

11229
2ej.
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL " 20 DE NOVIEMBRE " ISSSTE.

T I T U L O

EVOLUCION CLINICA DE LOS PACIENTES INTERNADOS
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON DIAGNOSTICO
DE ANGINA INESTABLE.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO
EN ESTADO CRITICO.
P R E S E N T A .

DR JOSE ARTURO TRUJILLO CASTRO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGINA

1.-	INTRODUCCION.....	1
2.-	ANTECEDENTES.....	2
3.-	FISIOPATOLOGIA DE LA ANGINA INESTABLE....	6
4.-	OBJETIVOS.....	11
5.-	MATERIAL Y METODOS.....	11
6.-	RESULTADOS.....	12
7.-	ANALISIS.....	19
8.-	CONCLUSIONES.....	23
9.-	BIBLIOGRAFIA.....	24

INTRODUCCION :

En países como el nuestro, con un crecimiento de población importante, industrializado, con hacinamiento e incremento en su contaminación ambiental, y cuya población se ve sujeta a múltiples tensiones, como lo es el stress laboral, -- problemas económicos, familiares, etc., lo que ha ocasionado un incremento en la aparición y predisposición a enfermedades cardiovasculares. Sin dejar de mencionar los hábitos alimenticios con gran tendencia a la ingesta de dietas con predominio de lípidos como ocurre en los países desarrollados.

La presencia de la insuficiencia coronaria no se escapa al desenlace de su presentación como ocurre en los países ya mencionados.

Dado el interés que ha surgido en relación a la enfermedad este estudio pretende conocer el comportamiento clínico, - evolución y desenlace, de la angina de pecho, en su variedad inestable, la cual se considera como el estadio intermedio de la angina estable y el infarto agudo del miocardio, por lo que al conocer esta enfermedad y sus factores condicionantes ya ampliamente demostrados, la labor de prevencción es factible así como la posibilidad de limitar la presentación de un infarto agudo al miocardio, lo que significaría un potencial ahorro institucional y una mejor -- utilización de los recursos disponibles.

ANTECEDENTES :

El síndrome de angina inestable es una entidad clínica alarmante y peligrosa descrita como una manifestación y/o estadio hacia el deterioro progresivo del dolor torácico isquémico, identificada en un paciente con riesgo de infarto agudo del miocardio y/o muerte súbita cardiovascular.

En los Estados Unidos , la tasa de angina inestable se calcula del 30 al 60% de los casos estimados en 1.5 millones de norteamericanos, quienes experimentan síntomas premonitorios , el hallazgo más común , es el incremento en la frecuencia y severidad de los ataques de angina, por lo que la aparición de estos debe poner al médico en alerta para instituir el tratamiento intensivo con el fin de reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad del infarto agudo del miocardio.

El síndrome de angina inestable se ha considerado como la etapa intermedia entre el infarto al miocardio y la angina estable, desde 1900 Osler y Herick descubrieron la conducta progresiva del dolor anginoso más severo que la angina de esfuerzo y que frecuentemente precede al infarto del miocardio.

El término de angina inestable ha tenido diferentes connotaciones, como síndrome intermedio, angina impedante, angina preinfarto , estado anginoso y angina de pecho acelerada, por lo que el término de angina inestable ha tenido dificultades en cuanto a su aceptación pero se está tratando de coincidir en los conceptos que los definen e inclusive en el grupo Nacional de Estudios Cooperativos de Angina de pecho de E.E.U.U. está realizando esta función.

Hasta ahora, la angina inestable consiste en un cuadro -- progresivo caracterizado por síntomas o malestar anginoso, fácilmente provocado y que puede ocurrir durante el reposo.

Este padecimiento puede sospecharse en ausencia de cambios electrocardiográficos y enzimáticos con base en los criterios clínicos siguientes:

- 1.- Angina en crescendo, más severa, frecuente y de mayor duración, superpuesta a una angina de pecho estable, que puede irradiar hacia otros sitios, acompañada de síntomas autonómicos.
- 2.- Angina de pecho que se exacerba con el mínimo esfuerzo que se presenta en reposo .
- 3.- Angina de pecho de reciente inicio e incremento de la severidad usualmente durante los tres primeros meses.

