

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Necesidad de una unidad de cuidados coronarios para el ingreso de pacientes con síndrome coronario agudo.

Need for a coronary care unit for the admission of patients with acute coronary syndrome.

Ignacio Martínez Rodríguez (1), Rubén de Jesús Cabrera Compte (3), Ezequiel Suárez Yanes (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional longitudinal descriptivo prospectivo que incluyó 476 pacientes con infarto agudo del miocardio (72% de las cardiopatías isquémicas) que fueron ingresados en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante el quinquenio 2006-2010, para demostrar la necesidad de crear una Unidad de Cuidados Coronarios para el ingreso de pacientes con síndrome coronario agudo. Predominó la forma clínica con dolor en el 92,4% de los pacientes y su localización más frecuente fue en la cara anterior. El 61,3% clasificó como Killip I. En el 55,4% el diagnóstico fue oportuno (<6 horas). La trombolisis se realizó al 64,7% de los pacientes y la principal causa de no trombolisis fue el diagnóstico tardío. El 84,0% de los pacientes tenían como antecedentes patológicos la hipertensión arterial. El 31,5% presentaron trastornos del metabolismo de los lípidos y el 13,4% eran diabéticos. El 79,8% de los pacientes egresaron vivos y el 20,2% fallecieron. Se demostró así la necesidad de una UCC para el ingreso de pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

Palabras clave: INFARTO DEL MIOCARDIO, TERAPIA TROMBOLÍTICA, FACTORES DE RIESGO.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Especialista de 2do Grado en Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Diplomado en Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Para el cumplimiento de una atención médica integral, las acciones de salud no deben desarrollarse aisladamente, sino agrupadas en una serie de actividades con normas generales establecidas, que reciben el nombre de programas básicos de salud. Precisamente uno de los programas básicos del Sistema nacional de Salud (SNS) es el control de enfermedades crónicas no transmisibles. Nueve de las diez primeras causas de muerte corresponden a enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT); entre estas, las de índole vascular constituyen en el momento actual un verdadero azote para la población adulta. La aterosclerosis es el común denominador para cualquiera de las formas anatomoclínicas de lesión vascular. Los factores de riesgo nos exponen a la posibilidad aumentada de padecer estas enfermedades. Estos conforman una larga lista, pero en general las dietas ricas en grasas saturadas, la alteración en el metabolismo de los lípidos, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus son los fundamentales (1).

La cardiopatía isquémica, entidad llamada por muchos "el azote de la vida moderna" constituye en la actualidad uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial, con su ya bien conocida alta incidencia en el cuadro de morbilidad de los países del mundo desarrollado y de los que no lo son tanto, pero que su cuadro de salud se asemeja al de ellos como es el caso de Cuba, en su variante, Infarto agudo del miocardio y angina inestable constituyen una de las primeras causas de ingreso y

letalidad en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades de Cuidados Intermedio (UCIM) o en Unidades de Cuidados Coronarios (UCC) (2).

Debido al alto estándar de vida y el desarrollo científico técnico alcanzado se cumple con dos de las premisas fundamentales para el desarrollo de esta enfermedad que son: el aumento de la expectativa de vida y el control o minimización de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, en los países con menos desarrollo socioeconómico, la cardiopatía isquémica no es un fenómeno despreciable ya que pueden existir condicionantes que influyan directamente en la incidencia de la enfermedad; en otros casos la carencia de sistemas de registros estadísticos eficientes, así como de programas de salud para un enfoque epidemiológico adecuado, condicionan un enmascaramiento de la prevalencia de dicha entidad (3). En nuestro país el infarto agudo del miocardio (IMA) constituye la principal causa de muerte. La mortalidad global durante el primer mes es del 30% (4-5). Cerca del 65% de estas muertes ocurren durante las primeras 2 horas, principalmente por fibrilación ventricular. El 20% de los pacientes mueren antes de su arribo al hospital (6-7). En los últimos años se ha visto una disminución de la mortalidad hospitalaria por IMA debido al advenimiento de la fibrinólisis, procedimiento a través del cual se logra la recanalización de la arteria coronaria afectada, así se restablece el flujo sanguíneo y se salva el miocardio isquémico. Esto tiene repercusión tanto en la mortalidad temprana como tardía, disminuyendo las complicaciones mecánicas en la fase aguda. Por lo que no solo aumenta la supervivencia, sino que se logra mejor calidad de vida (8). Por tanto, detectar rápido esta enfermedad es de suma importancia. Ya que, si no se diagnostica o se hace tardíamente, esto influye directamente en el incremento de la mortalidad (9-10). De ahí que nos propusimos analizar el comportamiento de los pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante los años 2006-2010 para elaborar un proyecto de investigación que proponga la creación de una Unidad de Cuidados Coronarios con vista a mejorar la atención de pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

