

Caracterización de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST en una Unidad de Cuidados Coronarios

Leonela Cristina Guerra Frutos¹ , Jesús Daniel de la Rosa Santana¹⁰ , Arleen López Wilson² , Jorge Casí Torres³ , Cristina Guerra Frutos³ , Misleydis Batista¹ 

1 Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba.

2 Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad No. 1 de Medicina. Santiago de Cuba, Cuba.

3 Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Clínico Quirúrgico "Celia Sánchez Manduley". Granma, Cuba

RESUMEN

Introducción: el síndrome coronario agudo es una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias y cardiología, con una alta tasa de mortalidad y con altos costos para la sociedad. **Objetivo:** caracterizar a los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios. **Método:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes ingresados en el Hospital Clínico-Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, de enero a diciembre de 2018. De un universo de 116 pacientes, fue seleccionada una muestra de 98 pacientes para el estudio. Se analizaron las variables: edad, sexo, comorbilidad, antecedentes coronarios, factores de riesgo coronarios, topografía del infarto, complicaciones y trombolisis. **Resultados:** predominó el sexo masculino (65,30 %), y el grupo de edad de 60-69 años (30,61 %). La hipertensión arterial fue la principal comorbilidad (73,47 %) y como antecedente coronario prevaleció la angina de pecho (48,98 %). Predominó el infarto de cara inferior (34,70 %), mientras que la extensión al ventrículo derecho fue la complicación con mayor número de casos en los pacientes que no recibieron trombolisis. **Conclusiones:** en el síndrome coronario agudo con elevación del ST afectó con mayor frecuencia a los pacientes en la sexta década de la vida, con un predominio del sexo masculino. El factor de riesgo que más se reporta es la hipertensión arterial. La frecuencia con que se presentaron complicaciones es baja en los pacientes que recibieron tratamiento trombolítico.

Palabras clave: Elevación del segmento ST; Hipertensión arterial; Infarto agudo de miocardio; Síndrome coronario agudo; Terapia trombolítica

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un serio problema epidemiológico en el mundo contemporáneo. A nivel mundial, presentan alta incidencia y mortalidad, donde las cardiopatías isquémicas representan la principal causa de muerte en muchos países del mundo durante varias décadas¹.

Se entiende por síndrome coronario agudo (SCA) al grupo de enfermedades cardíacas que se pueden

clasificar de acuerdo a la sintomatología, los cambios que presentan en el electrocardiograma y la presencia o ausencia de marcadores bioquímicos en la sangre de necrosis cardíaca. Estas enfermedades tienen en común que están causadas por la obstrucción total o parcial, generalmente por un trombo, del flujo sanguíneo a nivel de una o más arterias coronarias, lo que lleva a un desbalance entre el aporte y el consumo de oxígeno por parte del miocardio, llevando al desarrollo de los síntomas y necrosis del músculo cardíaco³.

En Estados Unidos la cardiopatía isquémica (CI) es responsable de una de cada cinco muertes y anualmente más de un millón de personas sufren un ataque coronario, de ellas un 40 % morirá como consecuencia de un IMA y aproximadamente el 63 % de las muertes serán súbitas, de las cuales el 16,5% ocurrirán antes de ingresar el paciente⁴.

A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, el infarto agudo de miocardio (IMA) sigue siendo un problema de salud pública importante en el mundo industrializado y está aumentando en los países en desarrollo. La cifra de infarto de miocardio (IM) se incrementa en hombres y mujeres en correspondencia con una mayor edad; el IM es más



OPEN ACCESS

Correspondencia a: Jesús Daniel de la Rosa Santana. Correo electrónico: jesusdaniel97@nauta.cu

Publicado: xx/10/2020

Recibido: 15/08/2020; Aceptado: 17/09/2020

Como citar este artículo:

Guerra Frutos LC, de la Rosa Santana JD, López Wilson A, Casí Torres J, Guerra Frutos C, Batista M. Caracterización de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST en una Unidad de Cuidados Coronarios. 16 de Abril [Internet]. 2020 [fecha de citación]; 59 (278): e1007. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/1007.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

frecuente en los hombres y mujeres de piel negra, independientemente de su edad ².

En 2019, en Cuba, fallecieron un total de 16 397 individuos por enfermedades isquémicas del corazón (tasa por cada 100 000 habitantes). De estos, un total de 7 248 fallecieron como consecuencia de un IMA (tasa por cada 100 000 habitantes)⁵.