Dentro de la entidad de angina inestable se encuentra la angina variante que ocurre durante el reposo con cambios reversibles del segmento ST durante el dolor.

Esta entidad parece resultar de una alteración en la vasomoción y/o vasoespasmo superpuesto en una arteria coronaria principal afectada previamente por estenosis debida a aterosclerosis y que ocurre en el 25% de los pacientes con angina inestable.

La patogenia conocida establece que la aterosclerosis coronaria conduce a isquemia miocárdica pero la secuencia de eventos ocasiona en primer lugar angina estable y posteriormente angina inestable que culmina en infarto y que puede modificarse dependiendo de la severidad de la obstrucción de las coronarias.

También se ha descrito infartos microscopicos en pacientes que padecieron angina inestable sin evidencia de lesión coronaria y sin cambios electrocardiográficos compatibles con infarto; aunque estos casos son poco frecuentes, esto obedece a cambios de vasomoción importante con coronarias lesionadas en quienes el patrón obstructivo es menos importante.

Asimismo se ha demostrado que hay fibrosis en placas del sitio de necrosis miocárdica de la zona de irrigación de la arteria coronaria coronaria afectada.

La incidencia de angina inestable se desconoce pero se calcula que del total de ingresos representan en promedio 20% de las admisiones a la unidad de cuidados intensivos teniendo una presentación del 50% de angina estable y el otro 50% angina inestable.

Se ha observado que los pacientes con angina estable la posibilidad de presentación de infarto al miocardio es menor, así como la severidad de afección coronaria, comparados con los que tienen angina inestable, encontrando en estos enfermos alta incidencia de lesión de la arteria coronaria izquierda en su rama descendente.

Por lo anterior se dice en la literatura que los pacientes con angina estable son mejores candidatos para las angioplastias tempranas.

La presentación clínica de la angina inestable no es fácil de diagnosticar teniendo que efectuar diagnósticos diferenciales del dolor torácico con otras entidades como lo es; el espasmo esofágico, esofagitis, pericarditis, hernia hiatal, aneurisma disecante de la aorta, neumotórax, pleuritis, embolismo pulmonar etc.

EL exámen físico no es específico pero puede revelar anomalías transitorias incluidas por la isquemia reflejada en la compliance del ventriculo sea este derecho o izquierdo --- y/o función ventricular sistólica.

Durante el ataque isquémico pueden ser auscultados el tercer o cuarto ruidos diastólicos, impulsos apicales disquinéticos y soplo regurgitante mitral transitorio.

En las series de Fisher reportan que del 18 al 23% de los pacientes tienen la presencia de un cuarto ruido cardíaco y el 9% un nuevo soplo.

En 1966 Roughgarden documentó que la hipertensión arterial precede a la angina de reposo. Y que en muchos casos de angina en reposo no cambian las determinantes que aumentan el consumo de -- oxígeno, por lo que la reducción de el aporte de flujo sanguíneo coronario es el evento precipitante.

Por otro lado se comenta también que en todos los pacientes que se llevaron a cirugía y murieron, no se encontraron diferencias en la severidad o distribución de las lesiones de las arterias coronarias en comparación hecha entre angina inestable y la estable.

Sin embargo los hallazgos angiográficos de los enfermos con angina inestable presentan la misma distribución que la angina estable ; sin afección de vasos 10% , con afección de un vaso coronario 30%, con afección de dos vasos un 30% y con lesión de tres vasos un 30%.

FISIOPATOLOGIA :

La presentación de la angina de pecho inestable obedece - a los siguientes alteraciones fisiopatológicas en la circulación coronaria:

- 1.- alteración en el aporte de flujo sanguíneo y la demanda, aumento de la demanda tisular de oxígeno pero no el aporte de flujo sanguíneo.
- 2.- Descenso o disminución del flujo sanguíneo así como la demanda del mismo.
- 3.- La combinación de ambos.