El objetivo general del trabajo fue analizar el comportamiento de los pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante los años 2006-2010. Los objetivos específicos: describir la localización del infarto agudo del miocardio; clasificar el infarto agudo del miocardio por grado de suficiencia cardíaca; evaluar la forma clínica de presentación del infarto de acuerdo al tipo de diagnóstico; analizar la forma clínica de presentación del infarto de acuerdo con la trombolisis; describir la distribución de pacientes de acuerdo al grado de suficiencia cardíaca según la trombolisis; identificar las causas por las cuales un grupo de pacientes no fueron trombolizados; determinar las reacciones adversas que aparecieron durante o después de la trombolisis; identificar las enfermedades asociadas al infarto agudo del miocardio; evaluar la forma en que los pacientes con enfermedades asociadas cumplen el tratamiento farmacológico y analizar de forma comparativa variables objeto de estudio de acuerdo con el estado al egreso.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo, con el objetivo de analizar el comportamiento de pacientes con infarto agudo del miocardio ingresados en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón durante el periodo comprendido entre agosto del 2006 y agosto del 2010.

El universo y la muestra estuvieron conformados por 476 pacientes con infarto agudo del miocardio (72% de las cardiopatías isquémicas) que fueron ingresados en el Servicio de Cuidados Intensivos. Los criterios de inclusión: Paciente con diagnóstico de IMA con historia clínica completa y los de exclusión: Paciente con diagnóstico clínico de IMA pero que en la necropsia no se corroboró el diagnóstico. Las variables operacionalizadas: IMA, formas de presentación, localización topográfica, clasificación según Killip Kimbal, diagnóstico oportuno, tratamiento trombólítico, reacciones adversas posttrombolisis, enfermedades asociadas y estado al egreso. Se revisaron diariamente las Historias Clínicas de los pacientes para evaluarlos de acuerdo a los objetivos propuestos. Se recogió la información aplicando el modelo formulario. La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó en una microcomputadora PENTIUM IV, empleando el utilitario estadístico SPSS para Windows. Se realizaron distribuciones de frecuencia en números y porcentajes. Se creó una base de datos para el

procesamiento de estos y se confeccionaron tablas y gráficos estadísticos para una mejor presentación de los resultados.

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el Comité Académico y respetando los cuatro principios éticos de la investigación científica: Respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y la justicia.

RESULTADOS Y DISCUSION

Al analizar los ingresos del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente de Morón durante un quinquenio (Agosto 2006-Agosto 2010), de 2280 pacientes hospitalizados durante ese período, 666 (30%) tenían como causa de ingreso la cardiopatía isquémica. De ellos 476 (72%) tuvo Infarto Agudo del Miocardio, por lo que se estudiaron específicamente estos pacientes. Al analizar la localización del IMA (Tabla No. 1) el 42,0% de los pacientes lo tenían localizado en la cara anterior, y dentro de ella con el 29,4% la localización fue extensa. Mientras que el infarto de cara inferior se presentó en el 38,6% de los pacientes. El diagnóstico del IMA debe sustentarse en la debida observación de todas las derivaciones del EKG. Existe una relación bastante fija entre la zona del IMA y las derivaciones que manifiestan los signos de esta dolencia.

