

Síndrome coronario agudo III P215

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON DIAGNÓSTICO DE ALTA DE LA UCI, DISTINTO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

C. Díaz Mendoza, P. Eugenio Robaina, E. Hernández y M. Sánchez
UCI. Hospital Insular de las Palmas GC, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Algunos pacientes con SCA son erróneamente diagnosticados de angor inestable en Urgencias. Este estudio valora los cambios clínicos y en el ECG al ingreso, en 36 ptes. con dtgco. inicial distinto del de alta de UCI.

Métodos: Se estudiaron 36 ptes, 31 con dtgco. de AI al ingreso (86%) y 5 con IAMNQ (14%). Los dtgcos. se compararon después con los de alta. Se recogieron: ECG, enzimas cardíacas, factores de riesgo, sexo y edad. El análisis comparativo se realizó entre ptes. con dtgco. final de IAMNQ, IAMQ y AI. Se empleó la prueba T con IC del 95%. Una $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados: De 31 ptes. con dtgco. inicial de AI, 25 desarrollaron IAMNQ (80%) y 6 IAMQ (4%). De los 5 con diag. inicial de IAMNQ, 2 tuvieron AI (40%), 1 IAMQ (20%) y 2 IAMNQ (40%). Hubieron más mujeres con IAMNQ y AI, que con IAMQ (33%; 66% y 0%; $p = 0,005$ y $p = 0,05$). El IAM previo fue más frecuente en aquellos con IAMNQ y AI (25%, 100% y 0,0%, $p = 0,003$ y $p = 0,005$), angor previo fue más frecuente en pacientes con IAMNQ que en los con IAMQ (48% y 28%, $p = 0,026$). ECG: inversión onda T y T picuda fue más frecuente en IAMQ que en IAMNQ (85% y 66% $p = 0,016$; 14% y 0% $p = 0,00$). Ascenso del ST fue mayor al ingreso en ptes. con IAMQ que los IAMNQ (media = 0,6 mm y 0,3 mm $p = 0,03$) troponina I estuvo elevado al ingreso en todos. El valor medio pico CPK fue 976 para IAMNQ y 1039 para IAMQ.

Conclusiones: Un elevado porcentaje (80%) de ptes. con dtgco. inicial de AI desarrollaron IAMNQ. IAM, angor previo, sexo femenino y descenso del ST pueden orientar al dtgco. de IAMNQ, T picuda y ascenso ST para IAMQ. La elevación enzimática sigue siendo importante en el diagnóstico.

P216

ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA Y PUENTES MIOCÁRDICOS

J. Ortega Carnicer

Medicina Intensiva. Hospital Alarcos, Ciudad Real.

Introducción: El puente miocárdico (PM) es la compresión sistólica de una arteria coronaria epicárdica por una banda miocárdica que la recubre.

Observaciones clínicas: Un total de 4 pacientes (P), 3 varones, con edad media 51 (límites: 26-75) años, ingresaron por angina tras esfuerzo físico (P1), estrés mental (P2, P3) y reposo (P4). El ECG de admisión mostró ascenso ST anterior extenso (P1), descenso ST de V2 a V5 (P2), normal (P3) y onda T negativa en aVL (P4). El P1 recibió estreptoquinasa, el pico de CPK fue de 352 U y no desarrolló ondas Q. Los P3 y P4 tuvieron una angina de Prinzmetal con ascenso del ST inferior junto a fibrilación y asistolia ventricular, respectivamente. Todos los P tuvieron un PM en tercio medio de la arteria descendente anterior como único hallazgo patológico. El P3 necesitó dobutamina para visualizar el PM en la arteriografía. La evolución fue favorable en tratamiento con atenolol (P1 y P2) y con diltiazem (P3 y P4).

Conclusiones: El PM puede aparecer tanto en reposo como en ejercicio. La sintomatología del PM se debe a un exceso de catecolaminas sanguíneas que ocasionan una contracción vigorosa del miocardio y secundariamente el "estrujamiento" del vaso afecto. El tratamiento de los PM son los B-bloqueantes, y la nitroglicerina puede agravar los síntomas. Si existe angina de Prinzmetal asociada deben administrarse antagonistas del calcio. A veces, para descubrir el PM en la coronariografía se necesita administrar dobutamina o nitroglicerina para manifestarlo.

P218

ELEVACIONES INUSUALES DEL SEGMENTO ST. A PROPOSITO DE 18 OBSERVACIONES

J. Ortega Carnicer

Medicina Intensiva. Hospital Alarcos, Ciudad Real.

Introducción: La elevación del segmento ST (E-ST) suelen deberse a pericarditis aguda o a obstrucción total espontánea del flujo sanguíneo por trombosis o espasmo coronario. Se presentan 18 pacientes (P) con E-ST secundarios a procesos inusuales y mecanismos diversos.