Algunos pacientes con antecedentes de angina de pecho de larga duración o con uno o más infartos al miocardio comprobados, pueden presentar el cuadro clínico y hemodinamicamente de miocardiopatía -- congestiva. Solo en los últimos cinco a siete años se reveló que los pacientes con enfermedad coronaria, pero sin antecedentes de insuficiencia cardíaca clinicamente o hipertrofia del corazón radiologicamente ; pueden tener una forma más leve de miocardiopatía isquémica-- manifestada por un aumento del volumen diastólico de la cámara ven-- tricular , con reducción de la distensibilidad del ventrículo izquierdo e índices reducidos de la frecuencia contractil sistólica. Más re-- cientemente se demostró que pacientes con cardiopatía isquémica y ha-- modinamicamente normales en reposo, desarrollaban dilatación ventri-- cular y una fracción de eyección notablemente disminuida durante el -- ejercicio.

El cuadro que surge de estos estudios es uno con enfermedad -- de las arterias coronarias pero con función cardíaca normal y en -- el otro dilatación cardíaca hipertrófica e insuficiencia cardíaca -- aún en reposo.

Se puede tener una perspectiva de la fisiopatología de la mio-- cardiopatía isquémica si se considera la morfología del corazón,

observado en la autopsia. En pacientes que mueren por infarto agudo del miocardio se observan dos tipos de lesiones diferentes de necrosis cardíaca.

En la primera forma, el infarto está localizado en una zona correspondiente a la distribución de una arteria coronaria afectada y la necrosis es más o menos transmural. En la segunda forma la necrosis esta circunscrita a la capa subendocárdica del miocardio pero puede ser difusa y abarca casi toda la caparazón subendocárdica del ventriculo izquierdo. Cualquiera que sea el tipo de necrosis aguda del miocardio sigue su curso evolutivo que se caracteriza por un exudado inflamatorio, edema, substitución de miocitos necrosados por tejido cicatrizal con proliferación de fibroblastos y depósito de colágena.

En la región del infarto, la eliminación del músculo necrosado adelgaza la pared cardíaca y el depósito de colágeno produce una escara bien formada. Los pacientes con antecedentes de angina, pero sin infarto clínico en el pasado, pueden presentar un infarto cicatrizado (que no tuvo manifestación clínica).

Es aún más frecuente que muestren cicatrices pequeñas distribuidas en el miocardio. El corazón puede ser completamente normal con excepción de las lesiones obstructivas de las arterias coronarias.

Los pacientes con angina de larga evolución y aquellos con multiples infartos previos mueren por insuficiencia cardíaca congestiva con el corazón dilatado o hipertrofiado y presentan numerosas cicatrices. En estos casos el aumento de peso del corazón está relacionado en parte con el agregado de tejido fibroso y en parte en la hipertrofia ventricular izquierda que sobrevive en algunos casos también la hipertrofia ventricular derecha que sigue a la hipertensión pulmonar que se acompaña a la insuficiencia ventricular izquierda crónica

Las consecuencias de la lesión miocárdica isquémica están relacionadas con la localización y el grado de fibrosis de reemplazo. Las primeras comunicaciones de la miocardiopatía isquémica estuvieron basadas en estudios de pacientes que se presentaron con insuficiencia cardíaca e hipertrofia del corazón de causa incierta, posteriormente se comprobó que eran debidas a insuficiencia coronaria, ya que cuando la aterosclerosis coronaria ha llegado al periodo que produce isquemia, la enfermedad es generalmente extensa.

En un estudio de 107 casos de infarto al miocardio fatal - se examinaron las arterias coronarias con gran detalle (un mínimo de 5mm de cortes transversales de las arterias : coronaria izquierda principal, descendente anterior, circunfleja y derecha.

Aun cuando era variable el grado de estrechamiento del calibre vascular unicamente cuatro entre varios de miles de cortes efectuados no mostraron patología.

Podríamos argumentar, con lógica que el material de la autopsia en casos fatales de infarto daría una estimación muy parcial de la enfermedad en pacientes sintomáticos, si bien resulta claro que la angina de pecho y otras manifestaciones de enfermedad coronaria aparecen en algunos pacientes con enfermedad focal en oposición a la enfermedad difusa, el cúmulo de evidencias clínicas-- indican que están afectadas en forma más extensa las arterias coronarias extramurales en la mayoría de los pacientes que presentan síntomas.

