

Síndrome Coronario Agudo: Eventos clínicos y mortalidad extrahospitalaria a 180 días de seguimiento (HLGL)

Acute Coronary Syndrome: Clinical events and extrahospital mortality at 180 days of follow up (HLGL)

Drs. Joel R. Juárez P.¹, Kaduo Jesús Arai² MASVC

¹Cardiólogo Clínico, Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental ASCARDIO - UCLA. Barquisimeto – República Bolivariana de Venezuela. ²Cardiólogo Clínico, Coordinador de la Unidad de Cuidados Coronarios. Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental ASCARDIO. Barquisimeto – República Bolivariana de Venezuela.

RESUMEN

Para describir la evolución clínica de los pacientes con síndrome coronario agudo desde su egreso hasta los 180 días de seguimiento tratados en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”, se realizó un estudio descriptivo y ambispectivo, seleccionando 65 pacientes desde julio 2019 a enero 2020. Los más afectados fueron hombres (56,92 %) entre 61-70 años (43,08 %). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron SCAsEST (52,31 %) y SCACEST (47,69 %); la localización predominante fue la cara anterior (51,61 %). Solo 15,38 % recibió trombolíticos, resultando 40 % exitosas y 26,15 % recibieron intervención coronaria

percutánea. Los diagnósticos de egreso fueron IM Q (44,62 %), IM no Q (35,38 %), angina inestable (18,46 %) y MINOCA (1,54 %). 70,77 % permaneció hospitalizados ≤5 días. En el seguimiento, la mortalidad a 6 meses fue 6,15 %, siendo mayor a los 30 días (4,62 %). La supervivencia fue de 92,85 %. A los 30 días, las hospitalizaciones (7,69 %) y las defunciones (4,62 %) fueron mayores a diferencia de las visitas a emergencia donde se registraron más a los 90 y 180 días (8,06 % y 6,56 %, respectivamente). Asimismo, las hemorragias fueron similares en los tres momentos estudiados (3,08 %, 3,23 % y 4,92 %), siendo hemorragias menores. 4,62 % reportó nuevos eventos coronarios a los 30 días y 1,61 % a los 90 días. Las causas de defunciones, visitas a emergencias y hospitalizaciones fueron principalmente cardiovasculares. En conclusión, la mortalidad y el resto de eventos fueron inferiores a otros registros incluyendo el registro GRACE. Esto sirve para reflexionar sobre la importancia del seguimiento para el éxito de la prevención secundaria.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Joel R. Juárez

Dirección: ASCARDIO - Carrera 17 con calle 12, Barrio La Feria. Barquisimeto Edo. Lara CP 3001 República Bolivariana de Venezuela.

E-mail: Venezuela.med2010@gmail.com

Tel: +58 (412) 3475395.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES:

Ningún autor tiene conflictos de interés.

Ambos autores intervinieron en la investigación en partes iguales (50 % y 50 %).

Recibido en: Marzo 27, de 2023

Aceptado en: Marzo 29, de 2023

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, estudios de seguimiento, infarto de miocardio, mortalidad, angina inestable.

SUMMARY

To describe the clinical evolution of patients with acute coronary syndrome from discharge to 180 days of follow-up treated at the Coronary Care Unit of the “Dr. Luis Gómez López” University Hospital, a descriptive and ambispective study was carried out, selecting 65 patients from July 2019 to January 2020. The most affected were men (56.92 %) between 61-70 years