En el Gráfico No. 1 se muestra la distribución de pacientes según la clasificación por grado de suficiencia cardíaca. El 61,3% de los pacientes presentaron al ingreso una adecuada función sistodiastólica, clasificándose como KI, sin embargo, el 16,0% de los pacientes presentaron al ingreso manifestaciones de Shock cardiogénico clasificándose como KIV. Nuestro estudio concuerda con la literatura revisada donde se refleja que el 40-50% de los pacientes ingresados por un accidente coronario se ubican en el grupo I (11).

Al evaluar la forma clínica de presentación del IMA en relación al tipo de diagnóstico (Tabla No. 2) encontramos que en el 55,4% de los pacientes el diagnóstico fue oportuno y de ellos el 55,0% se presentó con dolor. En el 38,3% de los pacientes el diagnóstico fue tardío. Esto concuerda con lo reflejado en la literatura consultada que advierte que prácticamente 1 de cada 3 pacientes que fallece en nuestro medio el diagnóstico no se realiza en vida.

Es de señalar que los 36 pacientes que no tuvieron dolor eran diabéticos. Hasta un 40% de los pacientes diabéticos pueden tener infartos silentes o mínimamente sintomáticos (12).

En la Tabla No. 3 se relaciona la forma clínica de presentación del IMA con la Trombolisis y observamos que se trombolizaron el 64,7% de los pacientes, de ellos el 63,0% tenía dolor. Cuando el infarto del miocardio se presenta con dolor torácico típico el paciente por lo general acude rápido al médico y el diagnóstico se hace sin dificultad en la gran mayoría de los casos (13).

Al describir la distribución de los pacientes relacionando el grado de suficiencia cardíaca con la Trombolisis (Tabla No. 4) encontramos que de los 308 pacientes trombolizados el 42,0% eran KI y el 13,4% eran KIV, evidenciándose así que los KI se trombolizan con mayor frecuencia como refiere la literatura.

Consultando la literatura encontramos que existen contraindicaciones absolutas y relativas para la realización de dicho proceder. Dentro del grupo de las absolutas se encuentran el embarazo, ictus hemorrágico, ictus no hemorrágico de menos de 6 meses de instaurado, sangramiento digestivo o sangramiento urinario de menos de 14 días, antecedentes de neoplasias, fístulas, aneurismas intracraneales, historia de cirugía o traumatismo craneoencefálico de menos de 2 meses de ocurrido, cirugía de menos de 14 días, disección aórtica y rotura cardíaca.

Dentro del grupo de las relativas se encuentran la hipertensión arterial no controlada, pericarditis, enfermedades sistémicas graves, coagulopatías conocidas, cirugía menor de menos de 7 días, cirugía mayor de más de 14 días o menor de 3 meses.

Al analizar las causas por las cuales 168 pacientes no se trombolizaron (Tabla No. 5) llama la atención que en ningún caso fue por contraindicación, encontramos que el 83,3% llegaron con dolor pero el diagnóstico fue tardío y un 16,7% no se hizo diagnóstico (14).

En el Gráfico No. 2 se representan las reacciones adversas que presentaron los pacientes cuando fueron trombolizados encontrando que en el 66,7% de los pacientes se presentó hipotensión arterial, en el 16,7% se presentó hemorragias a diferentes Niveles, seguida de un 11,1% arritmia. La literatura revisada reporta como eventos adversos más frecuentes la hipotensión y las arritmias, en este último

caso no es posible distinguir entre la ocasionada por el infarto mismo y la que se produce por la reperfusión de la arteria ocluida (15-16).

Al revisar los antecedentes patológicos personales de los pacientes con IMA (Gráfico No. 3) encontramos la Hipertensión Arterial en el 84,0% de ellos, la Hipercolesterolemia en el 31,5%, la Diabetes Mellitus en el 13,4 % y otras enfermedades en el 1,7%, revisando trabajos similares al nuestro realizados en nuestra provincia como por ejemplo: Factores Predictivos relacionados con la Mortalidad por Infarto Agudo del Miocardio en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Año 2006 encontramos que de una muestra de 73 pacientes el 100% eran hipertensos y el 13,7% diabéticos (17).

