

DOI: 10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.289-298

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/432>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 3201 Ciencias Clínicas

PAGINAS: 289-298







Valoración de los resultados obtenidos tras tratamiento fibrinolítico y antitrombótico en pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo y supradesnivel ST

Evaluation of the results obtained after fibrinolytic and antithrombotic treatment in hospitalized patients with acute coronary syndrome and ST supra-elevation

Avaliação dos resultados obtidos após tratamento fibrinolítico e antitrombótico em pacientes hospitalizados com síndrome coronariana aguda e supra-elevação de ST

**Diana Elizabeth Jumbo Revelo¹; Patricia Lissette Gómez Astudillo²;
Hugo Andrés Bermúdez Sánchez³; Catherine Jacqueline Sáenz Serrano⁴**

RECIBIDO: 18/11/2019 **ACEPTADO:** 20/12/2019 **PUBLICADO:** 31/01/2020

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dejumbo84@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8269-8534>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; paty_gomez_16_89@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9161-2536>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; habstrauma@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4878-2657>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; cathyss1989@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6810-4928>

CORRESPONDENCIA

Diana Elizabeth Jumbo Revelo

dejumbo84@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El Síndrome Coronario Agudo en pleno siglo XXI es considerado una de las principales entidades clínicas que afectan cada vez más a un mayor número de personas, sobre todo aquellos que bordean la quinta década de la vida y cuentan con un nivel socioeconómico muy bajo. Los signos y síntomas más comunes incluyen el dolor precordial opresivo que el paciente lo expresa a manera de angustia, colocando su mano a manera de garra sobre el precordio, suele irradiarse a hombros y parte cubital de brazo y antebrazo; el síndrome suele acompañarse de diaforesis, disnea, arritmias, hipotensión en unos casos e hipertensión en otros.

El supradesnivel ST puede ser valorado mediante su interpretación en el electrocardiograma en derivaciones precordiales y de miembro según sea la cara afectada, seguidas de ondas T negativas y simétricas, lo cual sugieren que la isquemia es de tipo subepicárdico. Otras pruebas diagnósticas incluyen enzimas cardíacas en suero la más específica de ellas es la Troponina T, las otras son la CK la menos específica y la CKMB; también se añade a los métodos diagnósticos la ecocardiografía bidimensional que evalúa la cinética cardíaca y motilidad parietal.

El tratamiento incluye desde medidas pre hospitalarias hasta medidas farmacológicas, habrá que valorar la respuesta al tratamiento fibrinolítico y antitrombótico hacia donde está encaminado el objetivo de esta investigación, a esto se añade inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y beta bloqueadores. Otra terapéutica más cruenta consiste en la intervención coronaria percutánea por lo común la angioplastia.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, Supradesnivel ST, Dolor precordial, Electrocardiograma, Enzimas cardíacas, Tratamiento.

ABSTRACT

Acute coronary syndrome in the XXI century is considered one of the main clinical entities affecting more and more to a greater number of people, especially those that border the fifth decade of life and have a very low socioeconomic level. The signs and symptoms commonly include the crushing chest pain which the patient expresses it by way of anguish, placing its hand fist on the precordio, often radiate to the shoulders and ulnar part of arm and forearm; the syndrome is often accompanied by dyspnea, diaphoresis, arrhythmias, hypotension in some cases and hypertension in others.

The ST Elevation can be measured by its performance in the electrocardiogram in precordial and member derivations depending on the affected side, followed by asymmetrical and negative T waves, which suggest that the ischemia is subepicardial type. Other diagnostic tests include cardiac enzymes in serum, the most specific of these is the troponin T, the others are the least specific CK and CKMB; two-dimensional echocardiography evaluating cardiac kinetics and parietal motility is also added to the diagnostic methods.

Treatment includes from pre-hospital measures up to pharmacological measures, we will have to assess a response to the treatment with fibrinolytic and antithrombotic wards where he is heading the aim of this research, add to that inhibitors of the enzyme angiotensin and beta blockers. Other more bloody therapy is percutaneous coronary intervention by the ordinary angioplasty.

