1,22).

Conclusiones: En nuestra práctica un gran porcentaje de los pacientes ingresados con IAM es sometido a TR. Los pacientes excluidos de ésta se caracterizan por un mayor retraso al ingreso, menor proporción de mujeres y diabetes, y estancia hospitalaria más prolongada. La ausencia de TR se asocia a más complicaciones isquémicas sin diferencias significativas en la mortalidad. Las variables con mayor valor predictivo para TR fueron las relativas al ECG inicial.