Otra línea de evidencias es la arteriografía coronaria que en forma típica subestima el grado de enfermedad y por lo común muestra por lo menos un leve compromiso de las tres arterias coronarias en pacientes con angina.

Por último cuando se utilizan métodos quirúrgicos de bypass en caso de obstrucciones proximales importantes en los principales vasos coronarios, éstas obstrucciones si bien es cierto son focales y están contiguas a las áreas de enfermedad menos graves.

Es sumamente importante hacer una diferencia entre aterosclerosis que es un proceso difuso que afecta el árbol arterial coronario pero que puede tener escasas consecuencias fisiológicas o ninguna, y las lesiones importantes desde el punto de vista hidráulico que comprometen el flujo durante situaciones de alta demanda miocárdica, por lo tanto la siguiente pregunta sería:

¿Que constituye una lesión hidráulicamente importante?

La respuesta a esta interrogante es compleja, en condiciones normales las principales arterias coronarias extramurales, actúan como conductos entre la aorta y todo el sistema de vasos intramurales que suministran sangre al ventrículo. Y la principal resistencia al flujo se haya en los vasos coronarios intramurales, la cual cambia de manera fácil durante la secuencia de contracción y relajación del corazón. Se dice que las arterias extramurales son conductos porque tienen un área de corte transversal grande en relación a las velocidades de flujo que se encuentran normalmente.

Hay un descenso de presión insignificante a lo largo de las arterias, de manera que la presión medida en los segmentos distales de los vasos extramurales es esencialmente idéntica a la presión aórtica.

Se dice que está estrechada la luz de una arteria coronaria extramural o con una lesión que se considera hidráulicamente importante cuando se produce un gradiente de presión a través del segmento comprimido.

La magnitud de este gradiente de presión para cualquier gradiente de constricción varia de acuerdo con la velocidad del flujo a través del vaso. La velocidad del flujo estará determinada, por; la presión de perfusión aórtica y la resistencia coronaria total; es decir la suma de resistencias a nivel de la constricción y de los vasos intramurales y nutricios.

En consecuencia cuando la resistencia coronaria total es elevada debido a una gran resistencia intramural, la velocidad del flujo será reducida y una reducción del 80 a 90% en la luz de un vaso epicárdico producirá un descenso de la presión de perfusión coronaria distal. Por otro lado si la resistencia intramural es pequeña y la velocidad del flujo coronario elevada, una reducción mucho más pequeña del calibre de un vaso epicárdico provocará un gradiente de presión de perfusión coronaria.

En orden de frecuencia de las lesiones coronarias extramurales es del 43% para la arteria coronaria descendente anterior para la coronaria derecha es del 28%, para la circunfleja el 23% y para la principal izquierda es del 5 al 6%.

La localización próxima de las obstrucciones importantes y su poca longitud son las características anatómicas que hacen posible el puente quirúrgico y el reestablecimiento de la perfusión coronaria distal en pacientes seleccionados con enfermedad coronaria sintomática.

OBJETIVOS.

- 1.- Conocer el Número de pacientes con angina inestable que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 2.- Determinar las principales complicaciones de la angina de pecho.
- 3.- Conocer la evolución clínica de una angina de pecho inestable
- 4.- Determinar el número de días de estancia en promedio en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- 5.- Conocer las enfermedades subyacentes más frecuentes en los pacientes con angina inestable.