Keywords: Acute coronary syndrome, ST elevation, Precordial pain, Electrocardiogram, Cardiac enzymes, Treatment.

RESUMO

A síndrome coronariana aguda no século XXI é considerada uma das principais entidades clínicas que afeta cada vez mais um número maior de pessoas, principalmente aquelas que fazem fronteira com a quinta década de vida e têm um nível socioeconômico muito baixo. Os sinais e sintomas comumente incluem a dor no peito esmagadora que o paciente a expressa por meio de angústia, colocando o punho da mão no precórdio, irradiando frequentemente para os ombros e parte ulnar do braço e antebraço; a síndrome é frequentemente acompanhada por dispnéia, diaforese, arritmias, hipotensão em alguns casos e hipertensão em outros.

A elevação do segmento ST pode ser medida por seu desempenho no eletrocardiograma nas derivações precordiais e de membros, dependendo do lado afetado, seguido pelas ondas T assimétricas e negativas, que sugerem que a isquemia é do tipo subepicárdico. Outros testes de diagnóstico incluem enzimas cardíacas no soro, o mais específico deles é a troponina T, os outros são os menos específicos da CK e CKMB; O ecocardiograma bidimensional que avalia a cinética cardíaca e a motilidade parietal também é adicionado aos métodos de diagnóstico.

O tratamento inclui desde medidas pré-hospitalares até medidas farmacológicas, teremos que avaliar uma resposta ao tratamento com enfermarias fibrinolíticas e antitrombóticas para onde ele está liderando o objetivo desta pesquisa, além dos inibidores da enzima angiotensina e betabloqueadores. Outra terapia mais sangrenta é a intervenção coronária percutânea pela angioplastia comum.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda, elevação do segmento ST, dor precordial, eletrocardiograma, enzimas cardíacas, tratamento.

Introducción

Los síndromes coronarios agudos son definidos como los cuadros clínicos que se presentan súbitamente por compromiso de la circulación coronaria, su causa es el trastorno hemodinámico que a su vez causa desbalance entre la oferta/demanda de oxígeno por el músculo cardíaco, secundaria a una fractura de la placa ateromatosa que yace dentro de la arteria coronaria afectada entre las capas íntima y media. Los fenómenos que le siguen son adhesión y agregación plaquetaria y la formación del trombo, lo que subsecuentemente llevará a isquemia y necrosis del área afectada.¹

De la amplia gama de estos síndromes, el más común y el que a esta investigación respecta es el Síndrome Coronario Agudo con Elevación del segmento ST SCAEST manifestado clínicamente por el típico dolor retroesternal opresivo, de inicio gradual, de intensidad variable y duración mayor a 30 minutos, que el paciente lo expresa a manera de angustia que en ocasiones se irradia a la parte interna de la extremidad superior izquierda, mandíbula, cuello, espalda y en muy raras veces a epigastrio confundiendo con gastritis u otras entidades clínicas, además suele asociarse de disnea, diaforesis, náusea y vómitos.²⁻³

En el ECG de 12 derivaciones estándar se expresa por un supradesnivel del segmento ST no mayor a 2mm en las distintas derivaciones según sea la cara afectada anterior, lateral, inferior, posterior o ventrículo derecho.⁴⁻⁵

Entre las demás exploraciones complementarias se incluyen marcadores bioquímicos o enzimas cardíacas en suero como son la troponina T, CK y CK-MB; una biometría hemática completa, tiempos de coagulación y una Rx standard de tórax.⁶

Según datos actualizados la Organización Mundial de la salud OMS y la Organización Panamericana de la Salud cada dos segundos se produce una muerte por enfer-

medad cardiovascular en el mundo y cada cinco segundos un infarto de miocardio; esto sitúa a la cardiopatía isquémica como responsable del 30% de muertes en todo el mundo constituyendo así la principal causa de fallecimiento.⁷

La cardiopatía isquémica en la actualidad es una de las más relevantes en términos de morbilidad como de mortalidad en el continente americano, además constituye la primera causa de muerte en los países desarrollados de este, sobretodo Estados Unidos de Norteamérica.