Resultados: Se trata de 18 P, 13 varones, con edad media de 54 (límites: 18 y 79) años que tuvieron una E-ST secundaria a: fármacos (dopamina por shock séptico; fluorouracilo y tegafur por cáncer): 3 P; intoxicaciones (cocaína, fluorosilicato, bicarbonato e hiperpotasemia): 5 P; hemopericardios por roturas subagudas de aorta proximal (2 P) y por cáncer de pulmón (1 P); congénitos (puente miocárdico y aneurisma de arteria coronaria): 2 P; disección aorta con oclusión arterial coronaria: 2 P y, finalmente, durante prueba de esfuerzo: 3 P. Seis P no tuvieron dolor torácico asociado. El tratamiento consistió en la retirada del fármaco-tóxico responsable y nitroglicerina y antagonistas del calcio si había espasmo asociado. Dos P con E-ST durante la prueba de esfuerzo se les colocó un stent. La E-ST fue isquémica en 11 P; 9 P fueron coronariografiados y 4 P no tuvieron lesiones. Ningún P recibió tratamiento fibrinolítico, salvo el P intoxicado con bicarbonato, y 2 P con disección de aorta recibieron heparina pre-UCI indebidamente. Seis P fallecieron.

Conclusiones: La E-ST es multifactorial y debe tenerse especial cuidado para evitar la administración de tratamientos inadecuados.

P217

LESIÓN MIOCÁRDICA AGUDA SIMULTÁNEA EN PARED INFERIOR Y ANTERIOR. CORRELACIÓN ANGIOGRÁFICA

J. Ortega Carnicer

Medicina Intensiva. Hospital Alarcos, Ciudad Real.

Introducción: La isquemia miocárdica aguda con elevación del segmento ST (E-ST) en derivaciones (D) inferiores y anteriores derechas es excepcional.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes (P) con dolor anginoso y E-ST (> 1 mm) inferior y anterior (con al menos 2 D implicadas de V1 a V3) que fueron cateterizados en los últimos 5 años.

Resultados: Seis P, 5 varones y 1 hembra, con edad media 61 (límites: 36-74) años ingresaron por angina prolongada y E-ST inferior y anterior (V1 a V6: P1-P2-P3; V1 a V5: P4-P5; V2 a V5: P6). Cinco P recibieron tratamiento trombolítico una media de 114 (límites: 45-240) min. tras inicio angor. La CPK se elevó > 1.500 U en los P1-P2-P7, subió hasta 300 U en el P6 y fue normal en los P3-P4-P5. El ECG de alta fue normal (P4-P5); mostró un patrón QS inferior (P2) y ondas T negativas difusas (P6) y anteriores (P1-P3). La arteriografía coronaria fue normal (P4-P6) o afectó a uno (P2) o dos vasos (P1-P3-P5). Se realizó una intervención coronaria percutánea en dos ocasiones (P1-P3). Todos los P sobrevivieron.

Conclusiones: La E-ST simultánea inferior y anterior se acompañó de infarto agudo de miocardio en tres ocasiones (42%). La E-ST simultánea en pared anterior e inferior se correlaciona coronariográficamente con: 1) Arterias coronarias normales con vasoespasma generalizado, 2) Afectación aislada de la arteria coronaria derecha con E-ST anterior por infarto ventricular derecho asociado y 3) Afectación de dos vasos que irrigan la pared inferior y anterior.

P219

TIPO E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ENTRE LAS ACTP URGENTES Y PROGRAMADAS

M. Valiente Gómez, P. Jiménez Hernández, N. Cruza Leganés,

G. Vives Bonato, R. Fernández del campo y K. Morlans

UCI. Clínica Recoletas. Albacete.

Objetivo: Determinar el tipo e incidencia de complicaciones tras la realización de ACTP urgente y programada.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 127 estudios hemodinámicos, escogidos al azar comprendidos en el periodo desde enero 2002-enero 2003. Analizamos N° ACTP urgentes/programadas, vía de inserción femoral/radial, introductor/angioseal y complicaciones en cada grupo.

Resultados: De 127 estudios hemodinámicos se les había realizado ACTP urgentes a 9/127 (7%), de estas todas se realizaron por vía femoral (100%), se utilizó el introductor en 8/9 (88%), y como complicación presentó inestabilidad hemodinámica que requirió la introducción de amins 1/9 (11%). Complicaciones en total 11%. De las programadas (118), por vía femoral fueron 85/118 (72%), se utilizó el introductor en 79/85 (92%), y como complicaciones presentaron dolor precordial 11/118 (9,3%), reacción vagal 14/118 (11%), Fracaso renal leve 2/118 (1,6%), hematoma retroperitoneal 1/118 (0,8%), disección de la arteria coronaria 1/118 (0,8%) (0,8%), frialdad y parestesias del MMII y MMSS 3/118 (2,5%). Complicaciones en total 27%.

Conclusiones: A pesar de tener una muestra pequeña de ACTP urgentes, las complicaciones en proporción son menores que las complicaciones que aparecen en las ACTP programadas, aunque para ello habría que realizar un análisis prospectivo sobre el tema.

P220

TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

J. Escos Orta, J. González Cortijo, C. López Núñez, A. Nebra Puertas, M. Andrés Vargas y J. Larraga Sabate

Medicina Intensiva. Clínico Universitario, Zaragoza. Medicina Intensiva. Miguel Servet, Zaragoza. Cardiología. Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivo: Análisis del tratamiento fibrinolítico del infarto agudo de miocardio (IAM): criterios de utilización, complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: UCI polivalente de 17 camas con 4671 ingresos entre enero de 1997 y diciembre de 2000 de los que 924 fueron IAM.