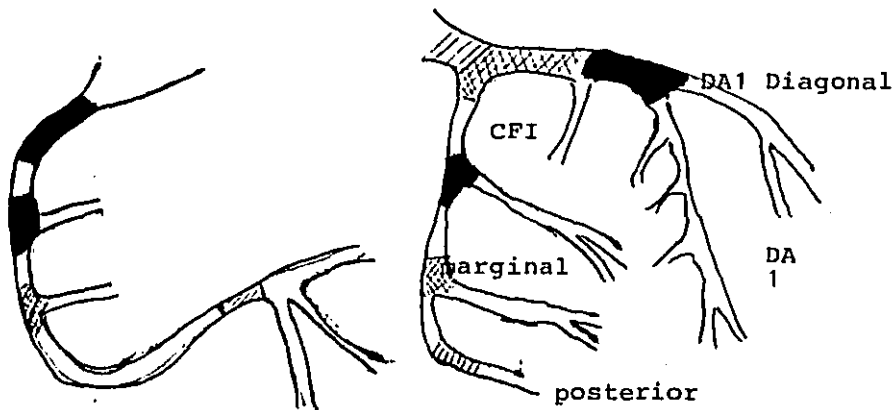
MATERIALES Y METODOS .

- 1.- Se utilizaron los expedientes de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico clínico de angina inestable. Comprendidos en los años de 1985 a 1987.
- 2.- Se recolectaron datos en una cédula, con criterios clínicos para el diagnóstico de base así como el perfil electrocardiográfico y enzimático .
- 3.- Se eliminaron los casos que no llenaban los criterios ya mencionados y cuyo expediente no estaba completo.
- 4.- Se revisaron las coronariografías efectuadas a los pacientes con diagnóstico de angina inestable.

GRAFIA 1.

ARTERIA CORONARIA DERECHA

ARTERIA CORONARIA
IZQUIERDA



PREVALENCIA MAS ALTA



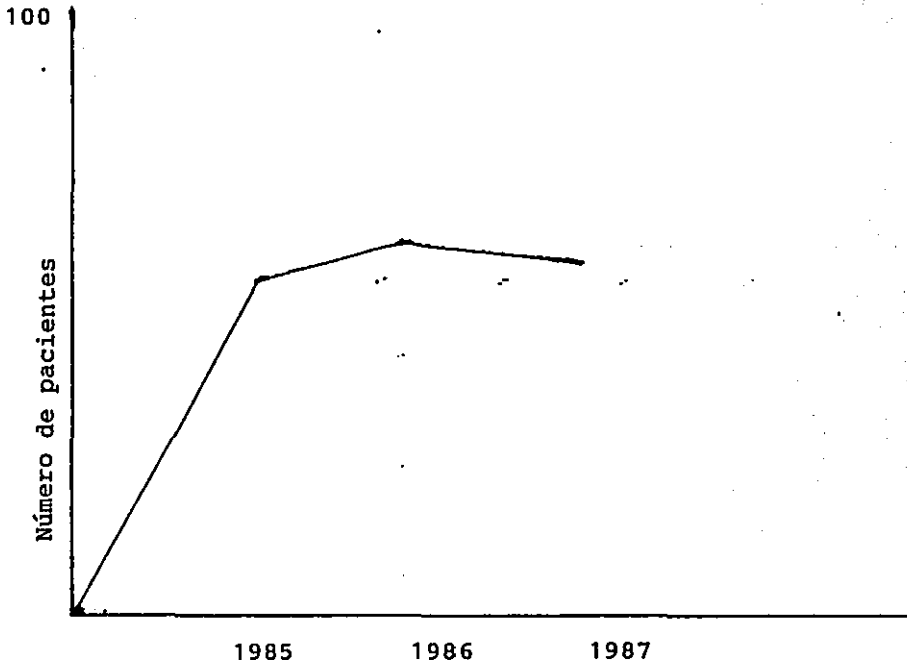
2 a PREVALENCIA



3a PREVALENCIA



GRAFICA No. 2



HR 20 DE NOVIEMBRE

ISSSTE.

TABLA No. 1 DISTRIBUCION TOTAL DE PACIENTES QUE
INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE ANGINA
INESTABLE.

AÑOS	E D A D (PROMEDIO *)	S E X O		TOTAL
		F	M	
1985	60.1	7	30	37
1986	62.5	20	56	76
1987	59.6	22	35	57
total		49	121	170

M 20 NOV 1988TB.

TABLA No. 2 MUESTRA EL TOTAL DE PACIENTES QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE REGISTRO.

AÑOS	EDAD \bar{X}	SEXO		TOTAL
		F	M	
1985	55.0	4	23	27
1986	60.5	23	39	62
1987	58.3	21	36	57
TOTAL		48	98	146

HR 20 NOV ISSSTE.

