

Evolución clínica de pacientes internados debido el primer episodio de la Síndrome Aguda de las Coronarias¹

Gislaine Pinn Gil²

Carina Aparecida Marosti Dessotte³

André Schmidt⁴

Lídia Aparecida Rossi⁵

Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

Objetivo: evaluar la evolución clínica de pacientes internados por el primer episodio del Síndrome Aguda de Coronarias según su manifestación clínica. Métodos: Fueron colectados datos de 234 pacientes internados entre mayo de 2006 y julio de 2009 debido el primer episodio de una ACA mediante consultas a los prontuarios. Resultados: La mayoría (59,8%) internó debido al Infarto Agudo del Miocardio (IAM). En el grupo con IAM, 19,3% presentaron complicaciones y 12,8% en el grupo con Angina Inestable (AI)($p=0,19$). La realización de angioplastia fue mayor entre los pacientes con IAM de lo que con AI ($p=0,02$) y la cirugía de revascularización fue más realizada entre los pacientes con AI ($p=0,03$). La mayoría (227; 97%) sobrevivió al evento de las coronarias. Entre los siete pacientes que murieron en la internación, cuatro tenían IAM (2,9%) y tres AI (3,2%). Conclusiones: Hubo mayor número de complicaciones entre los infartados y la realización de revascularización del miocardio fue diferente en los dos grupos.

Descriptores: Síndrome Coronario Agudo; Evolución Clínica; Mortalidad; Enfermería.

¹ Artículo parte de la Disertación de Maestría "Evolução clínica de pacientes dois anos após a internação em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

² Enfermera, MSc, Hospital Zona Sul de Londrina, PR, Brasil.

³ Enfermera, PhD, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

Correspondencia:

Rosana Aparecida Spadoti Dantas
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da Síndrome Coronariana Aguda

Objetivo: avaliar a evolução clínica de pacientes internados pelo primeiro episódio da síndrome coronariana aguda (SCA), segundo sua manifestação clínica. Métodos: foram coletados dados de 234 pacientes internados entre maio de 2006 e julho de 2009, em decorrência do primeiro episódio de uma SCA, mediante consultas aos prontuários. Resultados: a maioria (59,8%) foi internada devido ao infarto agudo do miocárdio (IAM). No grupo com IAM, 19,3% apresentaram complicações e 12,8% no grupo com angina instável (AI) ($p=0,19$). A realização de angioplastia foi maior entre os pacientes com IAM do que com AI ($p=0,02$) e a cirurgia de revascularização foi mais realizada entre os pacientes com AI ($p=0,03$). A maioria (227 - 97%) sobreviveu ao evento coronariano. Entre os sete pacientes que morreram na internação, quatro tinham IAM (2,9%) e três AI (3,2%). Conclusões: houve maior número de complicações entre os infartados e a realização de revascularização do miocárdio foi diferente nos dois grupos.

Descritores: Síndrome Coronariana Aguda; Evolução Clínica; Mortalidade; Enfermagem.

Clinical evolution of patients hospitalized due to the first episode of Acute Coronary Syndrome

Aim: to assess the clinical evolution of patients hospitalized due to the first episode of Acute Coronary Syndrome (ACS) according to its clinical manifestation. Methods: data were collected from 234 patients, hospitalized between May 2006 and July 2009 due to the first episode of an ACS, by consulting their medical records. Results: 234 patients were hospitalized, 140 (59.8%) due to Acute Myocardial Infarction (AMI). In the group with AMI, 19.3% presented complications, against 12.8% in the group with Unstable Angina (UA) ($p=0.19$). Angioplasty levels were higher among patients with AMI than with UA ($p=0.02$) and coronary artery bypass graft surgery was more frequent among UA patients ($p=0.03$). The majority (227; 97%) survived after the coronary event. Among the seven patients who died during the hospitalization, four had AMI (2.9%) and three UA (3.2%). Conclusions: A larger number of complications were found among infarction victims and the accomplishment of coronary artery bypass graft surgery differed between the groups.