Las complicaciones que sobrevienen luego de un IMA con elevación del segmento ST se dividen en: cardiovasculares (muerte, isquemia recurrente, reinfarto, choque cardiogénico, insuficiencia cardíaca, evento vascular cerebral), arritmias y trastornos de la conducción y mecánicas (insuficiencia mitral por ruptura del aparato subvalvular o isquemia, ruptura ventricular septal o de la pared libre del ventrículo izquierdo, infarto ventricular derecho, pericarditis, aneurisma del ventrículo izquierdo y trombo ventricular izquierdo). Las complicaciones más frecuentes son: insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte ⁶.

En cuanto al tratamiento de reperfusión en el IAM la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria es el tratamiento de reperfusión preferido para los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en las primeras 12 h tras el inicio de los síntomas, siempre que se pueda realizar en los primeros 120 minutos desde el diagnóstico por un equipo experimentado (7). La trombolisis es una alternativa menos invasiva, que se lleva a cabo con la administración de fármacos que de forma directa o indirectamente promueven la conversión de plasminógeno en plasmina, resultando útil en centros que no cuentan con los recursos o profesionales necesarios para realizar una intervención compleja, dado que en el IAMCEST un mayor tiempo de oclusión constituye un factor de mal pronóstico.

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar a pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación segmento ST (SCACEST) en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Clínico-Quirúrgico "Celia Sánchez Manduley" de Manzanillo, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2018.

Universo y muestra: sel universo estuvo conformado por 116 pacientes con el diagnóstico de SCACEST, seleccionándose como muestra 98 pacientes, por un muestreo no probabilístico intencional, que cumplieron con los criterios siguientes: Se incluyeron

pacientes de ambos sexos y sin restricción de edad ingresados en el periodo de estudio, con el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST: nueva elevación del ST en el punto J en dos derivaciones contiguas con los puntos de corte: $\geq 0,1$ mV en todas las derivaciones menos en V2 - V3, en las que son de aplicación los puntos de corte siguientes: $\geq 0,2$ mV en varones de edad ≥ 40 años, $\geq 0,25$ mV en varones menores de 40 años o $\geq 0,15$ mV en mujeres. Se excluyeron pacientes que su expediente clínico omite valores correspondientes a las variables objeto de estudio y los pacientes definidos como síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST ingresados en otros servicios de la institución.

Variables y recolección de datos: Se estudiaron las variables: edad, sexo, la comorbilidad y los antecedentes coronarios, los factores de riesgo coronario, la topografía del infarto, la fibrinólisis y las complicaciones. La información fue obtenida a partir de las historias clínicas.

Análisis estadístico: todos los datos se registraron en una base de datos empleando el paquete estadístico SPSS 25.0. En el análisis de los datos se utilizaron las medidas estadísticas descriptivas, los resultados obtenidos se expresaron como frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Normas éticas: el presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y el Consejo Científico del Hospital Clínico-Quirúrgico "Celia Sánchez Manduley". Los datos obtenidos a partir de las fuentes fueron tratados de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki, garantizando el anonimato y la confidencialidad en todos los casos.

RESULTADOS

En la tabla 1 puede observarse que del total de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST el 65,30 % eran del sexo masculino, predominando el grupo etario de entre 60 y 69 años (30,61 %).

Grupos etarios	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%		
40- 4	3	3,06	5	5,10	8	8,16
50- 59	7	7,14	18	18,37	25	25,51
60- 69	10	10,20	20	20,41	30	30,61
70- 79	9	9,18	11	11,22	20	20,40
80- 89	5	5,10	10	10,20	15	15,30
Total	34	34,68	64	65,30	98	100

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 2 muestra que la hipertensión arterial fue la comorbilidad que predominó (73,47 %).

Comorbilidad	No.	%
Hipertensión arterial	72	73,47
Diabetes mellitus	41	41,84
Insuficiencia cardíaca	34	34,69
Insuficiencias arteriovenosas	19	19,39
Insuficiencia renal crónica	18	18,37
Asma bronquial	11	11,22
Accidente vascular cerebral	10	10,20
Cáncer de cualquier localización	3	3,06
Hipotiroidismo	3	3,06

La tabla 3 refleja que el antecedente coronario predominante fue la angina de pecho presente en el 48,98 % (tabla 3)..

Antecedentes coronarios	No.	%
Angina de pecho	48	48,98
Arritmias cardíacas	26	26,53
Infarto del miocardio previo	24	24,49
Sin antecedentes coronarios	22	22,45

Según la tabla 4, predominó como factor de riesgo no modificable la enfermedad vascular (83,67%), y como factor modificable el sedentarismo (84,69 %) (tabla 4).

