

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

<https://doi.org/10.35381/s.v.v8i1.3838>

Caracterización demográfica y clínica de pacientes atendidos con síndrome coronario agudo

Demographic and clinical characterization of patients treated for acute coronary syndrome

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla

ma.dayanamtl58@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-9388-7573>

Angel Eduardo Reinoso-Alban

ma.angelera18@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-0143-3655>

María Fernanda Cueva-Moncayo

ua.mariafcueva@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-8440-5352>

Recibido: 15 de octubre 2023

Revisado: 10 de diciembre 2023

Aprobado: 15 de enero 2024

Publicado: 01 de febrero 2024

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar demográficamente en la clínica de pacientes atendidos con síndrome coronario agudo. **Método:** Descriptivo observacional, la población fue de 142 pacientes con Diagnóstico de IAM que acudieron a realizarse exámenes de troponina I (cardio específica) en el período comprendido entre Julio de 2021 a Julio de 2022. **Resultados:** El grupo etario con más casos reputados de síndrome coronario agudo comprende 61-80 años, donde más del 50% tenía por encima de 61 años. En su mayoría fueron del sexo masculino con 55.63% y Mujeres con 44.36%, más del 69,71 % pertenecían al área urbana, con una escolaridad primaria, y con valores de triglicéridos altos en el 40.84% de los pacientes.

Descriptores: Síndrome coronario agudo; angina de pecho; enfermedades cardiovasculares. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To characterize demographically in the clinic of patients attended with acute coronary syndrome. **Methods:** Descriptive observational study, the population consisted of 142 patients diagnosed with AMI who attended for troponin I (cardiac-specific) tests between July 2021 and July 2022. **Results:** The age group with the most cases of acute coronary syndrome was 61-80 years, where more than 50% were over 61 years of age. The majority were male with 55.63% and women with 44.36%, more than 69.71% belonged to the urban area, with primary schooling, and with high triglyceride values in 40.84% of patients.

Descriptors: Acute coronary syndrome; angina pectoris; cardiovascular diseases. (Source: DeCS).

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo ^{1 2 3 4} es un tipo de cardiopatía coronaria isquémica causado por la obstrucción parcial o total de una arteria por un trombo que se origina a partir de la rotura o erosión de una placa vulnerable, que posteriormente genera isquémica o en casos graves necrosis miocárdica en dependencia del grado de obstrucción del flujo sanguíneo y el porcentaje de pared miocárdica que se encuentra afectada ^{5 6 7 8 9 10}. La mayoría de los casos suelen presentarse en mayores de 35 años. Los factores de riesgo del SCA son hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sexo masculino, la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia, el sedentarismo, la obesidad familiar y las malas prácticas nutricionales así también antecedentes familiares de SCA o infartos previos. ^{11 12}

El síntoma más común del SCA es el dolor torácico generalmente por el cual el paciente acude a consulta, seguido de opresión retroesternal y una sensación de muerte inminente con irradiación al brazo izquierdo o derecho, cuello o la mandíbula, esta percepción es subjetiva y varia de persona a persona. Además, puede estar acompañado de otra sintomatología como diaforesis, dolor abdominal, disnea, síncope y presentaciones atípicas como dolor en epigastrio (especialmente en infartos de cara inferior). La mayoría de estas características en los síntomas pueden ayudar a apuntar al diagnóstico y guiar un manejo adecuado del paciente ^{13 14}.

Cuando existe la sospecha de un Síndrome coronario agudo debemos realizar acciones diagnósticas que permitan al mismo tiempo estimar el riesgo de muerte de eventos isquémicos mucho más graves que sean fatales. Entre ellos tenemos la historia clínica, el examen físico, realizar un electrocardiograma juntamente con marcadores bioquímicos cardio específicos. ¹⁵

Actualmente se plantea el valor clínico de los biomarcadores cardiacos para el diagnóstico confiable y rápido en las urgencias cardiacas con son el SCA, específicamente las Troponinas¹¹. Dando como resultado que incluso pequeñas elevaciones de Troponina T o I van a traducirse en un paciente que tengan un alto

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

riesgo de muerte o recurrencia de eventos isquémicos en comparación con un paciente que presente valores de troponina por debajo del valor normal¹².

Se tiene por objetivo caracterizar demográficamente en la clínica de pacientes atendidos con síndrome coronario agudo.

MÉTODO

Descriptivo observacional.

La población fue de 142 pacientes con Diagnóstico de IAM que acudieron a realizarse exámenes de troponina I (cardio específica) en el período comprendido entre Julio de 2021 a Julio de 2022.

La recolección de los datos se realiza mediante el cumplimiento de las normas nacionales e internacionales de bioética de la investigación como:

- a) Cumplir con los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.
- b) Garantizar la confidencialidad de la información recopilada durante la investigación.
- c) Según el Anexo 12. Instructivo Para Protocolos de Investigación en Estudios Observacionales con Muestras Biológicas o con Participación de Población Vulnerable.