Descriptors: Acute Coronary Syndrome; Clinical Evolution; Mortality; Nursing.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (DCV) son las principales causas de morbimortalidad en el mundo, con proyecciones crecientes para las próximas décadas. Fueron responsables por casi 30% de todos los óbitos en 2004, alcanzando casi 32% de las muertes entre las mujeres y 27 % entre los hombres⁽¹⁾. En Brasil, registros indican preocupación con la manifestación de las DCV en edades más precoces y alertan para el aumento acelerado de la patología en los próximos años debido al envejecimiento de la población⁽²⁻³⁾. Entre las DCV están las enfermedades isquémicas, con destaque para la Síndrome Aguda de Coronarias (ACA), que abarca el Infarto Agudo del Miocardio (IAM - con y sin supra

desnivelación del segmento ST) y la Angina Inestable (AI)⁽⁴⁾. En 2009, fueron documentados 76.481 óbitos asociados a la ACA, considerando solamente los óbitos por AI e IAM, correspondiendo a 7% del total de óbitos, y representando 24% de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio⁽⁵⁾. De 1950, la mortalidad hospitalaria por IAM viene presentando caída, pero datos del DATASUS aun muestran tasa del 15%, índice éste considerado elevado se comparado a la tasa del 3,6% de provincias norteamericanas en 2000⁽⁶⁾.

Los índices decrecientes de mortalidad registrados en los últimos años están vinculados a la introducción de nuevas modalidades terapéuticas en el área de la salud que

resultaron en la reducción de la mortalidad y permitieron mayor sobrevida a los pacientes coronariopatías, con destaque para las terapias de re perfusión del miocardio y desarrollo de nuevos fármacos. A pesar de los significativos avances, la ACA aun representa una de las cuestiones de salud pública más relevante de la actualidad.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la evolución clínica de los pacientes, durante la internación consecuente del primer episodio de la ACA, en lo que se refiere a la presencia de complicaciones, realización de procedimientos de revascularización del miocardio y mortalidad, según la manifestación clínica del síndrome (IAM o AI).

Métodos

Estudio descriptivo y exploratorio que fue desarrollado en un hospital público de enseñanza, de alta complejidad, localizado en el interior de la Provincia de São Paulo, lo cual presta asistencia predominantemente a los pacientes del Sistema Único de Salud. La muestra fue constituida de los 234 pacientes que fueron internados debido el primer episodio de una ACA, entre mayo de 2006 y julio de 2009 y que participaron de un estudio anterior realizado en esa institución⁽⁷⁾. Los datos presentados en el presente trabajo fueron colectados mediante consultas a los prontuarios de esos participantes, entre febrero y agosto de 2011, después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la referida institución para la continuidad del seguimiento de los pacientes antepasadamente investigados.

Los datos de la caracterización sociodemográfica fueron aquellos existentes en el banco de datos del estudio anterior y se encuentran en la Tabla 1. Para caracterización clínica presentada en este estudio, las investigadoras colectaron las informaciones de los 234 prontuarios de los pacientes referentes a la: presencia de co mortalidades cardiovasculares previas; fechas de la internación y de la alza (para posterior cálculo del tiempo de internación), presencia de complicaciones durante la internación (sí/no), realización de procedimientos de revascularización del miocardio (trombosis química, Intervención Percutánea de las Coronarias- ICP y Cirugía de Revascularización

del Miocardio - CRVM) y fechas del sometimiento a los procedimientos de revascularización (posterior cálculo del tiempo de espera para la revascularización). A final de la internación fue categorizada en óbito durante la internación o alta con seguimiento de ambulatorio (en el hospital de estudio o transferencia para otro servicio de salud).

Para procesamiento y análisis estadístico de los datos fue utilizado el programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 20.0. Fueron realizadas análisis descriptivos de frecuencia simple para variables nominales o categóricas y de inclinación central (media y mediana) y dispersión (desvío-padrón) para las variables continuadas.

La prueba Jue-cuadrado fue usado para verificar posibles asociaciones entre la manifestación clínica de la ACA (AI o IAM) y las variables: sexo, edad agrupada, presencia de complicaciones y el tipo de procedimiento de revascularización (realización de ICP y realización de CRVM). La prueba Exacta de Fisher fue realizado para analizar posible relación entre la manifestación de la ACA y el final de la primera internación. La prueba t de *Student* fue usada para comparar la duración de la internación y los tiempos medios para la realización de procedimientos de revascularización, considerando la manifestación clínica de la ACA. El nivel de significancia adoptado fue del 5%.