Resultados: De los 924 pacientes se instauró tratamiento fibrinolítico en 499 (54%), siendo el más utilizado el rt-PA con 485 (97,1%). Fallecieron 114 pacientes (12,1%) siendo 59 pertenecientes al grupo de fibrinolisados y 55 al de no fibrinolisados. La causa más frecuente de no instaurar tratamiento fibrinolítico fue el tiempo de evolución > 6 horas y con criterios enzimáticos o electrocardiográficos de necrosis en 230 casos, en 28 pacientes por contraindicación absoluta, en 37 casos por realización de ACTP primaria y en 97 casos no existían criterios electrocardiográficos del segmento ST. En 8 casos se presentaron complicaciones mayores en forma de hemorragia intraparenquimatosa cerebral falleciendo el 75% de los pacientes y 28 complicaciones menores.

Conclusiones: 1) La fibrinólisis es una terapia ampliamente utilizada en el tratamiento del IAM. 2) El tiempo de evolución desde el comienzo de la clínica con criterios enzimáticos o electrocardiográficos de necrosis miocárdica constituye la causa más frecuente de no instaurar tratamiento fibrinolítico. 3) No está exento de complicaciones que incluso pueden ser letales.

P222

SÍNDROME DE DISQUINESIA APICAL TRANSITORIA: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE 5 CASOS

J. Jiménez Mazuecos, C. Barrera Ramírez, J. Peiraira Moral, R. Fuentes manso, J. Martín de la Torre, V. Moñivas, J. Fernández Díaz y J. Toquero Ramos

Cardiología. Clínica Puerta de Hierro, Madrid. Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Recientemente se ha descrito un nuevo síndrome cardiaco caracterizado por la aparición de una zona de disquinesia apical reversible en pocas semanas en pacientes que se presentan con síntomas, hallazgos electrocardiográficos y elevación enzimática similares al IAM pero sin estenosis coronarias angiográficas. Este síndrome es más frecuente en mujeres y suele existir un antecedente físico o psíquico que actuaría como desencadenante del cuadro.

Resultados: Presentamos 5 casos de pacientes que presentaron este síndrome. La edad media fue de $68,4 \pm 6$ años. Todos los casos ocurrieron en mujeres. El síntoma de presentación inicial más frecuente fue dolor atípico (60%), seguido de dolor típico (25%) o disnea (25%). Existían posibles desencadenantes clínicos en el 60% de los pacientes (1 caso de stress físico importante, otro de caída accidental y otro de pancreatitis). La elevación enzimática fue escasa con una mediana de 234 UI/ml (rango 550-200). La mayoría de las pacientes se presentó con un ECG con elevación del segmento ST en cara anterior, aunque en ocasiones también existía elevación del ST inferior y lateral. La evolución fue buena con recuperación total de la motilidad en todos los casos excepto una paciente que falleció de hemorragia cerebral a las 48 horas de la administración de trombolítico.

Conclusiones: El síndrome de disquinesia apical transitoria no es infrecuente en la práctica clínica habitual. Dada la similitud de la presentación con el IAM convencional es necesario un alto índice de sospecha en el diagnóstico dado que el manejo y el pronóstico es distinto de la cardiopatía isquémica general. Pacientes de sexo mujer, con síntomas atípicos y atc físicos o psíquicos recientes con elevación del ST anterolateral y poca o nula elevación enzimática que no se corresponde con los hallazgos electrocardiográficos deberían hacer pensar en esta entidad y ser referidos para coronariografía urgente evitando las complicaciones de la trombolisis. El pronóstico es bueno con recuperación de la función ventricular en pocas semanas.

P221

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE LA LESIÓN DE TRONCO COMÚN IZQUIERDO AISLADA

J. Llompert Pou, M. Fiol Sala, A. Carrillo López, J. Velasco Roca, J. Pérez Bárcena, S. Sánchez Pérez y O. Bonnin Cubianas

Medicina Intensiva. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: La lesión aislada de tronco común izquierdo (LTCI) es poco frecuente y a menudo pasa desapercibida. Con el fin de analizar la forma de presentación se realiza este estudio.

Métodos: Se han revisado retrospectivamente todos los casos de LTCI intervenidos quirúrgicamente en el periodo 1993-2001 con los siguientes criterios de inclusión: LTCI > 50%, sin lesión asociada en coronaria derecha (CD) ni lesiones asociadas en descendente anterior (DA) ni circunfleja (Cx) de mayor grado que la LTCI, ni presencia de material trombotico en DA y Cx. Se estudian 22 pacientes (p) de 60 ± 10 años, de los que 18 eran hombres y 4 mujeres.