Criterios de Inclusión

- Pacientes de cualquier edad con Diagnóstico de IAM previo a la realización de troponinas.
- Artículos científicos actualizados 2018 hasta 2023 obtenidos de bases de información confiables.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de IAM sin exámenes de Colesterol y Triglicéridos y que no hayan completado las variables Sociodemográficas: edad, sexo, procedencia y Laboratoriales como enzimas cardíacas, Colesterol total y Triglicéridos.

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

RESULTADOS

El grupo etario con más casos reputados de síndrome coronario agudo comprende 61-80 años, donde más del 50% tenía por encima de 61 años. En su mayoría fueron del sexo masculino con 55.63% y Mujeres con 44.36%, más del 69,71 % pertenecían al área urbana, con una escolaridad primaria, y con valores de triglicéridos altos en el 40.84% de los pacientes.

Por otro lado, el resultado de la prueba de distribución de chi cuadrado es de X^2 0.00483516 más el grado de libertad igual a 1 y un grado de significancia de 0,05 el chi cuadrado X^2 critico es de 3,84 lo que significa que rechazamos la hipótesis nula “El sexo de los pacientes es independiente de los valores troponinas” y en consecuencia se acepta la hipótesis alternativa “El sexo de los pacientes depende de los valores troponinas”

Además en correlación con los resultados de frecuencia como 38.02% de los pacientes están entre los 61 a 80 años, el 55. 63% son pacientes masculinos, el 69.71% viven en zona urbana y 40.84% tienen el nivel de triglicéridos elevados, tiene coincidencia con los valores descritos en la bibliografía internacional sobre el síndrome coronario agudo, evidenciado por troponinas. Pero se debe destacar que el uso de esta prueba tiene ciertas limitaciones como la muestra que depende de la voluntad del investigador, además del uso de la base de datos de un solo laboratorio que puede generar un sesgo estadístico, lo más recomendable que se realicen cribados más extensos para obtener resultados más fiables.

CONCLUSIONES

Se afirma que el sexo de los pacientes es independiente del valor de troponinas. Como hallazgo se puede decir que el 18.30 % y el 40.84 % de los pacientes tiene valores elevados de colesterol y triglicéridos respectivamente, siendo este un importante factor de riesgo para el síndrome coronario agudo.

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los actores sociales involucrados en el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Nohria R, Antono B. Acute Coronary Syndrome. *Prim Care*. 2024;51(1):53-64. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.07.003>
2. Mehilli J, Presbitero P. Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. *Heart*. 2020;106(7):487-492. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315555>
3. Bergmark BA, Mathenge N, Merlini PA, Lawrence-Wright MB, Giugliano RP. Acute coronary syndromes. *Lancet*. 2022;399(10332):1347-1358. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02391-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02391-6)
4. Damluji AA, Forman DE, Wang TY, et al. Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147(3):e32-e62. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001112>
5. Atwood J. Management of Acute Coronary Syndrome. *Emerg Med Clin North Am*. 2022;40(4):693-706. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.06.008>
6. de Gregorio C, Ferrazzo G, Koniari I, Kounis NG. Acute coronary syndrome from scombroid poisoning: a narrative review of case reports. *Clin Toxicol (Phila)*. 2022;60(1):1-9. <https://doi.org/10.1080/15563650.2021.1959605>
7. Wang L, Jin Y. Noncoding RNAs as Biomarkers for Acute Coronary Syndrome. *Biomed Res Int*. 2020;2020:3298696. <https://doi.org/10.1155/2020/3298696>

Dayana Mercedes Tenorio-Lagla; Angel Eduardo Reinoso-Alban; María Fernanda Cueva-Moncayo

8. Thompson CR. Acute Coronary Syndrome and Aortic Stenosis: A Lethal Combo!. Can J Cardiol. 2022;38(8):1130-1131. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.05.006>
9. Costello BT, Younis GA. Acute Coronary Syndrome in Women: An Overview. Tex Heart Inst J. 2020;47(2):128-129. <https://doi.org/10.14503/THIJ-19-7077>
10. Alblaih L, Huis In 't Veld MA. Allergic Acute Coronary Syndrome-Kounis Syndrome. Immunol Allergy Clin North Am. 2023;43(3):503-512. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2022.10.010>
11. Brown RM. Acute Coronary Syndrome in Women. Emerg Med Clin North Am. 2022;40(4):629-636. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2022.06.003>
12. Harrington J, Jones WS, Udell JA, et al. Acute Decompensated Heart Failure in the Setting of Acute Coronary Syndrome. JACC Heart Fail. 2022;10(6):404-414. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.02.008>
13. Vandoren V, Dujardin K, Timmermans PJ. Acute coronary syndrome related to prosthetic valve endocarditis. Acta Cardiol. 2022;77(10):978-979. <https://doi.org/10.1080/00015385.2022.2100609>
14. Sarathy K, Wells GA, Singh K, et al. Platelet Quiescence in Patients With Acute Coronary Syndrome Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. J Am Heart Assoc. 2021;10(5):e016602. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.016602>
15. Tardif JC, Pfeffer MA, Dubé MP; dal-GenE Investigators. Pharmacogenetics-guided dalcetrapib therapy after an acute coronary syndrome. Eur Heart J. 2022;43(48):5062-5063. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac644>