

Morbilidad y mortalidad intrahospitalaria del síndrome coronario agudo en el hospital “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas

Intra-hospital Morbidity and Mortality of Acute Coronary Syndrome, at “Dr. Ernesto Guevara” Hospital, Las Tunas

Autores: Dr. Emiliano Izaguirre Cabreja*, Dra. Yirleydis Desdin Hernández**, Dra. Nurys Diéguez Andrés***.

*Especialista de I Grado en Cardiología. Profesor Instructor. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

** Especialista de I Grado en MGI. Profesor Instructor. Residente de Imagenología. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

*** Especialista de II Grado en Medicina Interna y Terapia Intensiva del Adulto. Profesora Auxiliar, Consultante. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Yirleydis Desdin Hernández

E-mail: desdin@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de determinar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria por Síndrome Coronario Agudo (SCA), en la Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos (UCCI) de Cardiología del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, en el municipio Las Tunas, Provincia Las Tunas, en el período comprendido desde el 1ro de enero al 31 de diciembre del 2007. El universo de trabajo estuvo representado por los pacientes ingresados en esta sala con diagnóstico o sospecha de SCA, de los cuales se tomaron como muestra los casos con diagnóstico definitivo al alta hospitalaria o por fallecimiento. Los 358 coronarios agudos del registro de pacientes de la UCCI fueron analizados, tomando como variables la edad, sexo, morbilidad y mortalidad intrahospitalaria. Conclusiones fundamentales del trabajo fueron: el sexo predominante fue el masculino,

con una relación hombre - mujer dentro del SCA de 1.13; el grupo de edades de mayor afectación para ambos sexos fue el de mayores de 70 años. Las complicaciones graves encontradas fueron: shock Cardiogénico, taquicardias ventriculares y fallo ventricular agudo, con un importante papel en la mortalidad, especialmente el shock Cardiogénico, con un 70%, aunque la más frecuente fue la isquemia residual, la mortalidad global fue de 5.86%, siendo mayor en particular en las féminas.

Palabras clave: SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Descriptores: SÍNDROME CORONARIO AGUDO/mortalidad, SÍNDROME CORONARIO AGUDO/complicaciones.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was carried out aimed at determining the behavior of intra-hospital morbidity and mortality by acute coronary syndrome (ACS) at the Coronary Care Unit (CCU) of "Dr. Ernesto Guevara" Hospital from January 1st to December 31st, 2007. The universe was made up by all the patients admitted at the CCU with a confirmed or presumable diagnosis of ACS. The sample included all the patients with a confirmed diagnosis of acute coronary syndrome (ACS) at the moment of discharge or death. The 358 cases with acute coronary syndrome filed at the CCU were analyzed, taking as variables age, sex, as well as intra-hospital morbidity and mortality. The study showed that the male sex prevailed with a relation man – women within ACS of 1.13. The most affected age group in both sexes was that of 70 years and older. The most serious complications were cardiogenic shock, ventricular tachycardia and left ventricular failure. An important role in mortality was played by cardiogenic shock with a 70%, but the most frequent one was recurrent ischemia. The global mortality was 5.86%, being particularly greater in females.

Key words: ACUTE CORONARY SYNDROME/mortality, ACUTE CORONARY SYNDROME/complications.

Descriptors: ACUTE CORONARY SYNDROME/mortality, ACUTE CORONARY SYNDROME/complications.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías cardiovasculares, las originadas en la vasculatura coronaria se encuentran en un lugar preponderante, siendo el síndrome coronario agudo el de mayor gravedad, debido a su alta incidencia, sus complicaciones, los altos costos que genera su