En la tabla 5 puede observarse que el infarto de cara inferior fue el más predominante (34,70 %), seguido del anteroseptal (22,45 %) (tabla 5).

Topografía del infarto	No.	%
Inferior	34	34,70
Anteroseptal	22	22,45
Anterior extenso	18	18,37
Lateral	12	12,24
Inferobasal	6	6,12
Extenso	6	6,12
Total	98	100

Factores de riesgo coronarios		Total	
		No.	%
Factores de riesgo no modificables	Enfermedad vascular	82	83,67
	Edad mayor de 55 años	80	81,63
	Historia familiar de enfermedad coronaria previa	69	70,41
	Sexo masculino	64	65,31
Factores de riesgo modificables	Sedentarismo	83	84,69
	Enfermedad cardíaca previa	79	80,61
	Hiperuricemia	75	76,53
	Hipertensión arterial	72	73,47
	Tabaquismo	71	72,45
	Consumo de alcohol	68	69,39
	Dislipidemia	61	62,24
	Obesidad	57	58,16
Diabetes Mellitus	41	41,84	

De un total de 36 pacientes, 10 recibieron tratamiento trombolítico (25 %) y 26 no recibieron tratamiento trombolítico (72,23 %). Y la totalidad de los pacientes presentaron complicaciones después de proseguir con las complicaciones más comunes (tabla 6).

Complicaciones	Trombolisis		No Trombolisis		TOTAL	
	Can-tidad	%	Can-tidad	%	Can-tidad	%
Extensión al ventrículo derecho	4	11,11	9	25	13	36,11
Disfunción ventricular izquierda	3	8,33	6	16,67	9	25
Bloqueos auriculoventriculares	1	2,78	4	11,11	5	13,89
Taquicardia ventricular	1	2,78	3	8,33	4	11,11
Bronconeumonía bacteriana	1	2,78	2	5,56	3	8,33
Infección del tracto urinario	0	0	2	5,56	2	5,56
Total	10	25	26	72,23	36	100

DISCUSIÓN

La identificación de los pacientes con SCA dentro de los pacientes con dolor cardíaco supone un reto diagnóstico, sobre todo en los casos en que no hay síntomas claros o hallazgos electrocardiográficos. A pesar de los tratamientos modernos, las tasas de muerte, infarto de miocardio y readmisiones de los pacientes con SCA siguen siendo altas.

En un estudio realizado por Vila et al.⁸ en un área de Tarragona encontraron que el 45,6 % de los pacientes se encontraban entre 60 y 69 años de edad. Por otra parte Plain et al.¹ en un estudio realizado en la provincia de Villa Clara, encontraron que el pico fundamental de ocurrencia del SCA aparecía entre 60 y 69 años representando el 33,77 % y coincidiendo con el presente estudio.

Según Estévez et al.⁴ en su artículo se refleja que ingresaron en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro de Villa Clara, un total de 52 pacientes por IMA, de los cuales 42 pertenecían al sexo masculino y en el estudio realizado por Valdés et al.⁹ en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana, se obtuvo que el sexo masculino fue el predominante para un 82,8 %. Estos estudios coinciden con la presente investigación. En mujeres, la presencia de estrógenos es un factor protector de patologías cardiovasculares en relación con el sexo masculino. El sexo masculino tiene menor incidencia de patologías coronarias a medida que incrementan los rangos de edades 1, 2, 3.

Moreira et al.¹⁰ en su estudio reportaron que la hipertensión arterial fue la comorbilidad con mayor incidencia, presente en el 74 % de la muestra. En Cuba, la Molina et al.¹¹ hallaron que los pacientes con cifras iguales o superiores a 140 mmHg de presión arterial sistólica presentaron un riesgo tres veces mayor de sufrir una enfermedad cardiovascular. Estos estudios concuerdan con lo reportado en la presente investigación. Está demostrado que 50 % de los hipertensos sufre dolor precordial y que la posibilidad de un accidente coronario mayor es 3 veces superior en estos pacientes. Además, la hipertensión arterial está presente en más de 55 % de las muertes súbitas 8, 9, 10.

Vila et al.⁸ en el estudio realizado en el área de Tarragona, de los 359 incluidos, 128 pacientes tenían angina e infartos previos como antecedentes de cardiopatía isquémica. En la investigación realizada por el Pino et al.¹² encontraron un predominio de los pacientes con angina inestable 96,8 % a diferencia del 3,2 % de los pacientes con IAM. Ambas investigaciones coincidentes con la presente, donde predominó la angina de pecho

como antecedente coronario. El mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, así como el avance en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad coronaria, ha provocado un aumento del número de adultos mayores con riesgo de sufrir un evento cardiovascular 11, 12.