Resultados: El motivo de ingreso hospitalario fue: síndrome coronario agudo (13/22), angina progresiva de esfuerzo (8/22) e insuficiencia cardíaca (1/22). El grado de lesión de LTCI fue de $76 \pm 12\%$ y se asoció a síncope en 1 caso, a disnea súbita en 8 casos, a muerte súbita en 1 caso y a hipotensión en 1 caso. La fracción de eyección basal con el p. asintomático era de $60 \pm 16\%$. El ECG basal fue inespecífico en el 55% de p. sin dolor y se observó cambio > 1 mm en < 4 derivaciones en el 66% de casos con dolor anginoso. Las derivaciones con mayor grado de cambio significativo ($p < 0,05$) con dolor fueron por este orden: descenso de ST en V3 y D1, ascenso de ST en VR y V1 y descenso de ST en D2 y V4.

Conclusiones: El diagnóstico de LTCI debe basarse en la sospecha clínica y en la lesión subendocárdica circunferencial y elevación de ST en VR y V1 en los trazados ECG practicados durante el episodio de dolor.

P223

TROMBOLISIS EN LAS DOS PRIMERAS HORAS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. EL ESTUDIO PRIMVAC

M. Francés Sempere, I. Echanove Errazti, J. Cebrían Doménech, C. Antón Tomás, J. Cardona Peretó y A. Mota López

Medicina Intensiva. Primvac. Insvacor. Valencia.

Objetivo: Estudio de las características basales de los pacientes (pts) con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) que reciben trombolíticos en las 2 primeras horas (T2H) del IAM.

Método: El 47% de 10.213 pts con IAM del registro PRIMVAC recibieron trombolíticos entre el 1/1/1995 y el 31/12/1999. El 29,2% de las trombolisis se realizaron en las 2 primeras horas del IAM. Se analizan variables clínicas al ingreso en T2H y en trombolisis realizadas con más de 2 horas de retraso desde el inicio del IAM (no T2H). Análisis univariado mediante χ^2 . Regresión logística para ajuste de variables del univariado.

Resultados: Los pts dislipémicos (33,1% vs 27,5% T2H), los < 70 años (32,7% vs 21,9% T2H), los fumadores (32,5% vs 26,5% T2H) y los varones (30,7% vs 22,9% T2H) tenían un porcentaje significativamente mayor de T2H que los pts sin estas variables. En los diabéticos era significativamente menor (23,8% vs 30,8% T2H). En el análisis multivariado, la diabetes (RR: 1,29; IC 95%: 1,10-1,52), la edad en intervalos de 10 años (RR: 1,02; IC 95%: 1,01-1,03) y el sexo femenino (RR: 1,24; IC 95%: 1,03-1,49) se asociaron a mayor porcentaje de no T2H y la dislipemia a menor porcentaje de no T2H (RR: 0,80; IC 95%: 0,70-0,92).

Conclusiones: Algunas variables clínicas presentes en el momento del ingreso se asocian a la frecuencia de la trombolisis farmacológica en las dos primeras horas del IAM.

P224

ANGINA INESTABLE E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ONDA Q Y CATETERISMO CARDIACO

J. Merino Vega, M. de la Torre Prados, I. Fernández García, M. Luque Fernández, M. Briones López, F. Hidalgo Gómez y A. García Alcántara
Medicina Intensiva. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivo: Analizar el perfil clínico de los pacientes ingresados por Urgencias hospitalaria con Síndrome Coronario Agudo (SCA), Angina Inestable e Infarto sin onda Q, y la prioridad en la realización del cateterismo cardíaco.

Metodología: Desde el 1 de mayo de 2001 al 31 de octubre de 2001, se estudian prospectivamente a 134 pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por SCA, ingresando según el nivel de riesgo, bien en la Unidad de Cuidados Intensivos o en planta de hospitalización.

Resultados:

	Sí		Mortalidad al año		Total		p*
	N = 36,23%	DS	n = 125,77%	DS	Media	DS	
Edad (años)	70	12	59	15	61	14	,000
Estancia (días)	6,6	5	4,3	2	4,7	5	,001

*T-test

	Sí		Mortalidad al año		Total		p**
	n	%	n	%	n	%	
Varones	25	66	91	66	116	71	ns
Bajo nivel cultural	8	31	15	14	23	18	,05
Riesgo social ingreso	1	16	10	8	16	10	ns
Activo laboralmente	1	3	38	31	39	24	,002
Patología no cardíaca	12	38	33	30	45	32	ns
No orientado al ingreso	9	8	8	16	18	12	,007
No movimientos precisión	11	30	15	12	26	16	,02
No tolerancia Esf. Físico	26	70	39	32	65	40	,000
Bienestar subjetivo	8	29	45	45	53	41	,01
Depresión	18	54	43	35,6	61	39,6	,00
Buena calidad vida	5	16	61	51	66	44	,000

** Chisquare

Conclusiones: La gestión del cateterismo cardíaco desde la UCI acorta la estancia media hospitalaria. La indicación del cateterismo precoz se fundamenta en el grado de riesgo de la Angina, en las alteraciones del ST y en la evolución clínica tórpida.