Resultados

De los 234 pacientes que internaron por la primera vez debido a la manifestación de la ACA, constatamos que 140 (59,8%) fueron diagnosticados con IAM y los demás (94; 40,2%) con AI. La caracterización sociodemográfica de los participantes se encuentra en la Tabla 1. Con relación a la edad, en el grupo con IAM había mayor porcentaje de pacientes con hasta 59 años (59,3%) de lo que en el grupo con AI (50%), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,16$). Hubo predominio del sexo masculino en ambos los grupos, sin embargo, la diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0,001$) en el grupo de los infartados (75,7%) cuando comparado al grupo con AI (59,6%).

Tabla 1 - Caracterización sociodemográfica de los 234 sujetos en la internación inicial, en cuanto a la edad, sexo, escolaridad, situación conyugal y trabajo remunerado, según la presentación clínica de la Síndrome Aguda de las Coronarias. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2006-2009.

Variable	Muestra total (n=234)	IAM (n=140)	AI (n=94)
Edad			
Media (D.P.)	58,0 (12,2)	56,4 (12,7)	60,5 (10,9)
Mediana (Min. - Max.)	58,6 (25,4 – 82,2)	58,2 (25,4 – 79,4)	60,8 (25,4 – 82,2)
Hasta 59 años	55,6 % (130)	59,3% (83)	50,0% (47)
60 años o más	44,4 % (104)	40,7% (57)	50,0% (47)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variable	Muestra total (n=234)	IAM (n=140)	AI (n=94)
Sexo Masculino % (n)	69,2% (162)	75,7% (106)	59,6% (56)
Escolaridad (años)			
Media (D.P.)	5,3 (4,2)	5,4 (4,1)	5,0 (4,2)
Mediana (Min. - Max.)	4,0 (0 - 23)	4,0 (0 - 23)	4,0 (0 - 21)
Situación conyugal % (n)			
Casado	70,5% (165)	69,3% (97)	72,3% (68)
Divorciado/viudo/soltero	29,5% (69)	30,7 (43)	27,7% (26)
Con trabajo remunerado % (n)	59,0% (138)	64,3% (90)	51,1% (48)

Las co mortalidades cardiovasculares previas a la internación más frecuentes entre los pacientes infartados y con AI fueron: hipertensión arterial (62,9% y 80,9%, respectivamente); obesidad/sobrepeso (61,5% y 60,6%), dislipidemias (34,3% y 52,1%) y diabetes (28,6% y 43,6%). Los pacientes permanecieron internados en media por 11 días (D.P.=11,2; intervalo de dos a 71). Cuando comparamos las medias del tiempo de internación constatamos que el tiempo fue mayor en el grupo con AI (Media=12,5; D.P.=13,4) de lo que en el grupo con IAM (Media =10; D.P.=9,2), pero esa diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,12$) (Tabla 2). Entre ellos, 39 (16,7%) presentaron algún tipo de complicación durante la primera internación. En el grupo de los 140 pacientes con IAM hubo mayor número de individuos con complicaciones (19,3%) que entre los 94 con AI (12,8%). Mientras, la prueba de asociación entre las variables, manifestación de la ACA y presencia de complicaciones durante la primera internación, no logró resultado estadísticamente significativo ($p=0,19$). Las complicaciones más frecuentes, encontradas en los registros hechos en los prontuarios de los participantes fueron parada cardio respiratoria revertida (21; 35,6%), arritmias cardíacas como fibrilación y *flutter* atrial (12; 20,3%) y aquéllas relacionadas a los procedimientos de revascularización del miocardio (ICP y CRVM) tales como

pseudo aneurismas (3; 5,1%), infección en el local de la punción del catéter (3; 5,1%), laceración arterial (2; 3,4%) y dehiscencia/infección en herida a operatoria (2; 3,4%). Hubo pacientes que presentaron más de una complicación en el período abordado.