Hernández 13 en su investigación en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, encontró que la hipertensión arterial fue el factor de riesgo que predominó con un 52,27 %, no coincidiendo con nuestra investigación donde el sedentarismo fue el factor de riesgo modificable que se encontró en la mayoría de los pacientes. Sin embargo Zavala et al.¹⁴ en su investigación obtuvieron que uno de los factores de riesgo coronario no modificable que predominó fue la enfermedad vascular, coincidiendo con los resultados del presente estudio.

Plain et al.¹ en su investigación encontraron que el IMA de cara anterior fue el más frecuente con un 40,26 %, lo que discrepa con el presente estudio. Sin embargo Hernández 13 en su estudio identificó que la localización más frecuente de infarto fue la inferior (46,97 %), obteniendo resultados similares al presente estudio.

Aguiar et al.⁷ en un estudio realizado en la Unidad de cuidados coronarios intensivos del Hospital clínico-quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo", pudo constatar que de los 50 pacientes fallecidos, el infarto anterior estricto representó el 36 %. Por otra parte Gutiérrez et al.⁶ en su investigación realizada en el Hospital Central Militar, de la ciudad de México, predominó el infarto anteroseptal para un 57,1 %, ambos estudios difieren con la presente investigación.

En la investigación realizada por Rego et al.¹⁵ en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" en Pinar del Río, se encontró que la mortalidad en la muestra analizada fue del 9,67 %, siendo el porcentaje de mortalidad superior en pacientes no trombolizados (13,87 %), encontrándose una relación estadística significativa entre la aplicación de terapia trombolítica y el egresar vivo. Por otra parte Plain et al.¹ en su investigación de un total de 77 pacientes, 62 fueron trombolizados (80,52 %) y solo fallecieron 8 pacientes, es decir que la condición de recibir tratamiento trombolítico representa una mayor supervivencia en pacientes con IMA.

Aguiar et al.⁷ en su estudio realizado en el Hospital Clínico-Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo" de La Habana, cuando analizaron las complicaciones de la población estudiada observó que el shock cardiogénico fue el predominante, del 40 % de los pacientes que presentaron esta complicación la mayoría no recibió tratamiento con trombolíticos, lo que representó el

22 % del total. Estos resultados coinciden con el presente estudio.

Se plantea que la terapia trombolítica ha supuesto uno de los mayores avances en pacientes con infarto agudo del miocardio. Su eficacia ha quedado demostrada a partir de algunos parámetros: repermeabilidad coronaria, reperfusión miocárdica, disminución del tamaño del infarto, modificación del proceso de expansión y remodelado, mejoría de la función ventricular y del sustrato electrofisiológico, así como disminución de la mortalidad precoz y tardía 16.

CONCLUSIONES

El síndrome coronario agudo con elevación del ST afectó con mayor frecuencia a los pacientes en la

sexta década de la vida, con un predominio del sexo masculino. El factor de riesgo que más se reporta es la hipertensión arterial. La frecuencia con que se presentaron complicaciones es baja en los pacientes que recibieron tratamiento trombolítico.