manejo y rehabilitación, produciendo además un gran número de defunciones por dicha causa. (1) La enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias constituye la causa fundamental en todas las formas del SCA. La Angina Inestable Aguda (AIA) y el IMA son sus formas más comunes de presentación, y representan dos de las formas más graves de cardiopatía isquémica, la cual es la primera causa de muerte en el mundo, significa el 25% de todas las muertes en los EEUU, en Latinoamérica y en muchos países de Europa. Tanto es así, que en Cuba desde hace más de 45 años las enfermedades coronarias ocupan la primera causa de muerte hasta la fecha. (2, 3, 4) Sin duda, esta provincia no ha sido la excepción, en la misma hasta el año 2006 la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes es de 171.3 en enfermedades del corazón, acompañada de una tasa del potencial de años perdidos por cada 100 habitantes y es de 27.6 años. (5) Numerosos son los esfuerzos que se realizan en todo el mundo y en nuestro país por reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. (6) Las UCCI han demostrado su efectividad en reducir los indicadores de morbimortalidad en este grupo de pacientes, con una actuación rápida en cuanto a conductas médicas, ya sea vigilancia de signos de agravamiento o tratamiento oportuno por personal, que se hace cada vez más experto. Esta unidad tiene ya poco más de cuatro años de trabajo, por tal motivo se quiso realizar esta investigación, con la que se pretende conocer y reflexionar acerca de los resultados de trabajo, en cuanto la modificación de los ya mencionados indicadores de morbimortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Del total de ingresados por sospecha de SCA, en la sala de UCCI del Hospital provincial "Dr. Ernesto Guevara" en las Tunas, se tomó como muestra el grupo confirmado al alta o fallecido con este diagnóstico. Se realizó un estudio retrospectivo del mismo, usando como fuente el libro médico de registro de ingreso y egreso, cuyos datos están acorde con las necesidades de control estadístico nacionales, se tiene un reporte mensual, trimestral y anual, así como de las historias clínicas de los pacientes. Los datos obtenidos fueron vaciados en una planilla de recolección de datos y luego procesados estadísticamente, presentados en tablas y reflejados en porcentajes. Las variables estudiadas fueron edad, sexo y morbilidad, para lo cual se tuvieron en cuenta las complicaciones graves presentadas en sala (arritmias cardíacas, isquemia residual, fallo ventricular agudo, Shock Cardiogénico y muerte) y finalmente la mortalidad, que estuvo dada por los fallecidos en la UCCI. Para el diagnóstico particular se consideró AIA, cuando no hubo elevación de las

enzimas cardiacas (TGO y CPK), y para IMA con o sin elevación del ST, cuando sí se elevaron las enzimas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De los 358 pacientes con SCA 187 fueron los de IMA, para un 52.2%, y con AIA un total de 171 pacientes, para un 47.8%. Al analizar el sexo la distribución fue la siguiente: 190 eran hombres, para un 53.1% y de ellos con IMA 118, para un 32.9%; las mujeres ocuparon un total de 168 coronarios agudos, para un 46.9% y, de ellas, con IMA un total de 69, para un 19.3%. Con una relación hombre-mujer dentro del SCA de 1,13 (**tabla 1**).

TABLA 1. Distribución del SCA según sexo

SCA	Masculino		Femenino		Total		Relación
	No	%	No	%	No	%	
IMA	118	32.9	69	19.3	187	52.2	-
AIA	72	20.2	99	27.6	171	47.8	-

Al correlacionar los grupos de edades y el sexo dentro del SCA, se observó que la mayor incidencia fue a partir de los 50 años en adelante para ambos sexos, y el grupo de edades de mayor afectación fue el de 70 y más, con predominio numérico para el sexo femenino (20.7%), pero si se considera el grupo de mas de 60 años, entonces constituye el 60.6% de la muestra total y si se agrupa a los mayores de 50, entonces el porcentaje asciende a 83.8. Decreciendo vertiginosamente el número de casos en los grupos menores de 49 años e, incluso, en el grupo de 30 años y menos, donde se comportó cero casos (**tabla 2**).

TABLA 2. Distribución del SCA según edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menores de 30	-	-	-	-	-	-
30 - 39	11	3.1	2	0.6	13	3.7
40 – 49	31	8.7	14	3.9	45	12.6
50 – 59	45	12.6	38	10.6	83	23.2
60 - 69	42	11.7	40	11.2	82	22.9
Mayores de 70	61	17	74	20.7	135	37.7
Total	190	53.1	168	46.9	358	100

La isquemia residual fue la complicación más frecuente y la menos responsable de mortalidad, siendo las arritmias ventriculares malignas, el fallo ventricular agudo y el shock Cardiogénico las complicaciones graves de mayor peso en la mortalidad, por ese mismo orden siendo en todos estos grupos mayor mortalidad en las féminas que en los varones, excepto en las arritmias, que se comportaron similares. El shock Cardiogénico fue el mayor causante de muerte en general y en particular en cada sexo, con 62.5 en varones y 71.4 en las mujeres, la mortalidad global de la muestra fue baja, un 5.87% (tabla 3).