old (43.08 %). The most frequent admission diagnoses were STEACS (52.31 %) and STEACS (47.69 %); the predominant location was the anterior face (51.61 %). Only 15.38 % received thrombolytics, with 40 % being successful and 26.15 % received percutaneous coronary intervention. Discharge diagnoses were QMI (44.62 %), non-QMI (35.38 %), unstable angina (18.46 %) and MINOCA (1.54 %). 70.77 % remained hospitalized ≤ 5 days. In follow-up, mortality at 6 months was 6.15 %, being higher at 30 days (4.62 %). Survival was 92.85 %. At 30 days, hospitalizations (7.69 %) and deaths (4.62 %) were higher, unlike emergency visits where more were recorded at 90 and 180 days (8.06 % and 6.56 %, respectively). Likewise, the hemorrhages were similar in the three moments studied (3.08 %, 3.23 % and 4.92 %), being minor hemorrhages. 4.62 % reported new coronary events at 30 days and 1.61 % at 90 days. The causes of death, visits to the emergency room and hospitalizations were mainly cardiovascular. In conclusion, mortality and other events were lower than other registries, including GRACE registry. This serves to reflect on the importance of follow-up for the success of secondary prevention.

Key words: Acute coronary syndrome, follow-up studies, myocardial infarction, mortality, unstable angina.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en el mundo. De hecho, las ECV constituyen uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea, y entre ellas, la enfermedad arterial coronaria es la manifestación más prevalente. A pesar de las estrategias terapéuticas modernas, las tasas de muerte, reinfarcto y readmisiones de los pacientes con SCA siguen siendo altas ⁽¹⁾.

Recientemente Ortiz J y Arai K, determinaron el riesgo cardiovascular de los síndromes coronarios agudos tratados en el servicio de cardiología del Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”, siendo para los eventos con ST elevados un 49,12 % de riesgo alto por escala de TIMI y para los eventos sin ST elevado de un 71,05 % de moderado a alto riesgo ⁽²⁾. Esto supone una estrategia terapéutica agresiva para lograr metas aceptables a corto y mediano plazo. Estos mismos autores pudieron describir una mortalidad intrahospitalaria en el SCA de solo un 3 % representando esta solo un 10 % de todas las complicaciones ⁽²⁾. Se ha considerado

esta mortalidad una de las más bajas reportadas en nuestro país.

Por lo antes expuesto, se consideró pertinente realizar un estudio que permita describir la evolución clínica de los pacientes con síndrome coronario agudo desde su egreso hasta los 180 días del seguimiento, con el propósito de conocer la frecuencia de complicaciones, reingresos y defunciones tras el evento coronario agudo.

METODOLOGÍA

Se efectuó una investigación de tipo descriptivo y ambispectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes que en su evolución hospitalaria y a su egreso tenían el diagnóstico de SCA durante el lapso julio 2019 – enero 2020, en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital General Universitario “Dr. Luis Gómez López” en la ciudad de Barquisimeto.

Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, indistintamente del sexo, pacientes con diagnóstico al ingreso de síndrome coronario agudo, cuyo diagnóstico de infarto de miocardio o angina inestable se haya confirmado al momento del egreso. La participación en la investigación fue voluntaria. La inclusión se realizó desde el 1ero de julio de 2019 hasta 31 de enero de 2020, y los últimos pacientes incluidos fueron seguidos hasta finales del mes de julio de 2020.

Los pacientes fueron seleccionados de dos formas, la primera de forma directa al momento del egreso. En vista de la baja cantidad de pacientes incluidos de esta forma prospectiva (24 pacientes), con la finalidad de ampliar el tamaño muestral, se procedió a incluir a los pacientes de forma retrospectiva, mediante la revisión de las historias médicas para obtener los datos de contacto. De esta forma fueron incluidos 41 pacientes, sumando un total de 65 casos.