En 1990 murieron 6,3 millones de personas por cardiopatía isquémica y de mantenerse la tendencia actual se estima que para el año 2020 esta enfermedad seguirá siendo la primera causa de muerte en los países industrializados, con un claro predominio en los grupos etarios de pacientes añosos y en países en vías de desarrollo.

Datos estadísticos revelan que en el 2001 el 31% de todas las muertes en Latinoamérica fueron de causa cardiovascular, importantes cambios demográficos en la estructura de la población hacen que en Latinoamérica más gente alcance la edad en la cual la cardiopatía isquémica se manifiesta. Por otro lado, los factores de riesgo cardiovascular esencialmente obesidad y tabaquismo están en ascenso en estos países de mediano y bajo ingreso.⁸

Los síndromes coronarios agudos SCA, como es bien conocido, constituyen uno de los principales problemas de salud en el Ecuador, afectando a diferentes grupos de edad sobretodo a pacientes mayores de 75 años; sin embargo, no es raro verlos en pacientes menores. Según datos del Ministerio de Salud Pública, en 2009 se registró una tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica de 6,5 por 100.000 habitantes; para 2010 el INEC informó que esa tasa asciende a 14,1 por 100.000 habitantes y va en aumento.

Son numerosos los factores de riesgo que

se presentan en esta enfermedad pudiendo ser ellos modificables (dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, estrés) y no modificables (sexo masculino, enfermedad coronaria precoz, sexo femenino en la posmenopausia) entre otros.

El tratamiento de esta entidad va encaminado a aminorar los síntomas producidos por la isquemia, a disolver el trombo que ocluye la circulación de dicha arteria coronaria y a reperfundir y disminuir las zonas de isquemia; para ello se utiliza en efecto, siendo el primero el ácido acetilsalicílico, seguido de fibrinolíticos y antitrombóticos en conjunto con la acción de antiplaquetarios; suele ser útil en la gran mayoría de los casos agregar un fármaco beta bloqueante y un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.⁹

Es en esta parte hacia donde está encaminado el propósito de esta investigación en caracterizar la evolución y mejoría clínica en pacientes con Síndrome Coronario Agudo y elevación del segmento ST, tras la administración del tratamiento fibrinolítico y anti-trombótico en ellos, para lograr y conservar el libre flujo de sangre en la zona de miocardio infartado; para ello estos sujetos primero tuvieron que experimentar los síntomas, ser atendidos en el servicio de urgencias y emergencias, ser diagnosticados que han sufrido un SCAEST reciente tras la medición de enzimas cardíacas y su respectivo análisis electrocardiográfico por parte del servicio de cardiología para posterior a ello ser hospitalizados y recibir el tratamiento.

Una vez el paciente hospitalizado, el cardiólogo en conjunto con el servicio de Medicina Interna valoran la evolución del paciente, para ello se piden los marcadores antes nombrados varios días durante su estadía y día a día monitorean la evolución electrocardiográfica.

La buena respuesta a ésta farmacoterapia se verá a medida que disminuyen las molestias retroesternales y los demás síntomas en el paciente disminuyen e incluso

desaparecen, así como el segmento ST en las distintas derivaciones va descendiendo paulatinamente por debajo de los 2 mm y se normaliza es decir alcanza la línea isoeléctrica; además la onda T pasa de ser negativa a positiva nuevamente.¹⁰⁻¹¹

El departamento de cardiología del Hospital de Especialidades Médicas "Dr. Abel Gilbert Pontón" recibe a diario una gran cantidad de pacientes con síndromes coronarios agudos, algunos ya en fase resolutive, generalmente estos últimos acuden a la consulta externa para su chequeo mensual.