P226

COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

J. Escos Orta, C. López Núñez, J. González Cortijo, M. Andrés Vargas, A. Nebra Puertas y C. Sánchez Polo
Medicina Intensiva. Clínico Universitario, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la incidencia, evolución y relación con la localización del IAM de las complicaciones mecánicas del IAM.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en UCI polivalente de 17 en Hospital de tercer nivel que no dispone de Servicio de Cirugía Cardíaca entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2000 con los siguientes criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de IAM de cualquier localización que desarrollaron cuadro clínico de rotura cardíaca (clínica de disociación electromecánica + ingurgitación yugular), comunicación interventricular o insuficiencia mitral aguda (ambas diagnosticadas mediante Ecot transtorácico 2D). Ningún criterio de exclusión.

Resultados: Se obtuvieron un total de 3.490 ingresos de los cuales 677 fueron IAM. De estos 461 fueron varones y 216 mujeres con una media de edad de 66,8 años (42-89). La mortalidad global fue del 12,5%. Presentaron complicación mecánicas en la evolución del IAM: Rotura cardíaca 12 pacientes con una media de edad de 71,5 años (62-79) con predominio de sexo masculino (11/12). La localización anterior con 6 casos fue la más frecuente, seguida de la posterior con 4 casos y no Q en 2 casos. Recibieron tratamiento fibrinolítico el 50% de los pacientes. Fallecieron el 100% de los pacientes. Comunicación interventricular 4 pacientes con una media 72,2 años (70-77) e idéntica distribución por sexos. La localización del IAM anterior y la administración de tratamiento fibrinolítico se presentaron en un 75% de los casos cada uno. Fallecieron el 50% de los pacientes antes de recibir tratamiento quirúrgico Insuficiencia mitral aguda 3 pacientes con una media de 72 años (65-77) Se encontró predominio de sexo femenino, localización posterior del IAM y administración de tratamiento fibrinolítico en un 66% cada uno. Falleció 1 paciente (33%).

Conclusiones: 1) Las complicaciones mecánicas del IAM tienen una tasa de incidencia muy baja aunque presentan una elevada mortalidad. 2) Se presentan con mayor frecuencia en IAM de localización anterior.

P225

PERICARDITIS POST-IAM PRECOZ

J. Escos Orta, C. López Núñez, J. González Cortijo, M. Andrés Vargas y J. Larraga Sabate
Medicina Intensiva. H. Clínico Universitario, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la incidencia, criterios diagnósticos, tratamiento, evolución y relación con la localización del IAM de la pericarditis epistenoecárdica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en UCI polivalente de 17 camas entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2000 con los siguientes criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de IAM de cualquier localización que desarrollaron cuadro clínico de pericarditis post-IAM durante las primeras 72 h de evolución. Ningún criterio de exclusión.

Resultados: Se ingresaron 3.490 pacientes de los cuales 677 fueron IAM. De estos 461 fueron varones y 216 mujeres con una media de edad de 66,8 años (42-89). Presentaron cuadro clínico compatible con pericarditis post-IAM 22 pacientes (3,2%) cuya media de edad fue de 65,4 años con predominio de sexo masculino (85%). El 100% de los pacientes presentaron el cuadro clínico antes de las 48 horas. Roce pericárdico en el 36,3%. De estos control Ecocardiográfico en el 75% y derrame pericárdico en 1 caso. Se asoció en el 50% de los casos al IAM de localización anterior siendo el IAM sin onda Q la asociación menos frecuente (9,1%). El 54,5% de los pacientes con pericarditis no recibieron tratamiento fibrinolítico. Todos los pacientes fueron tratados con AAS via intravenosa con una evolución favorable.

Conclusiones: 1) La pericarditis post-IAM precoz es una complicación poco frecuente. 2) El diagnóstico se basa en la clínica. No siempre se ausculta roce pericárdico. 3) Se asocia al IAM anterior en la mayoría de los casos.

P227

ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DESDE UN HOSPITAL COMARCAL. EXPERIENCIA DE 18 MESES

J. Lobo Palanco, O. Agudo Pascual, M. Anguiano Baquero, J. Tihista Jiménez, T. Rubio Vela, R. Lezaun Burgui, M. Beunza Puñal y C. Maravi Petri

UCI. Hospital García Orcoyen, Estella. Cardiología. Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivo: Estandarizar una pauta de actuación para aplicar la angioplastia primaria (AP) y de rescate (AR) desde nuestro Hospital, técnicas que han demostrado su efectividad en la reperfusión del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y están disponibles permanentemente en nuestro centro de referencia cardiológico.

Métodos: Revisión retrospectiva de los 18 primeros meses de funcionamiento de esta pauta.

Resultados: En estos 18 meses se han atendido 65 IAM en nuestro centro, considerando susceptibles de esta técnica 26 pacientes. De éstos, 14 se derivaron para realizar AP. Su tiempo en Urgencias fue de 48 min. (25-80) y de traslado 40 min. La AP se realizó en 9 pacientes (2 pacientes fallecieron antes de Hemodinámica y 3 pacientes llegaron asintomáticos). Los vasos afectados fueron 4 Coronaria derecha, 4 descendente anterior (DA) y 1 circunfleja (Cx). En todos los casos se colocó Stent. En otros 5 pacientes se decidió Fibrinólisis (FL) y traslado, realizándose AR por no reperfusión en 3 de ellos. En otros 7 pacientes se realizó FL sin traslado por gran inestabilidad o por tiempo transcurrido. De estos 7, 3 tuvieron una buena evolución, 1 falleció en las primeras horas, 2 presentaron reIAM y otro shock. Estos últimos 3 se derivaron para AR, falleciendo dos de ellos de forma diferida. Los vasos afectados fueron 3 Cx, 1 DA y 1 marginal. En todas la AR se colocó Stent.