AUTORÍA

LCGF, JDRS, JCT: diseño del estudio, adquisición de los datos e interpretación de los resultados. ALW, JCT: Concepción y diseño del estudio, adquisición de los datos e interpretación de los resultados. JCT: revisión crítica del estudio, interpretación de los resultados. CGF, MB: revisión crítica del estudio, análisis de los datos. Todos aprobaron la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plain Pazos C, Alejo Alemán AP, Carmona Pentón CR, Domínguez Plain L, Alejo Plain AP de, García Cogler G. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes hospitalizados. *Rev Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2018]; 18(2):1-14. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/429>
2. Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Rev Finlay* [Internet]. 2016 [citado 20 Mar 2018]; 6(2):170-190. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/403>
3. Hernández Samayoa PF. Trombólisis en el Infarto Agudo del Miocardio [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 20 Mar 2018]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10601.pdf
4. Estévez Rubido Y, Cairo Sáez G, Quintero Valdivie I, Perez Rodriguez RM, González López D. Infarto agudo de miocardio en pacientes menores de 50 años. *Rev Cuban Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2018]; 24(1):11-25. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/732>
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019. [Internet]. 2020 [citado 20 Mar 2018]. [aprox. 193 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
6. Gutiérrez-Leonar H, Vargas-Aquino H, Rincón-Hernández LH, Galván-Vargas CG, Iñarra-Talbo F. Complicaciones cardiovasculares en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST no reperfundido. *Rev Sanid Milit Mex* [Internet]. 2017 [citado 20 Mar 2018]; 71: 349-365. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2017/sm174f.pdf>
7. Aguiar Pérez JE, Giral-Herrera A, González Mena M, Rojas-Velázquez JM, Machín-Legón M. Caracterización de fallecidos por Infarto de Miocardio en una Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2018]; 17(6): 872-884. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2412>
8. Vila-Córcoles A, Forcadell MJ, Diego C de, Ochoa-Gondar O, Satué E, Rull B, et al. Incidencia y mortalidad por infarto agudo de miocardio en la población mayor de 60 años del área de Tarragona. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 20 Mar 2018]; 89(6): 597-605. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n6/07_original-breve1.pdf
9. Valdés-Martín A, Rivas-Estany E, Martínez-Benítez P, Chipi-Rodríguez Y, Reyes-Navia G, Echevarría-Sifontes LA. Caracterización del síndrome coronario agudo en adultos menores de 45 años de una institución especializada en la Habana, Cuba, entre 2013 y 2014. *MéD UIS* [Internet]. 2015 [citado 20 Mar 2018]; 28(3):281-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n3/v28n3a03.pdf>
10. Moreira E, Pintos N, De Arteaga M, Torres Negreira S, Da Roza R, Albornoz H, et al. Infarto agudo de miocardio lejos de los centros de hemodinamia, percepción de la calidad de vida postratamiento con fibrinolíticos y factores relacionados. *Rev Urug Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2018]; 34(1): 44-52. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v34n1/1688-0420-ruc-34-01-108.pdf>
11. Molina Ramírez Y, Aguiar Mota C, Bolufé Vilaza ME. Reflexiones sobre nueva Guía cubana de hipertensión arterial. *Medicent Electron* [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2018]; 23(3):305-312. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2019/cmc193n.pdf>
12. Pino Sánchez E, Pérez del Todo JM, Quiroz Luis JJ, Sánchez Torres N, Rodríguez Cortes V. Diferencias por sexo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en la Unidad de Cuidados Coronarios. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* [Internet]. 2011 [citado 20 Mar 2018]; 17(4): 304-310. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/81>
13. Hernández Samayoa PF. Trombólisis en el Infarto Agudo del Miocardio [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2017 [citado 20 Mar 2018]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10601.pdf
14. Zavala Rubio J de D, Rivera Montellano ML, Sánchez Martínez S, De la Mata Márquez MJ, Torres Rodríguez MM. *Aten Fam* [Internet]. 2019 [citado 20 Mar 2018]; 26(4):129-133. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atenfam/af-2019/af194c.pdf>
15. Rego Ávila H, Vitón Castillo AA, Germán-Flores L, Linares Cánovas LP, Lazo Herrera LA. Terapia trombolítica en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Rev Cuban Cardiol [Internet]. 2020 [citado 20 Mar 2018]; 26(2):1-5. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/849>

16. Vitón Castillo AA, Casabella Martínez S, Bermúdez Ruiz JA, García Contino A, Lorenzo Velázquez BM. Terapia trombolítica en pacientes con infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados

intensivos coronarios. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [citado 20 Mar 2018]; 14(2): 94-102. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/275>

Characterization of patients with acute coronary syndrome with ST elevation in a Coronary Care Unit

ABSTRACT

Introduction: the acute coronary syndrome is one of the main causes of consultation in the emergency and cardiology services, with a high mortality rate and high costs for society. **Objective:** to characterize patients with acute coronary syndrome with ST elevation admitted to a Coronary Intensive Care Unit. **Method:** an observational, descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out in patients admitted to the Celia Sánchez Manduley Clinical-Surgical Hospital, from January to December 2018. From a universe of 116 patients, a sample of 98 patients was selected for the study. The variables were analyzed: age, sex, comorbidity, coronary history, coronary risk factors, topography of the infarction, complications and thrombolysis. **Results:** males predominated (65.30%), and the age group 60-69 years (30.61%). Hypertension was the main comorbidity (73.47%) and angina pectoris prevailed (48.98%) as coronary history. Lower face infarction predominated (34.70%), while extension to the right ventricle was the complication with the highest number of cases in patients who did not receive thrombolysis. **Conclusions:** in the acute coronary syndrome with elevation of the ST it affected more frequently the patients in the sixth decade of life, with a predominance of the male sex. The risk factor that is most reported is high blood pressure. The frequency with which complications occurred is low in patients who received thrombolytic treatment.

Keywords: ST segment elevation; Arterial hypertension; Acute myocardial infarction; Acute coronary syndrome; Thrombolytic therapy



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.