Al analizar la distribución de pacientes con enfermedades asociadas de acuerdo al tratamiento farmacológico (Tabla No. 6) podemos ver como de los 400 pacientes hipertensos el 90,0% tenían tratamiento para el control de su tensión arterial, de los 150 pacientes con trastornos del metabolismo lipídico solo el 26,7% tenían tratamiento farmacológico, de los 64 pacientes diabéticos el 100,0% tenían tratamiento farmacológico. Estas cifras son inferiores a las registradas en estudios realizados sobre el control de la Hipertensión Arterial, de la Diabetes Mellitus y la Hipercolesterolemia en el Proyecto 10 de Octubre (18-20).

En la Tabla No. 7 se hace un análisis comparativo entre variables objeto de estudio en relación con el estado al egreso y obtuvimos los siguientes resultados.

De los egresados vivos el 100,0% llegó a la institución con dolor, el 74,8% se clasificó como KI a su llegada, en el 66,8% el diagnóstico se realizó de forma oportuna (menos de 12 h entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico), el 67,4% recibió tratamiento trombolítico, el 50,0% eran hipertensos, el 33,3% tenían trastornos en el metabolismo de los lípidos y el 43,7% eran diabéticos, lo que pone en evidencia una vez más la relación directa entre la clínica típica, adecuada función ventricular, diagnóstico y tratamiento oportuno con el egreso vivo del paciente.

CONCLUSIONES

Las Unidades de Cuidados Coronarios son el epicentro de la actividad clínica cardiológica.

RECOMENDACIONES

Con vistas a mejorar la atención brindada a pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica los autores proponen elaborar un proyecto ramal de salud, cuyo objetivo principal sea la creación de una Unidad de Cuidados Coronarios para el ingreso de pacientes con sospecha de evento coronario agudo y de unidades de vigilancia intensiva dentro del mismo servicio, para pacientes con infarto agudo del miocardio y anginas inestables en caso de demora de la llegada a las unidades de terapia intensiva que cuente con protocolos de actuación basados en las más sólidas evidencias médicas existentes hasta el momento.

Criterios de Ingreso en UCC □

Prioridad Primaria:

- Angina Inestable.
- Sospecha de IMA (< de 6h).
- IMA de <24 -72 h de evolución.
- Arritmias graves.

Insuficiencia Cardíaca aguda □ Prioridad Secundaria:

- Tromboembolismo pulmonar.
- Disección aórtica.
- Crisis Hipertensivas con repercusión CV.
- Intoxicación digitalica u otros fármacos arritmogénicos. - Posterior a ACTP.

Criterios para establecer una UCC

- Criterios asistenciales: Los más convincentes establecidos por la OMS a partir de 1969 es la recomendación de 1 UCC con 8-10 camas por cada 250 000 habitantes.
- Dependencia orgánica, funcional y jerárquica entre la UCC y el Servicio de Cardiología: Con vistas a brindar atención continuada y progresiva del paciente y facilitar tareas docentes a residentes y enfermeros.
- Equipamiento mínimo:

1. Recursos Humanos.
2. Recursos Materiales.

ABSTRACT

It was carried out a observacional longitudinally descriptively prospective study which included 476 patients with acute myocardial infarction (72% of the ischemic cardiomyopathies) who were admitted in the Service of Intensive Care at the General Hospital "Captain Roberto Rodríguez Fernández" of Moron city during the quinquennium 2006-2010, to demonstrate the need to create a Coronary Care Unit for the patients' admission with acute coronary syndrome. It predominated the clinical form with pain in 92,4% of the patients and its most frequent location was in the previous face. 61,3% classified like Killip I. In 55,4% the diagnosis was opportune (<6 hours). The trombolisis was carried out to 64,7% of the patients and the main cause of not made trombolisis was the late diagnosis. 84,0% of the patients had the arterial hypertension as pathological precedents. 31,5% presented disorders of the metabolism of the lipids and 13,4% was diabetic. 79,8% of the patients discharged alive and 20,2% died. This demonstrated the need for an UCC for the patients' admission with acute coronary syndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Serret Rodríguez B. Forma de realizar la atención médica integral. En: Reinaldo Roca G. Temas De Medicina Interna. 4^{ta} edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p 6881.
2. Martínez Estrada C. Infarto agudo del miocardio no complicado. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 2766-2827.
3. Castellanos Tardo J. Cardiopatía Isquémica. En: Reinaldo Roca G. Temas de Medicina Interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. P. 392-393.
4. Mendoza Rodríguez V, Llerena Luis R, Milián Sierra V, Linares Machado R, Hernández Cañero A, Llerena Lorenzo D, et al. Precisión de la tomografía de 64 cortes en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. Arch Cardiol Méx [Internet]. 2008 [citado 5 Oct 2011]; 78(2): 162170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140599402008000200005&lng=es
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba 2010 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2011. [citado 5 Oct 2011]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
6. García J, Elosna R. Mortalidad poblacional por infarto agudo de miocardio. Med Clin. 2007; 121(16):606–612.
7. Moreno C, Turumbay J. El infarto de miocardio en la población 25-74 años de Navarra: incidencia, letalidad y tratamiento en el periodo 1997-98. Estudio Ibérica. 2005; 6(1):12-14.
8. Caccavo A. El infarto agudo del miocardio, un problema se salud pública. Rev Argentina Cardiol [Internet]. 2010 [citado 20 Oct 2011]; 78(3): 259-263. Disponible en: <http://www.sac.org.ar/web/es/revista-argentina-de-cardiologia/texto:s%C3%ADndrome%20coronario%20agudo/tipo:28/anteriores:ultimos/>
9. Farreras R. Tratado de Medicina Interna [CD-ROM]. 14 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
10. Martín Jadraque L, Coma Canella I, González Maqueda M, López Sendon JL. Cardiopatía isquémica. La Habana: Editorial Científico-técnica; 1984.
11. Quilon K. Myocardial infarction presenting as stroke. J Assoc Phys India. 2008; 46(7):613615.
12. Albert JS, Braunwald E. Anatomía patológica y manifestaciones clínicas del infarto. En: Braunwald E. Tratado de cardiología. 11a ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1981. p. 1472-1473.
13. De Word MA, Spores J, Notske R, Mouser LT. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. N Engl J Med. 2007; 303(15): 897-902.
14. Castelli WP. Papel de los nuevos factores de riesgo en la estimación del riesgo cardiovascular. Cardiovasc Risk Factors. 2007; 5(1): 31-35.
15. Williams WL. Guidelines to reducing delays in administration of thrombolytic in myocardial infarction. Circulation. 2008; 55(5): 689-98.

16. Goodman & Gilman, Blengio Pinto JR, Orizaga Samperio J, Pérez-Tamayo Ruiz AM, Brunton LL, Lazo JS, et al. Drogas cardiovasculares. En: Goodman & Gilman: las bases farmacológicas de la terapéutica. México: McGraw-Hill Interamericana, 2007. p. 721-824.
17. Suárez Yanes E. Factores predictivos relacionados con la mortalidad por Infarto Agudo del Miocardio en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"; 2006.
18. Hernández Cañero A. Mortalidad por cardiopatía isquémica en Cuba relacionada con la dieta y el colesterol sérico. Rev Cubana Cardiol. 1999; 13(1):8-12.
19. Noval García R, Debs Pérez G, Dueñas Herrera A, González Pagés J. Control de la hipertensión arterial en el Proyecto 10 de Octubre. Rev Cubana Cardiol. 1999; 13(2): 136141.
20. Debs Pérez G, de la Noval García R, Dueñas Herrera A, González Pagés JC. Prevalencia de factores de riesgo coronario en "10 de Octubre". Su evolución a los cinco años. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas. 2001; 15(1): 14-20.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a la localización del IMA.

| Localización | No. | % |
|------------------|-----|-------|
| ANTERIOR Extenso | 140 | 29,4 |
| Septal | 54 | 11,3 |
| Lateral | 6 | 1,3 |
| Subtotal | 200 | 42,0 |
| INFERIOR Lateral | 128 | 26,9 |
| Posterior | 56 | 11,7 |
| Subtotal | 184 | 38,6 |
| LATERAL | 6 | 1,3 |
| IMA NO Q | 86 | 18,1 |
| TOTAL | 476 | 100,0 |

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico No. 1. Porcentaje de pacientes en relación al grado de suficiencia cardíaca.