Se recolectaron los datos demográficos, características clínicas durante la hospitalización, parámetros paraclínicos y tratamiento recibido. Posteriormente se realizó el seguimiento obteniendo

los datos de asistencia a salas de emergencias, hospitalizaciones, presencia de hemorragias, nuevos eventos coronarios y defunción a los 30 días, 90 días y 180 días; catalogando los eventos en cardiovasculares o no cardiovasculares dependiendo de su origen. Se designó como eventos cardiovasculares aquellos que incluyen al IM, insuficiencia cardíaca, arritmias, enfermedad cerebrovascular, hemorragias no traumáticas y muerte súbita; y como eventos no cardiovasculares a cualquier otro que no sea catalogado como cardiovascular. El seguimiento se llevó a cabo vía telefónica. Los datos fueron cargados a una base de datos diseñada en Excel y el análisis se realizó mediante el programa Statal Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows. Para la presentación de los datos se utilizaron medidas de estadística descriptiva como: porcentajes, media, desviación estándar y percentiles, y se graficaron algunos datos en curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

De un total de 245 pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López” en el lapso de julio de 2019 y enero de 2020, ingresaron 157 pacientes por otras causas cardiovasculares y 87 pacientes por SCA. De estos últimos 22 pacientes fueron excluidos por no tener datos completos para establecer el contacto, por lo que solo 65 pacientes cumplieron los criterios de inclusión.

El promedio de edad fue de $67,0 \pm 10,94$ años, siendo los más afectados el grupo de 61-70 años con 43,08 %, seguido del rango de 51-60 años y de 71-80 años con 20 % cada uno. El 56,92 % fueron hombres (Cuadro 1). Entre los hallazgos electrocardiográficos (Cuadro 1) se evidenció que 47,69 % tenían elevación del segmento ST. De estos 54,84 % se localizaba en la cara anterior, 38,71 % en cara inferior y en menor frecuencia lateral con 6,45 %. En el Cuadro 1 se aprecia también los diagnósticos de ingreso y egreso; prevaleciendo al ingreso el SCAsEST en 52,31 % de los pacientes y el resto para el evento tipo IMcEST. En cuanto

a los diagnósticos de egreso fueron en orden de frecuencia IM Q con 44,62 %, IM no Q con 35,38 %, angina inestable en 18,46 % y MINOCA en 1,54 % (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características Basales de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo tratados en la Unidad de Cuidados Coronarios. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

Características Basales	Nº	%
Edad (Años)		
≤50	2	3,08
51-60	13	20,0
61-70	28	43,08
71-80	13	20,0
81-90	8	12,31
≥91	1	1,54
Sexo		
Masculino	37	56,92
Femenino	28	43,08
Características electrocardiográficas		
Elevación del ST	31	47,69
Sin elevación del ST	34	52,31
Cara de la elevación del ST		
Anterior	17	54,84
Inferior	12	38,71
Lateral	2	6,45
Diagnóstico de Ingreso		
IMcEST	31	47,69
SCAsEST	34	52,31
Diagnóstico de Egreso		
Angina Inestable	12	18,46
IM No Q	23	35,38
IM Q	29	44,62
MINOCA	1	1,54
Días de hospitalización		
≤5 días	46	70,77
6-10 días	17	26,15
≥11 días	2	3,08
Procedimientos Realizados		
Trombolizados	10	15,38
No Trombolizados	55	84,62
Éxito de la trombólisis		
Exitosas	4	40%
No Exitosas	6	60%
Procedimientos Coronarios Invasivos		
Coronariografía Diagnóstica	2	3,08
Angioplastias	17	26,15
Sin procedimientos	46	70,77

IMcEST: Infarto de miocardio con elevación del segmento ST. **SCAsEST:** Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. **IM:** Infarto de miocardio. **MINOCA:** siglas en inglés de “Infarto de miocardio sin lesiones obstructivas en las arterias coronarias”.

Por otra parte, se estimó el tiempo de hospitalización (Cuadro 1), cuyo promedio fue de $4,86 \pm 2,71$ días; donde 70,77 % permanecieron menos de 5 días; 26,15 % entre 6-10 días y 3,08 % más de 11 días.

Con referencia a los procedimientos realizados durante la hospitalización (Cuadro 1), 15,38 % recibió terapia trombolítica, de los cuales 40 % fueron catalogados como exitosas y 60 % como trombólisis fallida. Al 26,15 % se les realizó angioplastia y 3,08 % fue solo coronariografía diagnóstica. Cabe señalar que 70,77 % no se les realizó ningún procedimiento.