Con relación a los resultados sobre los procedimientos de revascularización del miocardio a que fueron sometidos los pacientes internados por la primera vez debido la ACA, observamos que la trombosis química, fue realizada en 64 pacientes (44,3% de los 140 pacientes infartados) que fueron diagnosticados con IAM con supra desnivelación del segmento ST. Considerándose los 234 pacientes, 134 (57,3%) fueron sometidos a la ICP y apenas 25 (10,7%) a la CRVM. La realización de la ICP fue mayor entre los pacientes con IAM de lo que los pacientes con AI ($p=0,02$), mientras que con relación a la CRVM, ese procedimiento fue más realizado entre los pacientes con AI de lo que entre los infartados ($p=0,03$) (Tabla 3). El tiempo pasado entre la fecha de la internación y la fecha de la realización del procedimiento de revascularización del miocardio también fue investigado entre los grupos. Verificamos que el tiempo para realización de CRVM fue más largo que para ICP, habiendo diferencia entre las modalidades de la ACA, sin embargo no estadísticamente significativa (Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación de la duración de la primera internación consecuente del Síndrome Aguda de las Coronarias y de los tiempos medios para realización de procedimientos de revascularización (Intervención Percutánea de las Coronarias-ICP y Cirugía de Revascularización do Miocardio - CRVM), según la presentación clínica del síndrome. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2006-2009.

Variable	Amuestra total	IAM	AI	p valor*
Días de internación	n=234	n=140	n=94	0,12
Media (D.P.)	11,0 (11,2)	10,0 (9,2)	12,5 (13,4)	
Mediana (Min. - Max.)	8,0 (2 - 71)	7,0 (2 - 61)	8,0 (2 - 71)	
Tiempo hasta ICP (días)	n=134	n=89	n=45	0,52
Media (D.P.)	2,9 (4,8)	3,0 (5,1)	2,5 (4,1)	
Mediana (Min. - Max.)	0 (0 - 29)	0 (0 - 29)	0 (0 - 17)	
Tiempo hasta CRVM (días)	n=25	n=10	n=15	0,31
Media (D.P.)	25,7 (9,7)	28,3 (11,1)	24,0 (8,5)	
Mediana (Min. - Max.)	24,0 (13 - 53)	29,0 (13 - 53)	23,0 (13 - 43)	

*Prueba T de Student

Investigando como había sido el final de la primera internación, constatamos que de los 234 pacientes, 227 (97%) sobrevivieron al evento de las coronarias y siete (3%) murieron durante la hospitalización (Tabla 3). Los pacientes sobrevivientes fueron encaminados para seguimiento de ambulatorio en el propio servicio hospitalario o en otras unidades de salud. Entre los siete pacientes que fueron a óbito en el período, cuatro pertenecían al grupo con IAM, correspondiendo a 2,9% del total de infartados, y tres tenían diagnóstico de AI, correspondiendo a 3,2% de ese grupo. Seis de ellos tuvieron como causas de la muerte eventos directamente relacionadas a la enfermedad arterial coronaria (EAC). Entre los siete óbitos, ninguno realizó ICP y cinco fueron sometidos a la CRMV, caracterizando una mortalidad después del CRVM del 20%. El tiempo medio para la realización de la cirugía fue de 20 días. Cabe resaltar que el tiempo medio entre la cirugía y el óbito fue de cuatro días (un paciente falleció durante el procedimiento quirúrgico; tres pacientes fallecieron en el tercer día de postoperatorio y un ellos murió después de 11 días). Días antes de la ocurrencia del óbito, cinco de los siete pacientes presentaron como complicaciones arritmia cardíaca, parada cardio respiratoria revertida, neumonía nosocomial y disturbio de coagulación después de la circulación extracorpórea.

Tabla 3 - Resultados de la prueba de asociación entre las variables presentación clínica de la Síndrome Aguda de las Coronarias, tipo de procedimiento de revascularización (Intervención Percutánea de las Coronarias - ICP y Cirugía de Revascularización do Miocardio - CRVM) y final en la alta de la primera internación consecuente de la Síndrome Aguda de Coronarias. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2006-2009.

Variables	IAM	AI	p valor
	n = 140 % (n)	n = 94 % (n)	
Realización de ICP			0,02*
Sí	63,6% (89)	47,9% (45)	
No	36,4% (51)	52,1% (49)	
Realización de CRVM			0,03*
Sí	7,1% (10)	16,0% (15)	
No	92,9% (130)	84,0% (79)	
Desfecho primera internación			0,58†
Alta seguimiento de ambulatorio	97,1% (136)	96,8% (91)	
Óbito	2,9% (4)	3,2% (3)	

*Prueba de Jue-cuadrado y †Prueba Exacta de Fisher.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar la evolución clínica de los 234 pacientes, durante la internación consecuente del primer episodio de la ACA,

en lo que se refiere a la presencia de complicaciones, realización de procedimientos de revascularización del miocardio (trombosis química, ICP y CRVM) y el final de la internación (óbito o alta para seguimiento de ambulatorio), según la manifestación clínica de la síndrome, o sea, IAM o AI.