La revisión de trabajos desarrollados en años anteriores ha sido de mucha importancia, pues ciertos autores definen el uso inapropiado de fibrinolíticos en ciertos SCA, como lo es en el caso del Síndrome Coronario Agudo e infradesnivel ST ó SCASEST donde su uso lo definen como inútil en unos casos y dañino en otros.

Otros estudios muestran terapias innovadoras, pues no solo resuelven el problema desde el punto de vista farmacológico sino también hemodinámico y prueba de ello es la intervención coronaria percutánea siendo la angioplastia la más común, donde se introduce catéteres para llegar a los vasos coronarios y restablecer la circulación coronaria.

Para cumplir con el propósito de ésta investigación, se llevará a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional y retrospectivo con el objetivo de caracterizar la evolución y mejoría clínica en pacientes hospitalizados con Síndrome Coronario Agudo y elevación del segmento ST en el área de Medicina Interna del Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el periodo de julio a diciembre del año 2013.

Los resultados esperados del presente proyecto van orientados a la evolución favorable y resolución completa del cuadro clínico recuperando al menos el 80% de circulación sanguínea en la zona anteriormente infartada, tras la acción rápida y oportuna de

todo el equipo médico iniciando por el diagnóstico eficaz del tipo de infarto, determinar la localización de éste, tratamiento y seguimiento eficiente durante la fase hospitalaria, para así evitar futuras complicaciones que podrían ser irreversibles y en el peor de los casos terminar con la vida del paciente.

Metodología

Lugar de investigación

El presente proyecto de investigación se realizó en el área de hospitalización de Medicina Interna, que corresponde al tercer piso del Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" de la ciudad de Guayaquil el mismo que está ubicado en las calles 29 y Galápagos.

Universo y muestra

Durante los meses de julio a diciembre del 2013 un total de 100 pacientes fueron ingresados al área de Medicina Interna del hospital de especialidades "Dr. Abel Gilbert Pontón" con Diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión el universo se redujo a 50 pacientes. El estudio se realizó con el total antes mencionado

Viabilidad

El proyecto a investigar fue viable o factible ya que existió la disposición y disponibilidad para llevarlo a cabo por parte del investigador, además el tutor que es punto clave en esta investigación se ofreció a ser guía científico durante la realización de la misma de principio a fin.

Por otro lado, fue posible realizar este trabajo gracias a la solvencia económica y financiera, la misma que se empleó adecuadamente en horas de trabajo, transporte, alimentación, recursos físicos y demás. Se dispuso también con un lugar para la investigación, el ya anteriormente nombrado hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón", el mismo que cuenta con la unidad de Medicina Interna donde estuvieron hospitalizados los

pacientes con Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST objeto de estudio; el departamento de estadísticas del hospital prestó, rigiéndose bajo sus propios estatutos, toda la información que fue necesaria en relación a las historias clínicas de los pacientes; no sólo eso, también estuvo la colaboración por parte del cuerpo médico que corresponden al Servicio de Cardiología y Hemodinamia y el Servicio de Medicina Interna.

Por lo antes dicho la investigación pudo realizarse sin ningún inconveniente y en un tiempo adecuado para la misma, es decir fue viable.

Operacionalización de los instrumentos de investigación

Los datos fueron procesados en el editor de datos SPSS, versión 15.0.1 para Windows, tomando esta base de datos para la elaboración de las tablas estadísticas que se detallará posteriormente.

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional, descriptivo, correlacional y retrospectivo con el objetivo de caracterizar la evolución y mejoría clínica en pacientes hospitalizados con Síndrome Coronario Agudo y elevación del segmento ST en el área de Medicina Interna del Hospital Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2013.

Consideraciones bioéticas

Las pautas bioéticas están regidas bajo un sistema internacional preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS por sus siglas en inglés en colaboración con la Organización Mundial de la Salud desarrolladas en Ginebra en el año 2002.