Durante la evolución clínica de los pacientes egresados con SCA (Cuadro 2), se evidencia que a los 30 días el 18,46 % de los pacientes reportaron

algún tipo de evento, de lo que se desglosa una mortalidad de 4,62 %, con igual porcentaje de visitas a las emergencias. Las rehospitalizaciones fueron el 7,69 % y los nuevos eventos coronarios el 4,62 %. La hemorragia como evento adverso solo representó el 3,08 %. En cambio, a los 90 días, el 14,51 % de los pacientes presentó algún evento, con una menor mortalidad y necesidad de hospitalizaciones (ambas 1,61 %). También se observó una mayor necesidad de visitas a salas de emergencias (8,06 %) y un comportamiento mantenido en cuanto a la aparición de hemorragias (3,23 %). A los 180 días siguió disminuyendo la recurrencia de eventos (11,47 %), obteniendo 6,56 % de visitas a emergencias y 4,92 % de eventos hemorrágicos. No hubo eventos fatales (Cuadro 2).

Cuadro 2. Seguimiento en la evolución clínica de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los 30 días, 90 días y 180 días. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

Evolución Clínica	30 días		90 días		180 días		Acumulativo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Defunciones	3	4,62	1	1,61	0	0,0	4	6,15
Visitas a Emergencias	3	4,62	5	8,06	4	6,56	12	18,46
*Hospitalizaciones	5	7,69	1	1,61	0	0,0	6	9,23
Hemorragias	2	3,08	2	3,23	3	4,92	7	10,77
Eventos Coronarios	3	4,62	1	1,61	0	0,0	4	6,15
Total de Eventos	12	18,46	9	14,51	7	11,47	28	43,08
	n=65		n=62		n=61		n=65	

*Los eventos coronarios fueron contados también dentro de las hospitalizaciones y uno de los pacientes durante la hospitalización a los 30 días falleció.

Al evaluar la supervivencia durante todo el seguimiento, se encontró que 93,85 % de los pacientes, después del alta de un síndrome coro-

nario agudo inicial, lograron sobrevivir tras 180 días de seguimiento. Pero durante los primeros 30 días es donde se observa un mayor descenso

de la sobrevida, alcanzando el 95,38 % de los participantes del estudio, lo que representa un

4,12 % de mortalidad (Figura 1).

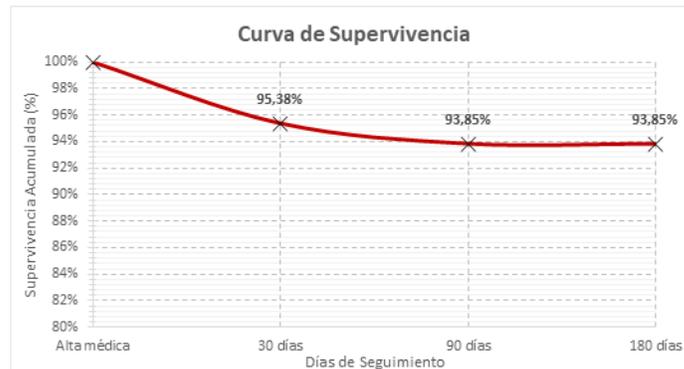


Figura 1. Curva de Supervivencia registrada durante todo el seguimiento de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

En cuanto al total de eventos clínicos ocurridos durante el seguimiento (Figura 2), se encontró que los pacientes que fueron quedando libres de eventos fueron el 81,54 % a los 30 días; 67,69 % a los 90 días y 56,92 % a los 180 días. El porcentaje acumulado de eventos clínicos al final del seguimiento fue de 43,08 %. Al desglosar los eventos clínicos en los primeros 30 días, se destaca