Conclusiones: El traslado de pacientes para intervencionismo coronario desde nuestro hospital es factible, con tiempos de traslado cortos. No se presentaron complicaciones adicionales inherentes al traslado ni en relación con el IAM.

P228

INDICACIONES DE CORONARIOGRAFÍA EN LA UC DE UN HOSPITAL SIN HEMODINÁMICA

M. Rey García, M. Taberna Izquierdo, N. Albalá Martínez, P. Cañizares Ortíz y M. Gabán Díez
M. Intensiva. Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivo: Analizar las indicaciones de coronariografía en la fase inicial del Síndrome Coronario Agudo (SCA) desde la unidad coronaria (UC) y la evolución a los 6 meses.

Métodos: SCA ingresados en la UC en 2000 y 2001. Comparación entre los pacientes que se envían a coronariografía (A) y los que no (B). Se recogen factores epidemiológicos, clínicos (IAM con elevación de ST y AI/IAM sin elevación de ST), ECG y tratamientos. Evolución para muerte o nuevo SCA a 6 meses. Estadísticas de chi cuadrado.

Resultados: De 425 SCA se enviaron 124 (29%) a coronariografía. Las características de los dos grupos se detallan en la tabla I y las diferencias se resumen así: hay más AI/IAM sin elevación de ST en el grupo A (75% frente a 37%) y más afectados de cara anterior (70% frente al 47). De los 112 cateterismos valorables, 24 (21%) fueron normales, 20 (18%) tenían enfermedad de tronco o tres vasos y 68 (60%) de 1-2 vasos. 98 (87%) tuvieron FE > 40% y 14 (13%) < 40%; se realizó cirugía a 13 (11%), ICP a 57 (50%) y 45 (39%) no se intervino.

Conclusiones: Mayor nº de AI en el grupo A y con afectación de cara anterior, no influyen otros factores. Peor evolución del grupo A. Tanto la indicación de coronariografía como el intervencionismo posterior están en rango bajo de las series.

P230

CAMBIOS EN LA ESTRATEGIA INVASIVA PRECOZ EN LA ANGINA INESTABLE (AI) E INFARTO NO Q (IAM NO Q)

J. Martín López, M. Colmenero Ruiz, M. Jiménez Quintana, F. Pino Sánchez, R. Domínguez Jiménez y A. Reina Toral
Unidad de Medicina Intensiva. H.U. Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Describir la atención a los pacientes con AI e IAM no q y sus cambios evolutivos, a raíz de las nuevas guías.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todos los pacientes con AI e IAM no q durante el 2001 y 2002. Las variables estudiadas fueron realización de cateterismo y ACTP durante su estancia en UCI y durante la estancia posterior en planta; utilización de antiagregantes orales e intravenosos. Se considera estrategia invasiva precoz la realización de cateterismo (y procedimiento terapéutico en su caso) en UCI. La 2ª comparación se llevó a cabo entre los años 2001 y el año 2002, mediante la considerándose significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 404 pacientes. El 49,5% fueron del 2001 y el 55,5% del 2002. Existieron diferencias significativas en cuanto al uso de estrategia invasiva precoz (13,5% vs 25,98% $p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro centro se ha observado un cambio en cuanto al uso de estrategia invasiva precoz frente a conservadora en los pacientes con SCA tipo AI e IAM no que en el año 2002 respecto al año 2001.

P229

INTERVENCIONISMO CORONARIO EN PACIENTES CON IAM DERIVADOS DESDE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Lobo Palanco, M. Anguiano Baquero, O. Agudo Pascual, J. Tihista Jiménez, R. Lezaun Burgui, M. Cesar y M. Aleu Roda
UCI. Hospital de Estella, Estella. Cardiología. Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Analizar todos los pacientes a los que se les ha realizado angioplastia como técnica de reperfusión de un IAM en pacientes derivados desde un Hospital comarcal.

Métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes trasladados en estos últimos 18 meses desde el Hospital Comarcal de Estella para realización de angioplastia primaria (AP) o de rescate (AR) en el contexto de un Infarto Agudo de Miocardio.