El primer instrumento internacional sobre ética de la investigación médica, el Código de Núremberg, fue promulgado en 1947 como consecuencia del juicio a los médicos

que habían dirigido experimentos atroces en prisioneros y detenidos sin su consentimiento, durante la segunda guerra mundial. El Código, diseñado para proteger la integridad del sujeto de investigación, estableció condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, destacando su consentimiento voluntario para la investigación. El artículo 7 de dicha declaración sostiene "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

Toda investigación en seres humanos debe basarse en tres fundamentos bioéticos básicos que son el respeto por las personas, beneficencia y justicia. Por lo demás habiendo tomando en cuenta cada una de las pautas establecidas en éste consenso se llevo a cabo ésta investigación con todas las medidas cautelares establecidas.

Instrumentos de evaluación o recolección de la data

Los datos fueron recogidos en una base de datos la cual fue depositada en una memoria externa para su posterior estudio para ser procesada posteriormente.

Metodología para el análisis de los resultados

La metodología utilizada en el presente proyecto es cuantitativa ya que se basa en un tipo de pensamiento deductivo, que fue desde lo general a lo particular, utilizando la recolección y análisis de datos para llegar a los objetivos específicos. Además porque se basó en la medición numérica, el conteo y el uso de estadísticas para establecer con exactitud, patrones de comportamiento en la población objeto de estudio.

Algunas de las características de la investigación cuantitativa son: asumir una postura objetiva, estudia conductas y otros fenómenos observables, genera datos numéricos para representar el ambiente social, emplea conceptos preconcebidos y teorías para de-

terminar qué datos van a ser recolectados, emplea métodos estadísticos para analizar los datos e infiere más allá de los datos, emplea procedimientos de inferencia estadística para generalizar las conclusiones de una muestra a una población definida, es confirmatoria y deductiva.

Resultados

Se analizó paso a paso cada uno de los resultados obtenidos a partir de los objetivos específicos para de esta manera dar cabida al objetivo principal.

Edad

En el siguiente recuadro, de un total de 50 pacientes, el mayor de ellos tenía 90 años y el menor 22, ambos en los extremos de la vida, se sacó la media que correspondía a 61 años con una desviación típica de 13 años.

Sexo

En el siguiente recuadro observamos que de un total de 50 pacientes 29 son masculinos y 21 femeninos, comprobando por tanto que dicha patología es más común en el sexo masculino que en el femenino.

Ocupación

La siguiente tabla nos indica que de 50 pacientes en las cuales se investigó ésta patología la mayoría de ellas eran amas de casa con un total de 21 casos y el menor número de ellos militares con un caso solamente, cabe destacar los pocos casos de pacientes intelectuales es decir ingenieros, arquitectos, abogados, etc.

Antecedentes patológicos personales

Diabetes Mellitus

De todos los pacientes que fueron investigados el análisis reporta que 21 de ellos tenían algún tipo de Diabetes Mellitus y 29 de ellos no la padecían.

Hipertensión Arterial

De todos los pacientes 38 de ellos pade-

cían de Hipertensión Arterial, mientras que doce de ellos no ni ninguna otra complicación de ella.

Dislipidemia

Ocho de los pacientes tenían entre sus antecedentes personales dislipidemia, teniendo alteraciones en sus valores de lipoproteínas de alta y baja densidad además de hipertrigliceridemia.

Cardiopatías Congénitas

Nueve de los pacientes nacieron con algún tipo de cardiopatía y 41 de ellos no.

Coronariopatías

Do los 50 pacientes 41 de ellos sufrieron en algún momento de sus vidas algún grado de obstrucción de alguna rama de las arterias coronarias.

Antecedentes patológicos familiares

Diabetes Mellitus

Seis de los 50 pacientes investigados tuvieron algún familiar en primer grado con algún tipo de Diabetes Mellitus mientras que los 46 restantes no revelaron tal antecedente familiar.

Hipertensión Arterial

Siete de los pacientes tenían algún familiar en primer grado con el diagnóstico de Hipertensión Arterial, los otros 43 pacientes no tenían dicha entidad entre sus familiares.

Dislipidemia

De todos los pacientes investigados ninguno tenía un familiar con antecedentes de dislipidemia.