Figura 2. Curva de pacientes libres de eventos clínicos registrados durante todo el seguimiento con Síndrome Coronario Agudo. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

que las causas de defunciones fueron enfermedad cerebrovascular isquémica, insuficiencia cardíaca complicada con enfermedad renal crónica y muerte súbita, lo que las cataloga como muertes de tipo cardiovasculares. Luego, los motivos de visitas a las emergencias fueron 2 por dolor torácico y 1 por crisis hipertensiva, por lo cual fueron catalogadas de tipo cardiovascular. Las hospitalizaciones se registraron por nuevos eventos coronarios en 3 de los casos, siendo las causas 1 por IMsEST, 1 por infarto de miocardio no especificado y 1 por angina post-infarto de miocardio. El paciente que falleció por la enfermedad cerebrovascular isquémica estuvo hospitalizado por esta condición hasta su fallecimiento. El paciente que presentó taquicardia ventricular sostenida como causa de hospitalización fue manejado de forma satisfactoria y egresado. Por todo ello, se catalogó que todas las hospitalizaciones fueron por causas cardiovasculares y estando 3 de ellas más de 3 días hospitalizados. En 2 pacientes se reportó alguna hemorragia, 1 de ellas por hematoma espontáneo y la otra por petequias secundaria a INR prolongado, considerándose todas las hemorragias como menores, que no ameritaron ninguna valoración médica (Cuadro 3).

Cuadro 3. Eventos clínicos registrados durante el seguimiento de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los 30 días. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

Eventos Clínicos a los 30 días	Nº
Causas de defunciones	
Enfermedad cerebrovascular isquémica	1
IC complicada con Enfermedad renal crónica	1
Muerte Súbita	1
Tipo de Muerte	
Cardiovascular	3
No Cardiovascular	0
Visitas a Emergencias	
Dolor Torácico	2
Crisis Hipertensiva	1
Tipo de Visita	
Cardiovascular	3
No Cardiovascular	0
Hospitalizaciones	
IMsEST	1
Infarto de Miocardio (No especificado)	1
Angina Post-infarto de Miocardio	1
Enfermedad Cerebrovascular Isquémica	1
Taquicardia Ventricular Sostenida	1
Tipo de Hospitalización	
Cardiovascular	5
No Cardiovascular	0
Días de Hospitalización	
<3 días	2
≥3 días	3
Hemorragias	
Hemorragia Menor	2
Hemorragia Mayor	0
Nuevos Eventos Coronarios	3

IC: Insuficiencia cardíaca. **IMsEST:** Infarto de miocardio sin elevación del ST.

A los 90 días solo se registró una defunción por trauma cráneo encefálico severo (No Cardiovascular). Asimismo, los motivos de visitas a emergencias corresponden 2 por dolor torácico, 1 por insuficiencia cardíaca, 1 por litiasis vesicular y 1 por retención aguda de orina. Por ello se catalogaron 3 de tipo cardiovascular y 2 no cardiovascular. La causa de hospitalización fue por angina inestable (Tipo cardiovascular), manteniéndose hospitalizado por 2 días y se consideró como un nuevo evento coronario. También se presentaron 2 hemorragias menores, 1 de ellas por hematomas espontáneos y 1 por sangrado por las encías (Cuadro 4).

Cuadro 4. Eventos clínicos registrados durante el seguimiento de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los 90 días. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

Eventos Clínicos a los 90 días	Nº
Causas de defunciones	
TCE Severo	1
Tipo de Muerte	
Cardiovascular	0
No Cardiovascular	1
Visitas a Emergencias	
Insuficiencia Cardíaca Aguda	1
Dolor Torácico	2
Litiasis Vesicular	1
Retención Aguda de Orina	1
Tipo de Visita	
Cardiovascular	3
No Cardiovascular	2
Hospitalizaciones	
Angina Inestable	1
Tipo de Hospitalización	
Cardiovascular	1
No Cardiovascular	0
Días de Hospitalización	
2 días	1
Hemorragias	
Hemorragia Menor	2
Hemorragia Mayor	0
Nuevos Eventos Coronarios	1

TCE: Traumatismo Craneoencefálico.