La caracterización de los participantes en cuanto al predominio de pacientes del sexo masculino y mayores también fue a aquellas lograda en otros estudios con pacientes con coronariopatías⁽⁸⁻¹⁰⁾. Tales variables son fuertemente asociadas a la evolución clínica de los pacientes de las coronarias y la mortalidad por la ACA.

En lo que se refiere a la manifestación clínica de la ACA, constatamos que el diagnóstico más común fue lo de IAM (59,8%). Esa proporción refleja la calidad de la ACA encontrada en otros estudios⁽¹⁰⁻¹¹⁾, pero difiere de otras poblaciones que presentaron la AI como la causa más frecuente de hospitalizaciones⁽¹²⁻¹⁴⁾. Como la institución es un servicio terciario, esto puede haber influenciado el resultado debido a la selección previa consecuente del proceso de regulación médica presente en la red local.

La media lograda en el estudio para el tiempo de internación de los pacientes fue de 12,5 días para el grupo con AI y de 10 días para el grupo con IAM. Esas medias fueron mayores de lo que las observadas en otros estudios internacionales considerando los casos de AI (media de 8,3 días), pero semejante a los de los pacientes con IAM (media de 9,7 días)⁽¹²⁾. Resaltamos que el resultado logrado también se presentó mayor que los logrados en estudios nacionales⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Delante de este panorama, es necesario evaluar por medio de otros estudios si los motivos para el largo tiempo de permanencia en la institución donde el estudio fue realizado están relacionados a la evolución clínica de los pacientes atendidos, a la conducción terapéutica o se existen problemas organizacionales y estructurales, como marcación de exámenes, recursos humanos y materiales, que están aportando para la mayor permanencia de los pacientes en este hospital. De modo intuitivo podemos sugerir que el tiempo prolongado puede pasar en parte de la presencia de regulación médica en el sistema de encaminamiento, ya que, por la organización existente, los casos de pacientes con presentación clínica más grave suelen ser regulados para nuestra institución. Un aspecto que refuerza tal hipótesis es el elevado número de paradas cardio respiratorias en nuestra muestra.

Las complicaciones afectaron principalmente los infartados, siendo las más frecuentes la parada cardio respiratoria y arritmias cardíacas (fibrilación y flutter atrial). En otros estudios, los resultados mostraron que 67,1% de los participantes presentaron complicaciones, siendo que 14,8% estaban relacionadas al ritmo cardíaco⁽¹⁰⁾

y a la ocurrencia de fibrilación o *flutter* atrial fue del 8% entre los infartados y del 5% para los pacientes con AI⁽⁸⁾.

Con relación a los procedimientos de revascularización, la proporción de pacientes sometidos a la trombosis fue semejante a aquella lograda por otros investigadores⁽¹²⁾. Resultados de un estudio brasileño mostraron que la revascularización química es utilizada más frecuentemente en los hospitales públicos (3,8 veces más) de lo que en los particulares, quienes priorizaron el uso de ICP primaria en los casos de IAM con supra desnivelación del segmento ST⁽¹⁰⁾. El uso de medicamentos para trombosis debe ser incentivado por ser un recurso terapéutico bajero coste, fácil acceso y eficaz en la reducción de la mortalidad de lo IAM⁽¹⁰⁾, claramente donde la ICP no esté disponible.

En el presente estudio, 57,3% de los 234 participantes fueron sometidos a la ICP y apenas 10,7% a la CRVM. La realización de la ICP fue mayor entre los pacientes con IAM de lo que los pacientes con AI ($p=0,02$), mientras que con relación a la CRVM, ese procedimiento fue más realizado entre los pacientes con AI de lo que entre los infartados ($p=0,03$).