Cardiopatías Congénitas

Dos de los pacientes tuvieron algún familiar que nació con algún tipo de cardiopatía congénita.

Coronariopatías

De 50 pacientes que se han investigado

solo 1 de ellos tenía algún familiar en primer grado con algún grado de obstrucción coronaria.

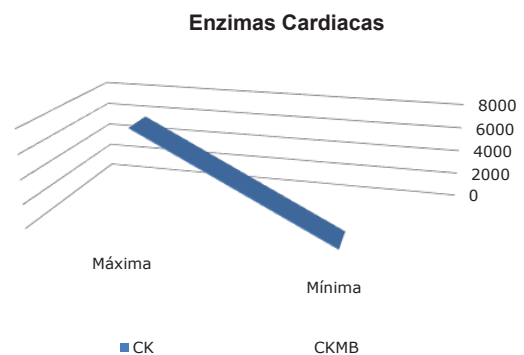
Signos y síntomas de entrada

De todos los pacientes que han sido investigados la mayoría de ellos acudieron principalmente con dolor precordial como síntoma inicial, siguiéndole ansiedad, diaforesis y disnea respectivamente.

Signos y Síntomas al alta

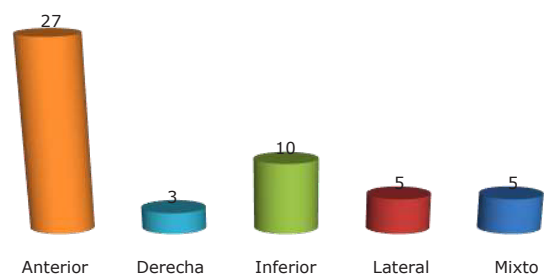
Al alta médica de los cincuenta pacientes analizados solo en dos de ellos persistió un leve dolor precordial, en uno de ellos náusea y vómito, en otro ansiedad y por último otro con arritmia e hipotensión.

Enzimas cardiacas

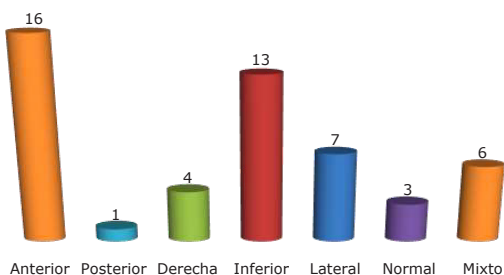


Electrocardiogramas

EKG Inicial



EKG durante la estadía



¿Se Normalizó el EKG al final del tratamiento?

De los 50 pacientes que fueron objeto de estudio en 44 de ellos se normalizó el EKG al final del tratamiento fibrinolítico y antitrombótico, solo en 4 de ellos no se restableció la circulación coronaria.

Tratamiento

Tratamiento Fibrinolítico

Nueve de los pacientes intervenidos fueron fibrinolisados con el agente intravenoso Estreptoquinasa y otros cinco con Rivaroxaban sin ninguna complicación.

Tratamiento Antitrombótico

Tomando como base una de las dos líneas de tratamiento antitrombótico que se instauraron en cada uno de los cincuenta pacientes la mayoría de ellos utilizaron el antitrombótico Enoxaparina en conjunto con Clopidogrel.

Discusión

Claro está el predominio y el porcentaje bastante alto de Síndromes Coronarios Agudos en nuestra población, en efecto dicho estudio lo ha demostrado; la pobreza, es decir el bajo nivel socio-económico ligado a otros factores de riesgo como sexo masculino, obesidad, dislipidemia, sedentarismo, tabaquismo y su aparición en edades cada vez mayores han hecho de ésta un verdadero problema de salud, tal como lo indica la introducción de este trabajo con las cifras ya demostradas, es muy probable que para el año 2020 la cardiopatía isquémica sea la

enfermedad cardiovascular que más vidas cobre en Latinoamérica.

