

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE
PACIENTES SOMETIDOS A
INTERVENCIONISMO CORONARIO
PERCUTANEO**

Dra. Varinia Montero Vega.¹

RESUMEN

Se realiza un estudio longitudinal retrospectivo para describir variables clínicas y demográficas en pacientes del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" aquejados de cardiopatía isquémica, sometidos a intervencionismo coronario percutáneo. La investigación se realiza en el período enero - diciembre de 2007 y se basa en la toma de datos obtenidos en expedientes clínicos de estos pacientes que están archivados y en anamnesis. Se incluyen 50 pacientes a los que se les realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea con resultado exitoso, caracterizados de acuerdo a: edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábito de fumar, dislipidemias, cardiopatía isquémica y número de vasos afectados. La mayoría de los pacientes tratados son menores de 60 años, predomina hipertensión arterial como enfermedad asociada, trato de pacientes infartados después de 72 horas de evolución, con angina inestable.

Palabras clave: ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA CORONARIA, ANCIANO.

INTRODUCCION

La enfermedad isquémica del corazón es uno de los más comunes y serios problemas de la sociedad contemporánea, constituyen la principal causa de fallecimientos con 30 % dentro de la mortalidad global.¹⁻³

¹ *Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cardiología. Instructor.*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 7.3 millones de personas murieron por infarto agudo de miocardio (IMA) en 1998; predice, además, que en 2020 este estimado podría aumentar a 11.1 millones de personas.⁴ Estadísticas de mortalidad en Estados Unidos muestran que la enfermedad coronaria aguda constituye la de mayor peligro de muerte tanto en hombres como en mujeres; cada 29 segundos un americano sufre un evento coronario agudo y muere un paciente cada minuto. El 47 % de personas que sufre un evento coronario morirá ese mismo año.⁵

En relación a tendencias de mortalidad por cardiopatía isquémica en las Américas, Trinidad Tobago presenta la mayor tasa en todos los grupos de edad y en ambos sexos, seguidos por Cuba y Venezuela.⁶

En nuestro país las enfermedades del corazón se sitúan como las primeras causas de muerte en todas las edades desde hace más de 40 años. En la encuesta nacional de factores de riesgo de 1997 se encontró prevalencia de IMA de 7 por cada 1 000 habitantes mayores de 15 años. La incidencia en el año 2000 alcanzó 1.8 por cada 1 000 habitantes del mismo grupo etario, con letalidad de 65.2 %.⁷

En las últimas décadas se evidencia disminución de mortalidad por IMA debido a múltiples causas, entre las que se encuentran; control de factores de riesgo, eficacia de los servicios de urgencia, creación de cuerpos de emergencia intrahospitalaria que priorizan la atención al paciente con sospecha de dolor anginoso, creación de unidades de dolor torácico (UDT) y de unidades de cuidados coronarios monovalente, introducción de trombólisis y desarrollo de la cardiología intervencionista.⁷

La reperfusión mecánica coronaria promueve una importante transformación en el tratamiento de pacientes con angina e IMA, que beneficia a gran número de enfermos a partir del último cuarto de siglo pasado.⁸

Esta revolución terapéutica de preponderante valor favorece a muchos guantanameros aquejados de cardiopatía isquémica, que mejora su calidad y expectativas de vida, y que provoca impacto en nuestra provincia, por lo que se realiza este trabajo para dar a conocer las características de los pacientes beneficiados con este proceder.

METODO

Se realiza un estudio longitudinal retrospectivo con el propósito de identificar características clínicas en pacientes del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de Guantánamo, con cardiopatía isquémica sometidos a intervencionismo coronario en diferentes cardiocentros del país, en el período enero - diciembre de 2007.

El universo está constituido por un total de 50 pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea, en fecha y lugar señalados, cuyas historias clínicas y ambulatorias eran accesibles y contenían toda la información según los propósitos del estudio.

Se estudian las variables: edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, hábito de fumar, dislipidemias, antecedentes isquémicos coronarios y número de vasos enfermos.

RESULTADOS Y DISCUSION

El intervencionismo coronario en pacientes aquejados de cardiopatía isquémica de la provincia Guantánamo, es realizado en los diferentes cardiocentros del país, fundamentalmente en Santiago de Cuba, con elevada tasa de éxito.

El rango de edad de los pacientes estudiados osciló entre 30 y 79 años, con predominio del sexo masculino con un total de 38 enfermos, lo que representa el 76 % del total. Hubo mayor prevalencia en el grupo etario 50 a 59 años con 18 varones (36 %) y 6 féminas (12 %), seguido por el de 50 - 59 años con 18 (36 %) y 6 (12 %), para hombres y mujeres, respectivamente, según nos muestra la Tabla 1.