Se observa por medio de otros estudios que los pacientes infartados son frecuentemente más sometidos a procedimientos de revascularización (ICP o CRVM) que los pacientes con AI^(11,14,17). Los estudios internacionales GRACE⁽¹¹⁾ y ENACT⁽¹²⁾ identificaron mayor realización de ICP en los hospitales de enseñanza, como la institución del presente estudio. En contrapartida, estudio nacional descubrió que los procedimientos de revascularización son más frecuentemente realizados en los hospitales particulares de lo que en los públicos, en todas las clases diagnósticas de la ACA. Sorprendentemente, los resultados apuntaron que, aunque los hospitales particulares hayan realizado casi la totalidad de las ICP y CRVM, no hubo diferencia significativa en la tasa de mortalidad entre los hospitales, qué nos induce a una ponderación sobre la utilización de procedimientos invasivos en las ACA⁽¹⁰⁾.

Con relación a la supervivencia de los pacientes internados debido la primera manifestación clínica de la ACA, la tasa de mortalidad hospitalaria fue equivalente a las tasas de países europeos, como Reino Unido y en Bélgica⁽⁸⁾. Datos del estudio GRACE⁽¹¹⁾, apuntan tasas del 7% a 6% para IAM y del 3% para AI. En el mismo estudio, la región Argentina/Brasil presentó tasas de mortalidad hospitalaria del 12% para IAM y 4% para AI, bien arriba de los índices de las otras regiones evaluadas. Con relación a los datos nacionales, verificamos tasa de mortalidad semejantes a centros de referencia cardiológica^(14,17) e inferiores a hospitales generales^(10,18). Esos hallazgos sugieren que el tratamiento de la ACA en el hospital del presente estudio ha sido realizado de manera

eficiente en nivel hospitalario con mortalidad semejante a registros de referencia. Mientras, la mortalidad hospitalaria después del CRVM del 20% fue superior a otras instituciones^(13,16,19-20). Estudio de abarcamiento nacional identificó tasa del 7,2%⁽²¹⁾. En Rio de Janeiro, las letalidades ajustadas en los hospitales investigados variaron entre 1,9% y 11,2%⁽¹⁹⁾. En otro estudio, la mortalidad en 30 días de los pacientes sometidos a la CRVM fue del 6,4%⁽¹⁶⁾. Investigadores observaron que, mientras la mortalidad hospitalaria general era del 10,9%, después de la CRVM, la tasa fue del 13,7% en un hospital de enseñanza provincial y del 14,3% en un hospital de enseñanza federal. En dos hospitales especializados para servicio cardiológico las tasas fueron casi 50% menores (7% y 7,4%)⁽¹³⁾. Nuevas averiguaciones son necesarias para averiguar esa desigualdad.

Para que finalicemos destacamos como limitaciones del estudio el uso de datos secundarios (prontuarios de los pacientes) y a no estratificación de riesgo del paciente en la determinación de la tasa de mortalidad. La heterogeneidad de los registros realizados por los profesionales de salud en los prontuarios de los pacientes dificultó la recogida de datos o mismo imposibilitó la obtención de otros datos que serían importantes para el estudio que se propone evaluar la evolución clínica de estos pacientes.

Conclusión

Cuando comparamos la evolución clínica de los 234 pacientes internados por el primer episodio de la ACA, según la manifestación clínica de la enfermedad (AI o IAM), constatamos que la presencia de complicaciones ocurrió con mayor frecuencia entre los pacientes con IAM. La realización de procedimientos de revascularización del miocardio fue diferente en los dos grupos. La ICP fue mayor entre los pacientes con IAM mientras la CRVM fue más frecuente entre los pacientes con AI. Verificamos que la mortalidad observada fue menor de lo que las presentadas en otros estudios.

Consideramos que los resultados de esta investigación son importantes para los profesionales de la salud en general, y en particular, para aquellos que asisten los pacientes con ACA. Amplían los conocimientos sobre el perfil de este grupo de pacientes atendidos en debido el primer episodio de ACA en un hospital general, de nivel terciario, así como ocurre la evolución clínica desde la internación hasta el alta hospitalario.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update 2008 [Internet]. 2008 [acceso 6