También se hace más probable que un número cada vez mayor de personas alcancen la quinta o sexta década de la vida, edades en las cuáles se hace más presente la cardiopatía isquémica. Teóricamente indica que la edad predilecta para la aparición de esta enfermedad en los ecuatorianos bordea los 75 años de edad. pero que puede aparecer cada vez más prematuramente como bien lo ha demostrado éste estudio.

Conclusiones

- 1.- La edad media de aparición de esta patología fue de 61 años con una desviación típica de 13 años, fluctuando las edades entre 48 y 74 años; la edad de aparición máxima fue a los 90 años y el paciente más joven tuvo apenas 22 años.
- 2.- En cuanto al sexo el masculino con 29 casos registrados fue el mayormente afectado en relación al femenino con 21 casos.
- 3.- Cabe destacar que en cuanto a edad y sexo aquellas mujeres con edades alrededor de los 65 años eran las más afectadas comprobando así que dicha entidad clínica es más frecuente en mujeres que han sobrepasado la menopausia.
- 4.- Lo que respecta a ocupaciones aquellas mujeres que se dedicaban a las labores de casa fueron las más perjudicadas con 21 casos, otras profesiones como panaderos, albañiles o constructores registraron 14 casos y obreros apenas 10 casos.
- 5.- De los antecedentes patológicos personales la Hipertensión Arterial fue la más común en los pacientes estudiados con 38 casos, además pacientes con Diabetes Mellitus se registraron 21, dislipidemias, cardiopatías congénitas y coronariopatías se registraron ocho, nueve y nueve casos respectivamente. La combinación de ambos factores juega un rol muy importante en el desarrollo de la enfermedad y en la formación de placas de ateroma en las arterias

coronarias.

6.- De los antecedentes patológicos familiares la mayoría registraban algún familiar en primer grado sobretodo con hipertensión arterial en siete ocasiones y Diabetes Mellitus en seis.

7.- Tomando en cuanto el cuadro clínico de entrada el síntoma más relevante constituye el dolor precordial referido. De 50 pacientes 47 lo presentaron, algunos presentaron también epigastralgias como dolor irradiado desde el precordio, ansiedad con 33 casos, disnea con 25 y diaforesis con 28 casos. Solo uno de los pacientes se presento a la consulta asintomático.

8.- De la misma manera un poco número de pacientes dejaron el hospital con alta médica con dolor precordial como único síntoma reportándose 2 casos, nausea y vómitos, ansiedad, hipotensión y arritmias registraron un casos cada uno de ellos.

9.- De las enzimas cardiacas ambas reportaron cifras muy elevadas tanto la CK como su variante CKMB.

10.- El EKG que se realizó al inicio del cuadro pasando minutos o pocas horas reveló que en 27 casos fue de cara anterior y 10 de cara inferior, cinco fueron de cara lateral, 5 mixtos y tres de cara derecha.

11.- Conforme avanzó la estadía en el hospital las variantes cambiaron se presentaron 16 infartos de cara anterior, 13 de cara inferior, 7 de cara lateral cuatro de cara derecha, uno posterior y solo tres se normalizaron; cabe destacar que el cambio de caras de un EKG a otro fue porque la isquemia avanzó y la zona de infarto se hizo más grande o el área de isquemia se limitó a una pequeña zona.

12.- Al final del tratamiento 44 pacientes registraron patrones electrocardiográficos normales es decir mostraron un ritmo sinusal al final de la terapéutica.

13.- En cuanto al tratamiento instaurado el

fibrinolítico que más se aplico fue la Estreptoquinasa con nueve casos y en cinco pacientes se aplicó Rivaroxabán, pero en 36 de ellos no se aplicó ninguno de ellos. El antitrombótico de mayor elección por el servicio de medicina interna fue el Ácido Acetilsalicílico en combinación con Enoxaparina en la mayoría de las veces y clopidogrel en otras.

Recomendaciones o propuestas

1.- Evaluar a cada uno de los pacientes con antecedentes patológicos familiares de Diabetes Mellitus y dislipidemias mediante una escala que mida el riesgo de padecer algún tipo de Síndrome Coronario Agudo en el futuro, para así adoptar medidas preventivas que no lo lleven a padecer dicha enfermedad.