TABLA 3. Distribución según el tipo de complicaciones y sexo

Complicaciones	Masculino				Femenino			
	Vivos		Fallecidos		Vivos		Fallecidos	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Arritmias	3	50	3	50	3	50	3	50
Isquemia Residual	8	88.9	1	11.1	6	85.7	1	14.3
Fallo Ventricular Agudo	2	66.7	1	33.3	1	33.4	2	66.6
Shock Cardiogénico	3	37.5	5	62.5	2	28.6	5	71.4

El estudio llevado a cabo en el ICCCV en la Habana refleja claramente los índices de ascenso de factores de riesgo coronario en la población cubana, denotando al sedentarismo en un 53.6%, la obesidad en un 47.8%, HTA en un 33.5% y el tabaquismo en un 31.2%. Se observa un aumento del porcentaje de energía, aportado por la grasa total y grasas saturadas, debido al mayor consumo de huevos, leche y derivados lácteos en detrimento de los hidratos de carbono, por menor consumo de cereales y legumbres, así como evidencia de consumos insuficientes de frutas y verduras en todos los grupos de población. (7,8) En el estudio realizado en el municipio de "10 de Octubre" de nuestra capital luego de monitoreo de 3011 pacientes de ambos sexos, con edades entre 25 y 64 años, durante un período de cinco años, se tomó la muestra de 2535 de ellos, con el objetivo de determinar la incidencia de factores de riesgo coronario. Luego de este arduo trabajo se reafirmaron las enfermedades cardiovasculares y, entre ellas, la cardiopatía isquémica como causa primera de muerte; la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo coronario más importantes para la mortalidad general y, en especial, para la causada por infarto miocárdico agudo, corroborándose lo antes expuesto. (9-11) La edad y el sexo son factores ampliamente abordados, como condiciones predisponentes de la enfermedad coronaria. Datos epidemiológicos, recogidos en nuestro país a partir del año 1997, analizaron estos aspectos; es mucho más frecuente cualquier forma de cardiopatía isquémica a partir de los 55 años de edad, fundamentalmente en los hombres, aunque, en el caso de las mujeres, prácticamente se iguala después que éstas alcanzan la menopausia, debido a cambios en el influjo hormonal. (12-14) La menopausia acelera en tres veces el riesgo de EC. Las féminas son más numerosas como grupo etáreo, a partir de los 55 años se pierde el factor protector antiaterogénico del endotelio vascular, que les proporciona la secreción hormonal de estrógenos y progestágenos en la etapa premenopáusica, de tal manera que si hasta los 45 años la incidencia de CI en las mujeres es del 1%, en la década de los 50 la incidencia es la mitad que en el hombre, y a los 60 años se igualan en el hombre y la mujer, (15,16) Otros estudios nacionales, como el realizado en la provincia de Pinar del Río, se corresponden al obtener que la edad de los pacientes tratados osciló entre 35 y 86 años, con una media de 56,7 años, (11) de igual manera en el estudio realizado en la UCCI del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luís Díaz Soto" de la ciudad de la Habana. Se observó un predominio en las edades mayores de 60 años (80.6%). En cuanto al sexo, fue observado un predominio del sexo femenino (62.4%), principalmente en los pacientes

con edades superiores a 60 años. (17) Estudios internacionales recogen resultados similares a los mencionados. (18)

Estudios nacionales e internacionales dividen las complicaciones en cardíacas y extracardiacas, en esta investigación solo se refiere a las de origen cardíaco, ya que se llevaron el mayor número de fallecidos, por lo que presente trabajo difiere con las bibliografías comparadas, en las que hubo un predominio de la bronconeumonía nosocomial, ya que aparece en pacientes con larga estadía hospitalaria, en este universo solo se presentó un caso, lo cual puede estar relacionado con la corta estadía de los IMA no complicados, pero si se coincide dentro de las cardíacas con la frecuencia que muestran. (19, 20) Estudio llevado a cabo por el Dr. Carlos A. Delfín Ballesteros y colaboradores en UCCI del Hospital Universitario "General Calixto García", la Habana, presentó reportes de complicaciones letales similares a los de presente trabajo. (21)

CONCLUSIONES

El sexo predominante fue el masculino, con una relación hombre - mujer estrecha. El grupo de edades de mayor afectación para ambos sexos fue el de mayores de 70 años. Las complicaciones graves encontradas fueron el shock Cardiogénico, las taquicardias ventriculares y el fallo ventricular agudo, con un importante papel en la mortalidad, especialmente el shock Cardiogénico con el mayor por ciento de los casos. La mortalidad global fue baja, siendo mayor en las féminas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Dessotte C, Dantas R, Schmidt A, Rossi L. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)* [serial on the Internet]. (2011, Sep), [cited December 17, 2012]; 19(5): 1106-1113. Available from: Academic Search Premier.
2. Echavarría-Pinto M, Juárez-Herrera Ú, Meillón-García L, Martínez-Sánchez C. Complicaciones hemorrágicas del tratamiento de los síndromes coronarios agudos. (Spanish). *Archivos De Cardiología De México* [serial on the Internet]. (2011, July), [cited December 17, 2012]; 81(3): 228-239. Available from: Academic Search Premier.
3. Ministerio de Salud Pública. Principales causas de muertes de todas las edades. Anuario estadístico 2006.

4. Registro provinciales de cardiopatía isquémica. Servicio de Cardiología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna, Las Tunas 2010.
5. Dirección Provincial de Salud. Anuario provincial de estadística Las Tunas. Record hasta el 2006.
6. Jaume Marrugat: Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en mujeres Revista Española de Cardiología. 2006: 59(3): 264-274.
7. Registros nacionales de cardiopatía isquémica del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardio Vascular, 2011.
8. Armas Rojas Nurys B. XV Simposio internacional de cardiología intervencionista. . Epidemiología de la cardiopatía isquémica en Cuba, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardio Vascular; 2007.
9. Arce FN, de Dios LA, Rodríguez AO. Prevalencia de factores de riesgo coronario en "10 de Octubre". Su evolución a los 5 años. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas 2011;15(1):14-20
10. El manejo del síndrome coronario agudo. (Spanish). El Farmacéutico Hospitales [serial on the Internet]. (2011, Dec), [cited December 17, 2012]; (198): 18-20. Available from: Academic Search Premier.
11. Castillo López Beatrice Dora. Caracterización de los pacientes fallecidos por infarto del miocardio agudo. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2007;6(1) Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_1_07/mie08107.htm
12. Debs Pérez, Giselle et al. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de 5 años? Rev. Cubana Cardiol Cardiovas 2011; 15(1):6-13
13. Sera Blanco, Richard Alexander et al. Caracterización del SCA sin onda Q en la UCCI del Hospital General Docente "LEOPOLDITO MARTÍNEZ", San José de las Lajas. Revista de Ciencias Médicas la Habana 2007; 13 (2). Disponible en URL: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab02207.htm.
14. González FI, Rojas AE, Moreno MG, Vargas OG, Cabrera CJR. Comportamiento de la letalidad por IMA en la unidad de cuidados coronarios del H.A.S. en el año 2004. Revista Universidad Médica Pinareña. 2005;1(1) Disponible en URL: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-estud/rev-estud91/rev-estud911.html>
15. Gómez Padrón MV, Toledo Quesada A, Castellanos Dumois A, Herrera ML. Trombólisis en el infarto agudo del miocardio. Análisis de los tiempos de demora. Rev Cub Med 2011;40(2):91-5.

16. Rizo Rivera G, Ramírez Gómez J, Gómez García Y. Enfoque actual sobre la fisiopatología del síndrome coronario agudo. (Spanish). *Revista Cubana De Medicina* [serial on the Internet]. (2009, July), [cited December 17, 2012]; 48(3): 71-87. Available from: Academic Search Premier.
17. Barba Evia J. Síndrome coronario agudo: Marcadores de lesión miocárdica. (Spanish). *Revista Mexicana De Patología Clínica* [serial on the Internet]. (2007, July), [cited December 17, 2012]; 54(3): 116-135. Available from: Academic Search Premier.
18. Salazar Weil E. Experiencia en el tratamiento del infarto del miocardio en una unidad de cuidados intensivos. Hospital General de Zona 1. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med IMSS* 2010; 42 (1): 61-7.
19. Delfín Ballesteros, Carlos A et al. Infarto agudo del miocardio en la UCIE. *Rev Cub Med Intensiva y Emergencias* 2006; 5(4):571-577
20. Heras Magda. Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 59(4):371-81
21. Hernández S, Flores Molina J, Lomelí H, Sánchez C, Mondragón L, Hernández G, et al. Impacto del uso de rosuvastatina en los primeros días de un síndrome coronario agudo en la función endotelial y el poder oxidativo. (Spanish). *Archivos De Cardiología De México* [serial on the Internet]. (2008, Oct), [cited December 17, 2012]; 78(4): 379-383. Available from: Academic Search Premier.