A los 180 días no se registraron defunciones, hospitalizaciones o nuevos eventos coronarios. Solo se registraron 4 visitas a salas de emergencias, donde 2 fueron por dolor torácico, 1 por insuficiencia cardíaca y 1 por enfermedad arterial periférica, catalogándose 3 de tipo cardiovascular y 1 no cardiovascular. El otro evento registrado fue la hemorragia, donde 2 fueron por hematomas espontáneos y 1 por petequias secundaria a INR elevado, siendo todas de tipo hemorragia menor. Además, la hemorragia por INR elevado ameritó valoración médica para ajuste de tratamiento (Cuadro 5).

Cuadro 5. Eventos clínicos registrados durante el seguimiento de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los 180 días. Hospital Universitario “Dr. Luis Gómez López”.

Eventos Clínicos a los 180 días	Nº
Visitas a Emergencias	
Insuficiencia Cardíaca	1
Dolor Torácico	2
Enfermedad Arterial periférica	1
Tipo de Visita	
Cardiovascular	3
No Cardiovascular	1
Hemorragias	
Hemorragia Menor	3
Hemorragia Mayor	0

DISCUSIÓN

Como se pudo observar en los datos presentados la población coinciden con los registrados en otros países de la región ^(3,4).

El diagnóstico principal de ingreso fue el SCAsEST. Sin embargo, el diagnóstico principal de egreso fue el IM con onda Q. Además se pudo observar una alta incidencia de IMcEST comparado con otros trabajos, donde tiende a ser más frecuente los pacientes sin elevación del ST ⁽⁵⁾. EL servicio de cardiología del Hospital “Dr. Luis Gómez López” figura como un centro de referencia regional, lo que puede explicar estas estadísticas, asumiendo que se ingresan pacientes de manejo más complejo. Por otra parte, a pesar de haber mayor cantidad de pacientes con el diagnóstico de IMcEST, se realizaron pocos procedimientos invasivos y trombólisis (26,15 % se les realizó angioplastia, 3,08 % coronariografía diagnóstica y 15,38 % trombólisis). Esto se debió a que muchos de los pacientes ingresaron fuera de ventana terapéutica para trombolizar, se manejaron conservadoramente guiados por las pautas de manejo clínico de la institución. Además, el no contar con una “seguridad social” que cubra los altos costos de los procedimientos invasivos, siendo

limitada la capacidad resolutive según las pautas internacionales para esta patología.

Para varios autores, el seguimiento a los primeros 30 días, 180 días y al año es crucial por la alta tasa de eventos. En este estudio, a los 30 días se presentaron 12 eventos totales representando un 18,46 %; de los cuales la mortalidad y las re hospitalizaciones fueron los eventos más importantes (4,62 % y 7,69 % respectivamente), siendo las principales causas de origen cardiovascular. Al final de los 180 días de seguimiento, encontramos una mortalidad total de 6,15 %, siendo 4,62 % por causas cardiovasculares. Los nuevos eventos coronarios fueron 6,15 %, de los cuales la mitad fueron por IM y la otra mitad por episodios de angina inestable. Las rehospitalizaciones estuvieron presentes en el 9,23 % de los pacientes y 93,85 % de la población estudiada en esta investigación estuvo libre de nuevos eventos coronarios al final del seguimiento. Estos datos fueron mucho más bajos a los esperados comparados con otros estudios ⁽⁴⁻⁷⁾, ya que por ser pacientes a quienes la mayoría no se les realizó estrategias invasivas o trombólisis, podría inferirse una mayor incidencia de eventos en el seguimiento.