2.- Pocos fueron los pacientes que incluían un EKG de precordiales derechas y posteriores, se recomienda que a cada uno de los pacientes a parte de hacer el EKG de entrada evaluar también en ellos un probable infarto de cara derecha o posterior.

3.- Si bien la mayoría de pacientes fueron tratados en base a la combinación de dos agentes antitrombóticos hubo un número pequeño de pacientes que no lo fue, obviamente el primer grupo tuvo una mejor y más rápida respuesta al tratamiento, esto debería ser considerado y planteado para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos.

4.- Los dos fármacos antitrombóticos más empleados fueron la enoxaparina y el ácido acetilsalicílico, emplearlos por apartado los deja en un margen de error como son no aplicarlos a la hora exacta o simplemente no administrarlos, la FDA debería aprobar algún medicamento que cumpla ambas necesidades y dosificarlo a manera de un solo medicamento.

5.- La mayoría de las personas que padecen esta patología narran los textos son personas que se acercan a los 75 años,

pero cada vez se ve en personas mucho más jóvenes, los 40 o 45 años se ha vuelto una edad muy común para padecerla en nuestro entorno, se debería establecer medidas de salud preventiva orientados a la comunidad en dar a conocer en qué consiste la enfermedad y de qué manera se la puede evitar.

Bibliografía

1. Argente H., Álvarez M. Cardiopatía Isquémica. Semiología Médica: fisiopatología, semiología y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2005. (p. 391-394)
2. Braunwald et al. Cardiopatía Isquémica. En: E. M. Antman, A. P. Selwyn, E. Braunwald, J. Loscalzo. Principios de Medicina Interna. Harrison 18va edición. México D.F., México: Mc Graw Hill, Interamericana Editores; 2012. (p. 1514-1527).
3. Braunwald et al. Infarto del miocardio con elevación del segmento ST. En: E. M. Antman, E. Braunwald. Principios de Medicina Interna. Harrison 18va edición. México D.F., México: Mc Graw Hill, Interamericana Editores; 2012. (p. 1532-1544).
4. Braunwald et al. Electrocardiografía. En: A. L. Goldberger. Principios de Medicina Interna. Harrison 18va edición. México D.F., México: Mc Graw Hill, Interamericana Editores; 2012. (p. 1393-1396).
5. Vélez D. Isquemia y lesión miocárdicas. Pautas de electrocardiografía 2da edición. Madrid, España: Editorial Marbán; 2011. (p. 327-333).
6. Vélez D. Infarto agudo de miocardio. Pautas de electrocardiografía 2da edición. Madrid, España: Editorial Marbán; 2011. (p. 334-399).
7. Ecuador Health Determinants and Inequalities. Organización Panamericana de la Salud, 2013. (Acceso marzo 25 de 2014, en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40&option=com_content&Itemid=0&lang=en.)
8. Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 2013. (Acceso marzo 25 de 2014, en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es)
9. Cooper, Krainik, Lubner, Reno. Cardiopatía Isquémica. En: A. Kates, A. Zajarias, A. Goldberg. Manual Washington de Terapéutica Médica. 32da Edición. Barcelona, España: Editorial Wolters Kluwer; 2010. (p. 100-138).
10. Hernández L E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardiaca en Latinoamérica. Revista Española Cardiol. 2011. 64. 34-43.
11. Munarriz, I., Martínez B., Uribe E., Basurte M., & Repáraz J. Síndrome Coronario Agudo. Servicio Navarro de Salud.

CITAR ESTE ARTICULO:

Jumbo Revelo, D., Gómez Astudillo, P., Bermúdez Sánchez, H., & Sáenz Serrano, C. (2020). Valoración de los resultados obtenidos tras tratamiento fibrinolítico y antitrombótico en pacientes hospitalizados con síndrome. RECIMUNDO, 4(1), 289-298. doi:10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.289-298



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMESCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES. SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.