Resultados: En este período se realizó intervencionismo coronario en 14 pacientes, 9 AP y 5 AR. Los traslados se realizaron en 40 min. y sin incidencias. Para las AP, el tiempo de ingreso en el hospital comarcal fue de 46 minutos, en 5 ocasiones fueron IAM inferiores y en 4 anteriores. Los vasos responsables fueron 4 coronaria derecha (CD), 4 descendente anterior (DA) y 1 circunfleja (Cx). Siete pacientes recibieron AP/Stent, 2 necesitaron 2 angioplastias/stent y uno AP/stent y angioplastia. Buen resultado angiográfico en todos. Se administró Reopro en 3 pacientes. Presentaron shock 3 pacientes, falleciendo uno de ellos postAP. Se colocaron 4 balones de contrapulsación (BCP). En 5 pacientes se indicó AR por no reperfusión, por shock o reIAM postfibrinólisis. De éstos, 2 presentaron shock precisando BCP, falleciendo de forma diferida. Los vasos responsables fueron 3 Cx y 2 DA. En 4 pacientes se realizó angioplastia/Stent con buen resultado angiográfico y en 1 angioplastia con resultado subóptimo.

Conclusiones: El tiempo de traslado de estos pacientes es corto. Los resultados globales son buenos. En pacientes en shock son pobres, aunque el traslado no empeoró su situación preangioplastia.

P231

EPIDEMIOLOGÍA DEL IAM SEGÚN SU LOCALIZACIÓN: INCIDENCIA, DISTRIBUCIÓN POR SEXOS, EDAD DE PRESENTACIÓN

J. Corchero Martín y O. Gavín Sebastián
UCI. Hospital Provincial de Zaragoza, Zaragoza. Hematológica. H. Clínico Universitario, Zaragoza.

Objetivos: Estudio de la epidemiología del infarto agudo de miocardio (IAM) en Zaragoza (incidencia, distribución por sexos, demoras asistenciales, edad media y estancias) atendiendo a su diferente localización.

Metodología: Se estudiaron 697 casos de IAM de inicio extrahospitalario atendidos en UCI determinado su localización (anterior, posteroinferior, inferior, no Q, lateral, posterior y septal) edad media, distribución por sexos, demoras asistenciales (extra e intrahospitalarias) y estancias.

Resultados: La localizaciones más frecuentes fueron la anterior 29%, no Q 25%, inferior 18%. La edad media de presentación fue de 65,71 años con un máximo de 68,28 para el anterior y un mínimo de 63,23 para el inferior. El 76,5 de los casos en varones con un máximo de 81% para el inferior y un mínimo de 69% es el anterior. El 24% en mujeres con un máximo de 30% en anteriores y un mínimo del 18% en inferiores. La demora extrahospitalaria media fue de 7,37 horas con un máximo de 7,79 para los anteriores y un mínimo de 5,37 para los posteriores. La demora intrahospitalaria media fue de 1,38 horas con un máximo de 1,71 para el posterior y un mínimo de 1,2 para el anterior. La estancia media fue de 4,01 días con un máximo de 4,34 para los posteriores y un mínimo de 3,61 días para los posteroinferiores.

Conclusiones: La localización más frecuente es la anterior en ambos sexos, presenta asimismo la mayor edad media y la mayor demora extrahospitalaria y la menor intrahospitalaria. La mayor demora intrahospitalaria y la menor extrahospitalaria presenta el IAM posteroinferior. Estancia media de 4,01 días.

P232

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: LOCALIZACIÓN

J. González Cortijo, J. Escos Orta, C. López Núñez, B. Virgos Señor, B. Obón y B. Villanueva Anadón
Medicina Intensiva. H. Clínico Universitario, Zaragoza.

Objetivo: Distribuir los infartos agudos de miocardio ingresados en nuestra unidad atendiendo a criterios electrocardiográficos según localización topográfica.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en UCI coronaria y polivalente de 17 camas entre el 1 de enero de 1998 y 31 de diciembre de 2000 con los siguientes criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de IAM sin criterios de exclusión.

Resultados: Se obtuvieron un total de 3.490 ingresos de los cuales 677 fueron IAM. De estos, 461 fueron varones y 216 mujeres con una media de edad de 66,8 años (42-89). La mortalidad global fue del 12,5%. Distribuimos los IAM según localización topográfica atendiendo a criterios electrocardiográficos obteniendo los siguientes resultados: Anterior: 161 casos Septal: 30 Posteroinferiores: 152 casos Inferior: 110 casos Lateral: 25 casos Sin onda Q: 132 casos Posterior: 36 casos.

Conclusiones: 1) En nuestra serie el IAM de localización anterior fue el más frecuente. 2) El 20% de los pacientes con IAM no presentaron onda Q en el electrocardiograma. 3) La localización lateral del IAM fue la menos frecuente en nuestra serie de pacientes.

P234

FACTORES DE RIESGO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ADULTOS JÓVENES

E. Jimeno Lecina, M. Yuste Ossorio, A. Estivill Torrus, S. Narbona y F. González Díaz
UCI. H. San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar el perfil del adulto joven, que ingresa en UCI por cardiopatía isquémica. Tipo de estudio: descriptivo prospectivo. Sujetos de estudio: 25 varones menores de 50 años, inclusive, ingresados en UCI entre abril del 2001 y abril del 2002, por cardiopatía isquémica: infarto agudo de miocardio (IAM). Variables: se analizaron: edad, tipo de cardiopatía isquémica, tratamiento recibido, factores de riesgo: HTA, tabaco, colesterol, triglicéridos, diabetes, obesidad... Método estadístico: análisis descriptivo: frecuencia, desviación típica, porcentajes...