Aunque es una realidad que la incidencia de cardiopatía isquémica es mayor por encima de los 60 años, edades donde se iguala la incidencia incluso en ambos sexos según lo informado por muchos autores, no se comportó de esa manera en este estudio. Se considera que en este resultado influyeron los criterios de selección y la actitud conservadora de algunos médicos de asistencia, de los pacientes y sus familiares a someterse al proceder. Sin embargo se coincide en gran medida con el informe Final del Registro Nacional de Angioplastia Coronaria (RENAC), con lo publicado por el Dr. Mendel en la

revista del Hospital Juárez, de México, en 1997, y con registros norteamericanos.⁹⁻¹²

Las enfermedades asociadas con mayor incidencia fueron HTA con 41 pacientes (82 %), hábito de fumar con 31 (62 %) y dislipidemias con 18 (36 %), como se aprecia en la Tabla 2. Se realizó angioplastia coronaria mayormente en hipertensos, fumadores e hiperlipidémicos, destacándose la HTA, lo cual se justifica por la gran incidencia de esta entidad en la población cubana, donde se registran cifras del 30 %.^{10,11}

Los diagnósticos previos a la intervención fueron de IMA con 21 pacientes (42 %), seguido por 16 (32 %) y 13 (26 %), de angina estable y angina estable crónica, respectivamente (Ver Tabla 3). Es oportuno señalar que los pacientes con IMA no fueron intervenidos en su fase aguda. El mayor número se trató luego de recibir tratamiento trombolítico, con varios días de evolución del infarto e, incluso, luego del alta hospitalaria, por tener prueba de esfuerzo positiva o presentar angina de pecho.

De igual modo sucedió con los pacientes con angina inestable que no fueron intervenidos o durante la fase aguda, debido a que este es un grupo de enfermos de muy alto riesgo porque el sustrato fisiopatológico lo constituye una placa inestable fisurada o disecada, con presencia de trombos en su interior y, en muchos de los casos, las arterias responsables del episodio agudo están ocluidas; los pacientes son más inestables desde el punto de vista eléctrico y hemodinámico.¹³⁻¹⁵

Esto coincide con la literatura revisada donde los resultados iniciales con intervencionismo no fueron alentadores, lo cual conllevó a la estrategia de "enfriar" el cuadro clínico durante 72 horas, período en el cual solo con el uso de heparina no se obtuvieron buenos resultados ya que se definían un grupo de eventos cardiovasculares mayores.¹⁶⁻¹⁸

En su mayoría, la estenosis se manifestó en un solo vaso con 24 pacientes (48 %). El 32 % la manifestó en dos vasos y, por último, la enfermedad multivasos en 20 % restante. (Ver Tabla 4). Este resultado en cuanto al número de arterias con estenosis significativas coincide con el informe final del RENAC 2001 - 2002 en Chile, a diferencia de estudios norteamericanos que incorporan una mayor cantidad de pacientes con enfermedad de 3 vasos.⁹

En la Tabla 5 se evidencia que mayoritariamente se realizó tratamiento percutáneo a un solo vaso en 44 pacientes (88 %). Esto significa que un número de pacientes se revascularizó de forma incompleta debido a varias razones, dentro de las que se destacan: oclusiones arteriales crónicas, lesiones largas, calcificadas o con angulaciones muy pronunciadas, previas a las lesiones, lo cual dificulta la realización de angioplastia.

Por otra parte, se tomó la decisión de tratar la supuesta lesión responsable para estabilizar la situación clínica del enfermo y mejorar la sintomatología, ya que algunos de estos pacientes presentaban malos lechos distales y función ventricular deprimida que contraindicaba la cirugía de revascularización coronaria, mientras que otro grupo de pacientes no quería someterse al proceder quirúrgico.

Pese a que los cardiólogos intervencionistas y cirujanos siempre tratan de ofrecer una revascularización completa sobre arterias con lesiones significativas, esto no siempre es posible por las razones antes expuestas y predomina en el intervencionismo la revascularización incompleta cuando el paciente no está apto para someterse al acto quirúrgico o se realiza intervención en paciente con enfermedad multivaso pero con episodio coronario agudo donde está reglamentado tratar solamente la lesión más dañada.^{19,20}

Nuestro estudio coincide con los resultados obtenidos por Anderson y Williams, en cuyos trabajos predominaron los pacientes con un solo vaso tratado con el 86.5 %.⁹

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes tratados eran menores de 60 años.
2. Predominó hipertensión arterial, seguida por tabaquismo y dislipidemia como enfermedades asociadas.
3. Se trataron preferentemente pacientes infartados y portadores de angina inestable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saldaña García J H, Solioro S, Rancel A. Calidad de vida en pacientes sometidos a angioplastia arterial coronaria: Informa preliminar. Rev Mex Cardiol. 2003; 14 (3): 94-97.