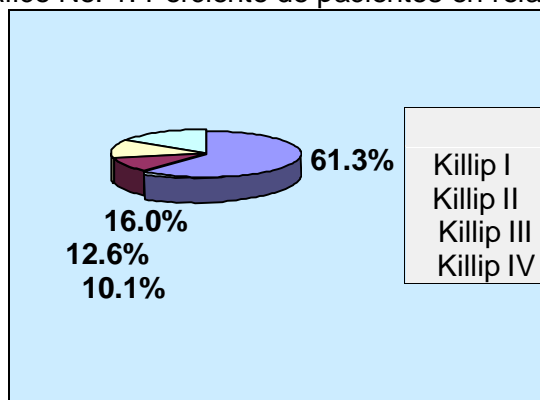


Tabla No. 2. Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de diagnóstico relacionado con la forma clínica de presentación.

| Diagnóstico | Con Dolor | | Sin Dolor | | TOTAL | |
|--------------|-----------|------|-----------|-----|-------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Oportuno <6h | 262 | 55,0 | 2 | 0,4 | 264 | 55,4 |

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|----|-----|-----|-------|
| Tardío>6h | 176 | 37,0 | 6 | 1,3 | 182 | 38,3 |
| No Diagnóstico | 2 | 0,4 | 28 | 5,9 | 30 | 6,3 |
| TOTAL | 440 | 92,4 | 36 | 7,6 | 476 | 100,0 |

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 3. Distribución de pacientes de acuerdo a la forma clínica de presentación en relación a la Trombolisis.

| Trombolisis | Con Dolor | | Sin Dolor | | Total | |
|-------------|-----------|------|-----------|-----|-------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| SI | 300 | 63,0 | 8 | 1,7 | 308 | 64,7 |
| NO | 140 | 29,4 | 28 | 5,9 | 168 | 35,3 |
| TOTAL | 440 | 92,4 | 36 | 7,6 | 476 | 100,0 |

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 4. Distribución de pacientes de acuerdo al grado de suficiencia cardíaca relacionada con la Trombolisis.

| Clasificación | TROMBOLISIS | | | | | |
|---------------|-------------|------|-----|------|-------|-------|
| | SI | | NO | | TOTAL | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Killip I | 200 | 42,0 | 92 | 19,3 | 292 | 61,3 |
| Killip II | - | - | 48 | 10,1 | 48 | 10,1 |
| Killip III | 44 | 9,3 | 16 | 3,3 | 60 | 12,6 |
| Killip IV | 64 | 13,4 | 12 | 2,6 | 76 | 16,0 |
| TOTAL | 308 | 64,7 | 168 | 35,3 | 476 | 100,0 |

Fuente: Historias Clínicas.

TABLA No. 5. Pacientes en relación a las causas de no Trombolisis.

| CAUSAS DE NO TROMBOLISIS | No. | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| Con dolor y diagnóstico tardío | 140 | 83,3 |
| Sin dolor y no diagnóstico | 28 | 16,7 |
| TOTAL | 168 | 100,0 |

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfico No. 2. Porcentaje de pacientes Trombolizados que desarrollaron Reacciones adversas.

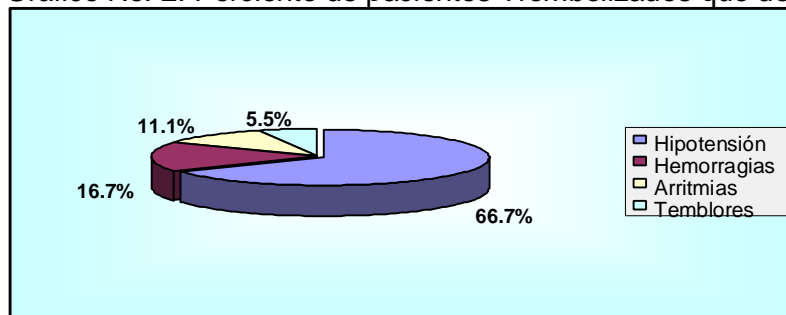


Gráfico No. 3. Por ciento de pacientes con Enfermedades asociadas.