Resultados: La edad media fue $43 \pm 5,8$; antecedentes familiares referían 5 (28%), tabaco 15 (60%), HTA 7 (28%); el colesterol medio fue 196 ± 59 , tag 163 ± 73 ; tipo de infarto: inferior 11 (44%), anterior 10 (40%), no Q 4 (16%); tratamiento administrado fibrinólisis 16, (64%), agrastat 2 (8%).

Conclusiones: Existe un porcentaje de enfermos sin factores de riesgo clásicos. Un 72% de los enfermos desconoce si es hipertenso. Son más frecuentes en este grupo los infartos que requieren fibrinólisis.

P233

INFLUENCIA DEL SEXO Y LA EDAD EN LAS DEMORAS ASISTENCIALES, FIBRINOLISIS, MORTALIDAD Y ESTANCIA MEDIA

J. Corchero Martín, O. Gavin Sebastián y E. Civeira Murillo
Medicina Intensiva. H. Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza. Hematología. Clínico Universitario, Zaragoza. Medicina Intensiva. Clínico Universitario, Zaragoza.

Objetivos: Estudiar las demoras asistenciales, aplicación de fibrinolítico, mortalidad y estancia media en el infarto agudo de miocardio (IAM) en Zaragoza.

Metodología: Se determinó en los infartos atendidos en UCI las demoras asistenciales extra e intrahospitalarias, administración o no de fibrinólisis, estancia media y mortalidad en la población total y por sexos y edad (> y < de 75 años).

Resultados: Se estudiaron 697 casos de IAM (167 mujeres-545 varones) con una edad media de 65,71 años (167 > de 75 años-530 < de 75 años). La demora prehospitalaria media fue de 7,37 horas (10,66 > 75 años, 6,44 en < 75 años, 9,71 mujeres, 6,63 varones), la intrahospitalaria 1,38 horas (1,51 mujeres, 1,33 varones, 1,38 < 75 años, 1,36 > 75 años). Se administró fibrinólisis al 47,20% de los pacientes (49,08% en < 75 años, 40,52% en > 75 años, 48,50% mujeres, 46,79% varones). La estancia media fue de 4,01 días (3,93 mujeres, 4,04 varones, 4,13 > 75 años, 3,98 < 75 años). La mortalidad global fue del 11,19% (20,96 en mujeres, 8,11 varones, 23,53% > de 75 años, 7,72 < 75 años).

Conclusiones: Las demoras asistenciales son excesivas en nuestra comunidad especialmente la prehospitalaria por lo que habrá que plantearse estrategias para reducirlas. Se administró fibrinólisis a un porcentaje aceptable de pacientes. La mortalidad se encuentra dentro de la media y destaca la de las mujeres y mayores de 75 años. La estancia media es bastante homogénea y no varía con la edad ni el sexo.

P234bis

CUMPLIMIENTO DE LAS DIRECTRICES SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

A. Melgarejo Moreno, J. Galcerá Tomás, J. Murcia Paya, Ortín Katnich, F.J. Gil Sánchez, J. Martínez Hernández, N. Alonso y S. Rodríguez Fernández
Hospital Santa María del Rosell, Cartagena. H. V. Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Conocer mediante un ciclo de evaluación y mejora el grado de adhesión al cumplimiento de las directrices sobre el manejo de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM).

Métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados con IAM en UCI durante un periodo de dos años. En el primer año de evaluación, 1ª fase, se registraron características basales y socioculturales, tiempo hasta el tratamiento de reperfusión (TR), proporción de pacientes que recibieron TR, aspirina (AAS), betabloqueantes (BB), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), hipolipemiantes y consejo sobre el hábito tabáquico. Tras conocer los resultados de la 1ª fase, estos se difundieron entre los profesionales relacionados con esta patología. En la 2ª fase, de mejora, se registran las diferencias respecto a los grados de adhesión a las directrices señaladas.

Resultados: Durante el estudio ingresaron 714 pacientes con IAM, 345 en la 1ª fase y 369 en la 2ª fase. No se registraron diferencias entre las características basales y socioculturales de las poblaciones en las dos fases. En la 2ª fase hubieron más IAM no Q (31% vs 19%, $p < 0,05$), y el intervalo puerta-aguja para recibir TR mostró una tendencia a disminuir (38 vs 50 minutos). Aunque existió una mejora en todos los casos, no se obtuvieron diferencias significativas entre 1ª y 2ª fase en el tratamiento con: AAS, 93% vs 95,6%; BB, 43% vs 57%; IECAs, 42% vs 53%; TR, 91,1% vs 95,7%. Sí fueron significativas las diferencias en el tratamiento hipolipemiente al alta 52,7% vs 68,4%, $p < 0,001$, y en el consejo sobre el hábito tabáquico (5% vs 20%, $p < 0,01$) entre ambas fases.

Conclusiones: El grado de adhesión a las directrices del manejo de los pacientes con IAM es elevado en el caso de AAS, IECA y TR, existe una oportunidad de mejora para incrementar el empleo de BB. Se han registrado mejoras significativas en el empleo de hipolipemiantes y en el consejo sobre el hábito tabáquico.