2. Palencia Herrerón E. The Controlled Abciximab en Device Investigation to Lower Angioplesty Complications (CADILLAC): El stent, superior a la angioplastia coronaria en el infarto agudo del miocardio. N Engl J Med. 2002; II(4) : 351.
3. Stone Gw, Grines Cl, Cox DA. (CADILLAC). N Engl J Med. 2002; 346: 957 - 966.
4. Shuster Pinto A, Sauri A. Actualización en el infarto agudo del miocardio. En: Temas de medicina interna. noviembre 2001. escuela.med.puc.el
5. Angioplastia coronaria autorizadas por el FNR. Año 2002.
6. Dussailant NG, Pacheco CC, Ramírez NA, Ugalde PH. Estudio comparativo de la angioplastia coronaria en pacientes con diabetes. Resultados clínicos y angiográficos inmediatos y evolución clínica en el primer año. Rev Med Chile. 2003; 129(8).
7. Dussailant NG, Marchant E, Donoso PH, Anionat HM. Práctica contemporánea de la angioplastia coronaria en Chile. Informe final del Registro Nacional de Angioplastia Coronaria (RENAC) 2001 - 2002. Rev Med Chile. 2004; 132: 913 - 922.
8. Williams DO, Holub KR, Yeh W, Bourassa MG, Al-Bassam M, Block PC, et al. Percutaneous coronary intervention in the Current Era compared with 1985 - 1986. Circulation. 2003; 102: 2945 - 51.
9. Cannon C, Weintraub W, Demopoulos L. Comparison of early invasive versus conservative strategies in patients with unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction treated with early glycoprotein IIb-IIIa inhibition. N Engl J Med. 2004; 34: 230-8.
10. Michalis LK, Pappas K, Sourla E. Treatment of refractory unstable angina in geographically insolated areas without cardiac surgery. Invasive versus conservative strategy (TRUCS study). Eur Heart J. 2002; 23: 230-8.
11. Spacek R, Straka Z, Jiresova E. Value of first day angiography / angioplasty in involving Non-ST segment elevation myocardial: an open multicenter randomized trial. The VINO Study. Eur Heart J. 2002; 23: 230-8.
12. Sabatine M, Morrow D, Guliano R. Implications of upstream glycoprotein IIb-IIIa inhibition and coronary artery stenting in the invasive management of unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a comparison of the Trmbolysis In Myocardial Infarction(TIMI) IIIB trial and the Traet Angina with Agrastat and determine Cost of Therapy with Invasive or Conservative Strategy(TACTICS)-TIMI 18 Trial. Circulation. 2004; 109(7): 874-80.
13. Fuster V, Frye RL, Kennedy M. The role of collateral circulation in the various coronary syndromes. Circulation. 1979; 59:1137-1144.
14. Colombo A, Morice MC. Randomized study to evaluate sirolimus - eluting stents implanted at coronary bifurcation lesion. Circulation. 2004; 109(10):1244-9.

15. Sharma SK, Choudhury A, Lee J. Simultaneous Kissing stents (SKS) technique for treating bifurcation lesions in medium-to-large size coronary arteries. *Am J Cardiol.* 2004; 94 (7): 913 - 7.
16. Gruntzig AR. Transluminal dilatation of coronary artery stenosis. *Lancet.* 1978; 1: 263.
17. Colombo A, Drzewiecki J, Banning A. For the TAXUS II Study Group. Randomized study to assess the effectiveness of slow-and moderate-release polymer based paclitaxel-eluting stents for coronary artery lesion. *Circulation.* 2003; 108: 788 - 794.
18. Moreno P, Murcia AM, Palacios IF. Coronary composition and macrophage infiltration in atherectomy specimens from patients with diabetes mellitus. *Circulation.* 2003; 102: 2180 - 2184.
19. Adult Health advisor. 2005. 2 INDEX. 2005 Melleson Corporation. Disponible en: <http://www.med.umich.edu>.
20. Bertrand ME, Rupprecht , Urban Ph. Double - blind study of the safety of clopidogrel with and without a loading dose in combination with aspirin compared with ticlopidine in combination with aspirin after coronary stenting, The Clopidogrel Aspirin Stent International Cooperative Study (CLASSICS). *Circulation.* 2004; 202: 624.

TABLA 1. SEXO.

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
30 - 39	1	2.0	-	-
40 - 49	11	22.0	4	8.0
50 - 59	18	36.0	6	12.0
60 - 69	7	14.0		-
70 - 79	1	2.0	2	4.0
TOTAL	38	76.0	12	24.0

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO.

FACTORES DE RIESGO	No.	%
Diabetes mellitus	5	10.0
Hipertensión arterial	41	82.0
Hábito de fumar	31	62.0
Dislipidemia	18	36.0
Obesidad	11	22.0

TABLA 3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.

APP	No	%
Infarto del miocardio	21	42.0
Angina inestable aguda	16	32.0
Angina estable	13	26.0

**TABLA 4. NUMERO DE ARTERIAS
CON ESTENOSIS SIGNIFICATIVAS.**

NUMERO DE VASOS	No.	%
1	24	48.0
2	16	32.0
3	10	20.0

**TABLA 5. NUMERO DE VASOS
TRATADOS POR PACIENTES.**

NUMERO DE VASOS	No.	%
1	44	88.0
2	5	10.0
3	1	2.0