Si hacemos un análisis de los datos obtenidos al final del seguimiento a 6 meses, para ser comparados con los hallazgos publicados por Ortiz J y Arai K⁽²⁾, conociendo que ambas poblaciones son de similares características y fueron estudiadas en períodos de tiempo similares, podemos obtener como resultado de este análisis que la mortalidad total tras presentar un síndrome coronario agudo y hasta los 180 días es de 9,15 %; ya que en el estudio de Ortiz J y Arai K, se reportó una mortalidad intrahospitalaria de 3 %, y en este estudio de seguimiento a 6 meses fue de 6,15 %. Al contrastar estos hallazgos con los reportados en el GRACE ⁽⁹⁾, uno de los registros de síndrome coronario agudo más importantes a nivel mundial, la mortalidad intrahospitalaria se presentó en 7,5 % de los casos, y a los 6 meses la mortalidad fue de 12,1 %. Nuestros resultados se encuentran por debajo de este registro global. En este mismo sentido, al revisar con mayor detalle los resultados publicados por Ortiz y Arai, la mayoría de la población estudiada era una población de alto y moderado riesgo según la escala del TIMI, la cual

fue aplicada al momento del ingreso en la unidad de cuidados coronarios, lo que nos permite estimar que eran pacientes en los que se esperaba una mayor tasa de eventos cardiovasculares, y a pesar de ello no fue así. El tener una baja mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento de 6 meses de tan solo 9,15 %, donde la estrategia de estratificación invasiva solo llegó a un tercio de la población estudiada, nos podría estar indicando que las medidas y conductas terapéuticas farmacológicas durante la hospitalización y el manejo adecuado pos-egreso están teniendo un gran impacto en los puntos finales evaluados.

Otro aspecto investigado fue la presencia de hemorragias a los 30 días, 90 días y 180 días. En este estudio la frecuencia de hemorragias fue de 3,08 %, 3,23 % y 4,92 % a los 30, 90 y 180 días respectivamente; y 10,77 % de eventos hemorrágicos totales acumulados al final del seguimiento; donde todos fueron hemorragias menores, representados por hematomas espontáneos, petequias por INR elevado y sangrado por encías. Esto significó una incidencia menor de eventos hemorrágicos.

Las hemorragias graves ocurren entre el 3 % y el 5 % de los pacientes posterior al SCA, y las hemorragias leves entre 5 % a 10 % ⁽¹⁰⁾. Existen reportes de eventos hemorrágicos divergentes según la clasificación de hemorragias que se utilice. En el caso de otras investigaciones ⁽¹¹⁾, los eventos hemorrágicos fueron más elevados, ocupando el 33 % de los pacientes estudiados, pero ellos usaron la clasificación de BARC ocupando las BARC1 (sangrado mínimo) el 12 % y BARC2 el 13,4 % (hemorragia clínicamente visible, pero no grave).

Los resultados de este seguimiento son alentadores ya que se observaron tasas de visitas a servicios de emergencias, hospitalizaciones y de mortalidad similares a las más bajas reportadas en los estudios que usamos de referencia. Aunque no se puede afirmar por este estudio, se considera que la buena evolución y la explicación de los resultados dependen de varios factores, entre ellos, el correcto diagnóstico de los pacientes, la rápida actuación, la posibilidad de realizar procedimientos intervencionistas exitosos, los controles médicos frecuentes, la educación sanitaria impartida y el seguimiento periódico adecuado. Es posible que

el programa de prevención secundaria haya tenido también un impacto importante en los resultados observados y ello estaría enfatizando en la necesidad de redoblar esfuerzos en la prevención e intervención a largo plazo luego de eventos como el Síndrome Coronario Agudo. Sin embargo, queda el desafío de continuar con esta investigación para definir resultados a más largo plazo, pudiendo incluso ampliar la población especificando más los datos según la patología presentada y el tratamiento establecido, junto a los cambios en el estilo de vida de los pacientes; e incluso establecer factores de riesgos determinantes en la población que presentó los eventos, a fin de realizar una estratificación del paciente tras la hospitalización para tomar medidas más enfáticas que mejoren el pronóstico de este grupo.