- jan 2012]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
2. Azambuja MR, Foppa M, Maranhão MFC, Achutti AC. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2008 [acesso 15 mar 2012];91(3):163-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n3/05.pdf>.
 3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. 2005. Brasília (DF); 2006.
 4. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso 10 jan 2012];50(7):e1-e157. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/50/7/652.pdf>.
 5. Teich V, Araújo DV. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. *Rev Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso 6 jan 2012];24(2):85-94. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_02estimativa.pdf
 6. Ministério da Saúde (BR). Linha do cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na rede de atenção às urgências e Protocolo clínico Síndromes Coronarianas Agudas [Internet]. 2011 [acesso 6 jan 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf.
 7. Marosti CA, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19:1106-13.
 8. Fox KAA, Carruthers KF, Dunbar DR, Graham C, Manning JR, Raedt H, et al. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur Heart J*. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 13 fev 2012];31:2755-64. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2010/08/26/eurheartj.ehq326.full.pdf+html>.
 9. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, Cesar LAM, Luz PL, Puig LB, et al. The medicine, angioplasty, or surgery study (MASS-II): a randomized, controlled clinical trial of three therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. [periódico na Internet]. 2004 [acesso 15 mar 2011];43(10):1743-51. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/43/10/1743.pdf>.
 10. Reis AF, Salis LHA, Macrini JRL, Dias AMC, Chinline MGL, Saud CGM, et al. Síndrome Coronariana Aguda: morbimortalidade e prática clínica em pacientes do município de Niterói (RJ). *Rev SOCERJ*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso 20 mar 2012];20(5):360-71. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art06.pdf.
 11. Fox KAA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PG, Dabbous O, et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J*. [periódico na Internet]. 2002 [acesso 13 jan 2012];23:1177-89. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/23/15/1177.full.pdf>.
 12. Fox KAA, Cokkinos DV, Deckers J, Keil U, Maggiani A, Steg G. The ENACT study: a pan-European survey of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. [periódico na Internet]. 2000 [acesso 4 mar 2012];21:1440-9. Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/21/17/1440.full.pdf+html>.
 13. Oliveira TML, Oliveira GMM, Klein CH, Silva NAS, Godoy PH. Mortality and complications of coronary artery bypass grafting in Rio de Janeiro, from 1999 to 2003. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 10 jan 2012];95(3):303-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/en_aop08610.pdf.
 14. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MT, Palacio MA, Ramos RF, et al. Acute coronary syndrome registry at a cardiology emergency center. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2006 [acesso 3 mar 2012];87(5):544-549. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n5/en_07.pdf.
 15. Sant'Anna FM, Alvarez FS, Bruno RV, Brito MB, Menezes S, Correa WB Filho, et al. Desfechos Hospitalares em Pacientes Submetidos a Intervenção Coronária Percutânea na Vigência de Síndromes Coronárias Agudas Atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) – Resultados de um Centro de Cardiologia Terciário. *Rev Bras Cardiol Invas*. 2010;18(1):30-6.
 16. Santos ES. Escore de risco Dante Pazzanese para Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnivelamento do segmento ST [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 144 p.
 17. Soares JS, Pena FM, Pires Jr HR, Chaves APM, Inácio BO, Barcelos AF, et al. Análise do Tratamento da Síndrome Aguda em Centro Cardiológico do Norte Fluminense. *Rev Soc Cardiol Estado do Rio de Janeiro*. 2009;22(3):230-4.
 18. Villela P, Santos VF, Pimenta LVWA, Figueroa JDLP, Carvalho DRM, Oliveira GMM, et al. Estratégias invasiva

ou não-invasiva e associação com eventos clinicamente relevantes no seguimento pós-alta de pacientes internados com síndrome coronariana aguda. Rev SOCERJ. 2008;21(3):154-9.

19. Godoy PH, Klein CH, Silva NAS, Oliveira GMM, Fonseca TMP. Letalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio no Estado do Rio de Janeiro - SIH/SUS - no Período 1999-2003. Rev SOCERJ. 2005;18(1):23-9.

20. Mesquita ET, Ribeiro A, Araújo MP, Campos LAA, Fernandes MAF, Colafranceschi AS, et al. Indicators of healthcare quality in isolated coronary artery bypass graft surgery performed at a tertiary cardiology center. Arq Bras Cardiol. 2008;90(5):350-4.

21. Noronha JC, Travassos C, Martins M, Campos MR, Maia P, Panezzuti R. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. Cad Saúde Pública. [periódico na Internet]. 2003 [acesso 17 mai 2012];19(6):1781-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200300600022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Recibido: 7.6.2012
Aceptado: 13.9.2012

Como citar este artículo:

Gil GP, Dessotte CAM, Schmidt A, Rossi LA, Dantas RAS. Evolución clínica de pacientes internados debido el primer episodio de la Síndrome Aguda de las Coronarias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: ____/____/____];20(5):[08 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL