

Síndrome coronario agudo y muerte súbita en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias

Acute coronary syndrome and sudden death in patients attended at the Emergency Department

Dr. Manuel Chaple La Hoz y Dra. Diana Calderón Mantilla 

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Hospital Verdi Cevallos Balda del Cantón Portoviejo. Manabí, Manta, Ecuador.

Full English text of this article is also available

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 18 de abril de 2017
Aceptado: 18 de mayo de 2017

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, Muerte súbita, Enfermedad coronaria, Factores de riesgo

Key words: Acute coronary syndrome, Sudden death, Coronary disease, Risk factors

Sr. Editor:

La muerte súbita probablemente sea el desafío más importante de la cardiología moderna. La incidencia de MS aumenta gradualmente con la edad, pero de manera significativa a partir de los 35-40 años, y es particularmente alta en la fase aguda del Infarto agudo de miocardio. También es frecuente en la fase crónica de esta enfermedad y en cualquier cardiopatía^{1,2}. Los síndromes coronarios agudos son definidos como los cuadros clínicos que se presentan súbitamente por compromiso de la circulación coronaria, de ahí que sea la causa más frecuente el desbalance entre la oferta y la demanda de oxígeno por el músculo cardíaco, secundaria a una obstrucción del vaso coronario a partir de la fractura de la placa de colesterol que yace dentro del vaso, entre las capas íntima y media^{3,4}. En Ecuador las enfermeda-

des cardiovasculares, actualmente ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad⁵. Según datos del Ministerio de Salud, en 2009 se registró una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 6,5 por 100 mil habitantes; para 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) informó que esa tasa ascendió a 14,1 por 100 mil habitantes⁵.

El objetivo de la investigación fue determinar la incidencia de síndrome coronario agudo, muerte súbita, y factores de riesgo coronario asociados, en pacientes con dolor torácico.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, no experimental en una población de 14187 pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital Verdi Cevallos Balda del Cantón Portoviejo, en Ecuador, en el período de noviembre de 2009 a octubre de 2010. La muestra quedó constituida por los 204 que ingresaron por dolor torácico isquémico.

Se consideraron las variables sexo, edad, procedencia, presentación clínica y factores de riesgo. Se seleccionaron y analizaron sus historias clínicas para aplicar la ficha de recolección de datos, posteriormente se obtuvo y se tabuló la información. Los re-

 D Calderón Mantilla
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Av. Circunvalación, Manta, Ecuador.
Correo electrónico: revista.corsalud@gmail.com

sultados se presentan en tablas y gráficos, y según estos se puede señalar que la incidencia de dolor torácico isquémico en el Servicio de Emergencias del Hospital Verdi Cevallos es de 1.43 (204/14187).

El 69,1% de los pacientes fueron del sexo masculino, con predominio del grupo de edad entre 40 y 70 años (52,4%), seguidos de los de más de 70 (42,2%). Solo un 5,4% tenía menos de 40 años.

El 62,7% de la muestra (128 pacientes) tuvo diagnóstico de angina inestable, 5 (2,4%) presentaron infarto agudo de miocardio y solo 1 (0,5%), muerte súbita (**Figura 1**).

En la **tabla 1** se describen los factores de riesgo cardiovascular. Cabe señalar que hubo pacientes sin ningún factor

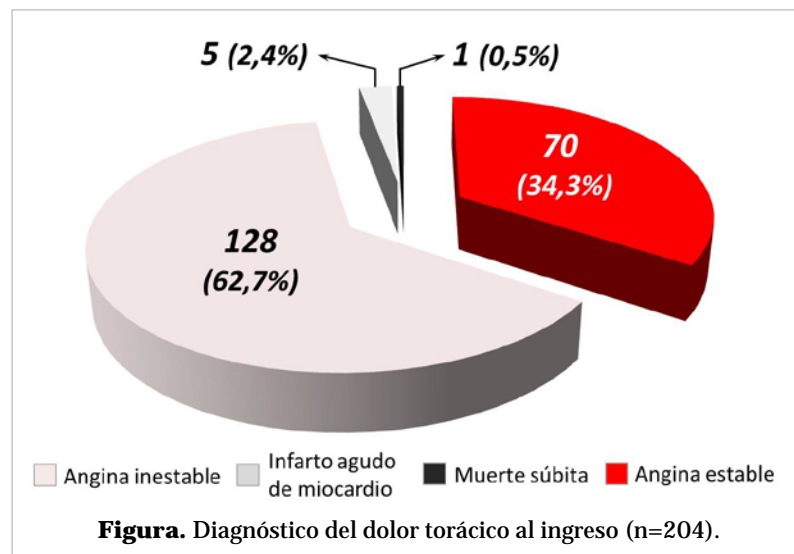


Tabla 1. Distribución de pacientes según su principal factor de riesgo cardiovascular (n=204).

Factor de riesgo	Nº	%
Hipertensión arterial	75	36,7
Tabaquismo	24	11,8
Antecedentes familiares	14	6,9
Diabetes mellitus	5	2,4
Infarto previo	22	10,8
Angina previa	40	19,6
Dislipidemia	12	5,9

Tabla 2. Distribución de pacientes según los hallazgos en el electrocardiograma.

Factor desencadenante	Nº	%
Elevación del segmento ST o BRIHH de nueva aparición	5	2,4
Depresión del segmento ST o inversión de la onda T	196	96,1
Cambios inespecíficos o no diagnósticos en segmento ST u onda T	3	1,5
Total	204	100

BRIHH, bloqueo de rama izquierda del haz de His.

de riesgo demostrable. Predominó la hipertensión arterial (36,7%), seguida del antecedente de angina de pecho (19,6%), el tabaquismo (11,8%) y el infarto previo (10,8%).

Entre los 204 pacientes atendidos, el 96,1% presentó infradesnivel del segmento ST o inversión de la onda T en el electrocardiograma, un 2,4%, elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda del haz de His de nueva aparición, o presumiblemente nuevo; y el 1,5%, cambios inespecíficos o electrocardiograma normal (**Tabla 2**).

En este estudio se encontró que por causa del dolor torácico agudo acudieron al Servicio de Emergencias del hospital un mayor porcentaje de pacientes con dolor precordial de origen coronario agudo; estos resultados coinciden con otras investigaciones^{3,4}. Los pacientes que ingresaron fueron predominantemente hombres, con edades entre 40-70 años y diagnóstico de angina inestable. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial.

Aunque la incidencia de muerte súbita fue baja (0,5%), urge la necesidad de programas educativos a la población y la implementación de unidades de dolor torácico en los hospitales del país.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Bayés de Luna A, Elosua R. Muerte súbita. Rev

- Esp Cardiol. 2012;65(11):1039-52.
2. Subirana MT, Juan-Babot JO, Puig T, Lucena J, Rico A, Salguero M, *et al.* Specific characteristics of sudden death in mediterranean Spanish population. Am J Cardiol. 2011;107(4):622-7.
 3. Nikus K, Pahlm O, Wagner G, Birnbaum Y, Cinca J, Clemmensen P, *et al.* Electrocardiographic classification of acute coronary syndromes: A review by a committee of the International Society for Holter and Non-Invasive Electrocardiology. J Electrocardiol. 2010;43(2):91-103.
 4. Myerburg RJ, Junttila MJ. Sudden cardiac death caused by coronary heart disease. Circulation. 2012;125(8):1043-52.
 5. Carvajal MS, Ramos L, Robalino MD, Rentería A, Rojas J, Valdiviezo H, *et al.* Diseño metodológico de las cuentas satélite de servicios de salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos, y Ministerio de Salud Pública (INEC-MSP). Quito: INEC; 2016.