CONCLUSIONES

La mortalidad global y las complicaciones tras el alta por SCA en el Servicio de Cardiología del Hospital “Dr. Luis Gómez López” entre julio de 2019 y enero de 2020 fue considerablemente baja comparado con todos los estudios de referencia de la región incluso comparado con el registro global GRACE. Esto nos muestra que tanto la estratificación de riesgo, el abordaje terapéutico y las estrategias de prevención secundaria aplicadas a los pacientes en estudio podrían tener un impacto significativo en el desarrollo de complicaciones a corto y mediano plazo. Además, conociendo que el nuestro servicio de cardiología ingresa predominantemente paciente de alto y moderado riesgo según la escala TIMI, y se esperaban mayores tasas de complicaciones, no ocurrió así.

A pesar de tener muchas limitaciones económicas para el abordaje invasivo y la realización de procedimientos guiados por los protocolos internacionales, los resultados son muy alentadores. Es importante hacer énfasis en los primeros 30 días del seguimiento, ya que como pudimos observar, es el momento donde más se presentaron eventos tras la alta médica. Debemos seguir evaluando las causas de los eventos ocurridos, para establecer estrategias que nos permitan prevenir estas complicaciones.

REFERENCIAS

1. Battilana J, Cáceres C, Gómez N, Centurión O. Fisiopatología, perfil epidemiológico y manejo terapéutico en el síndrome coronario agudo. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2020;18:84-96.
2. Ortiz J, Arai K. Síndrome Coronario Agudo: complicaciones y mortalidad intrahospitalaria en unidad de cuidados coronarios (HLGL). *Avances Cardiol*. 2021;41:182-188.
3. Burdiat G, Olald C, Tejada J, Benkel E. Mortalidad y reingreso hospitalario de pacientes con enfermedad coronaria en un seguimiento a cinco años. *Rev Urug Cardiol*. 2018;33:33-63.
4. Costabel J, Zaidel E, Rivero M, Gómez I, Pérez G, Garmendia C, et al. Registro multicéntrico prospectivo de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en centros de alta complejidad. Resultados intrahospitalarios y evolución a 6 meses (Buenos Aires I). *Rev Arg Cardiol*. 2020;88:308-316.
5. Echeverri D, Coy A, Bastidas A, Ortiz J. Factores asociados a mortalidad a 30 días en pacientes mayores de 75 años llevados a cateterismo cardíaco. *Rev Colomb Cardiol*. 2017;24:327-333.
6. Southern D, Ngo J, Martin B, Galbraith D, Knudtson M, Ghali W, et al. Characterizing Types of Readmission after Acute Coronary Syndrome Hospitalization: Implications for Quality Reportin. *JAm Heart Assoc*. 2014;3:e001432.
7. Kim L, Yeo I, Cheung J, Swaminathan R, Wong S, Charitakis K, et al. Thirty-Day Readmission Rates, Timing, Causes, and Costs after ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction in the United States: A National Readmission Database Analysis 2010–2014. *J Am Heart Assoc*. 2018;7:e009863.
8. Vañó J, Fácila L, Montagud V, Fernández C, Fabregat O, Belchi J, et al. Factores predictores de reingreso por síndrome coronario agudo en pacientes tratados con doble antiagregación. Utilidad del estudio genético de resistencia a clopidogrel. *Rev Esp Cardiol*. 2018;69:725.
9. Tang E, Wong C, Herbinson P. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. *Am Heart J*. 2007;153:29-35.
10. Sánchez M, Manzano S, Valdés M, Marín F. ¿Por qué debemos estratificar el riesgo hemorrágico junto con el isquémico en síndrome coronario agudo? *Rev Esp Cardiol*. 2014;14:10-17.
11. Gómez R, Mendoza F, Charry P, Calderón L, Castro P, Hurtado E, et al. Factores asociados a la presencia de sangrado clasificados por el Bleeding Academic Research Consortium, en pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a intervención coronaria percutánea. *Rev Colomb Cardiol*. 2017;24:15-25.