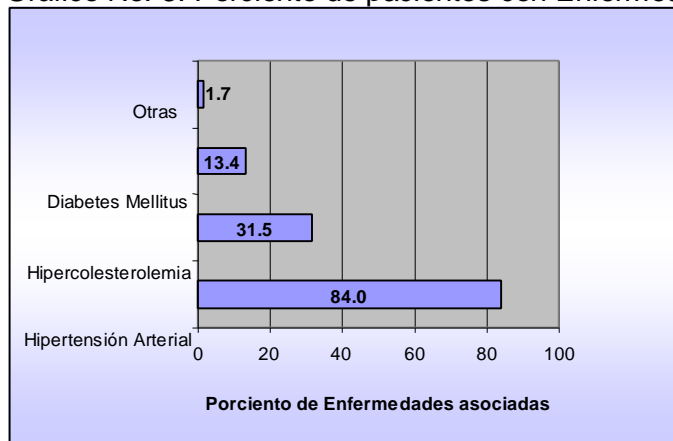


Tabla No. 6. Distribución de pacientes con enfermedades asociadas de acuerdo a tratamiento farmacológico.

| Toman medicamentos | Hipertensión n=400 | | Hipercolesterolemia n=150 | | Diabetes Mellitus n=64 | |
|---|--------------------|------|---------------------------|------|------------------------|-------|
| | No | % | No | % | No | % |
| SI | 360 | 90,0 | 40 | 26,7 | 64 | 100,0 |
| NO | 40 | 10,0 | 110 | 73,3 | - | - |
| Frecuencia de ingestión de medicamentos | n=360 n=40 n=64 | | | | | |
| Tratamiento diario | 196 | 54,4 | 14 | 35,0 | 54 | 84,4 |
| Tratamiento irregular | 164 | 45,6 | 26 | 65,0 | 10 | 15,6 |

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No. 7. Análisis comparativo de variables objeto de estudio en relación al egreso. (n=238)

| Presentación Clínica | Vivos n=190 | | Fallecidos n=48 | | TOTAL | |
|----------------------|-------------|-------|-----------------|------|-------|------|
| | No | % | No | % | No | % |
| Con dolor | 380 | 100,0 | 60 | 62,5 | 440 | 92,4 |
| Sin dolor | - | - | 36 | 37,5 | 36 | 7,6 |
| Clasificación | | | | | | |
| Killip I | 284 | 74,8 | 8 | 8,3 | 292 | 61,3 |
| Killip II | 40 | 10,5 | 8 | 8,3 | 48 | 10,1 |
| Killip III | 40 | 10,5 | 20 | 20,9 | 60 | 12,6 |
| Killip VI | 16 | 4,2 | 60 | 62,5 | 76 | 16,0 |
| Tipo de diagnóstico | | | | | | |
| Oportuno < 6 h | 254 | 66,8 | 10 | 10,4 | 264 | 55,5 |
| Tardío > 6 h | 126 | 33,2 | 56 | 58,3 | 182 | 38,2 |
| No diagnóstico | - | - | 30 | 31,3 | 30 | 6,3 |
| Trombolisis | | | | | | |
| SI | 256 | 67,4 | 52 | 54,2 | 308 | 64,7 |

| | | | | | | |
|------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|
| NO | 124 | 32,6 | 44 | 45,8 | 168 | 35,3 |
| Enfermedades asociadas | | | | | | |
| Hipertensión Arterial | 200 | 50,0 | 200 | 50,0 | 400 | 84,0 |
| Hipercolesterolemia | 50 | 33,3 | 100 | 66,7 | 150 | 31,5 |
| Diabetes Mellitus | 28 | 43,7 | 36 | 56,3 | 64 | 13,4 |

Fuente: Historias Clínicas.