TABLA No. 3 MUESTRA LA DISTRIBUCION DE PACIENTES QUE INGRESARON CON DIAGNOSTICO DE ANGINA INESTABLE CON ENFERMEDAD DE BASE O PREVIA.

ENFERMEDAD SUBYACENTE	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	33	22	55
DIABETES MELLITUS	28	13	41
CARDIOPATIA PREVIA	10	20	30
NEUMOPATIA	40	15	55
OBESIDAD	10	20	30
TOTAL	121	90	211

HR 20 NOV 1987E,

TABLA No.4 MUESTRA LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES REGISTRADOS CON DIAGNOSTICO DE ANGINA INESTABLE DURANTE EL PERIODO ____ COMPRENDIDO DE 1985 a 1987.

EVOLUCION	S E X O		T O T A L
	M	F	
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	32	19	51
FALLECIMIENTO	20	16	36
ANGINA ESTABLE	13	8	21
ARRITMIAS	9	5	14
OTRAS COMPLICACIONES	24	0	24
TOTAL	98	48	146

TABLA No. 5 MUESTRA LA EVOLUCION FINAL HASTA EL MOMENTO DEL REGISTRO EN LOS AÑOS SEÑALADOS DE PACIENTES CON ANGINA INESTABLE.

EVOLUCION	1895	1986	1987	TOTAL
MANEJO				
MANEJO MEDICO	24	53	50	127
MANEJO QUIRURGICO	3	9	7	19
TOTAL	27	62	57	146

HR 20 NOV ISSSTE.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANALISIS .

En la gráfica 1 se muestra la representación esquemática de una coronariografía, en donde está la distribución de las lesiones de las coronarias que con más frecuencia se observó. En la coronaria izquierda se encontró lesión en un porcentaje del 70% del total de estudios, a nivel de la circunfleja izquierda, el 21% de los casos en la descendente anterior, y con una 9% en la coronaria derecha.

Durante los procedimientos se presentó como complicación más frecuente la extrasistolia, de tipo ventricular, con cambios de la repolarización ventricular y con menos frecuencia la presentación en forma aguda del infarto agudo del miocardio, 4 del total de 51 pacientes presentaron esta complicación 3 hombres y una mujer.

Otras de las complicaciones observadas durante la coronariografía fué la trombosis en el sitio de la punción así como desgarro de la arteria.

En relación a la menor prevalencia en la rama marginal así como en la primera diagonal y en las que se observó recanalización retrógrada y finalmente las lesiones distales de la coronaria derecha.

En éste estudio que fué retrospectivo y descriptivo se encontró que en los tres años observados hay un incremento del 64.9% de pacientes ingresados en comparación con el año de 1985 a 1987 lo que establece que la presencia de insuficiencia coronaria cada día es más frecuente dado los estímulos externos de una sociedad como la nuestra, siendo una de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes como se ha mencionado en los antecedentes.

La angina inestable como enfermedad cardiovascular ha tenido en la última década un progreso importante, condicionado por el -- desarrollo industrial de nuestra población, con los factores condicionantes de la misma que es muy similar a la de los grandes países industrializados, datos que ya se han comentado.

Y de lo ya expuesto, el hecho que llama la atención es que -- encuentran más casos a temprana edad, así como mayor incidencia en - el sexo femenino, claro está, con predominio del sexo masculino como se demuestra en la tabla No. 1 , en donde se registraron 7 casos en 1985 y 22 casos en 1987 del sexo femenino, comparados contra 121 hombres registrados en los tres años.

En los datos observados en la tabla No.2 , se muestra el total de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión teniendo un total de 146 casos, 48 mujeres y 98 hombres, con un rango de promedio de edad entre los 50 y los 60 años que con mayor frecuencia se observó esta enfermedad, en el año que más se encontró fue en 1986 con un incremento significativo para el sexo femenino de 4 mujeres se llegó a un total de 23 casos , manteniendose casi en la misma proporción para el año de 1987.

En este estudio, de un total de 170 pacientes con angina -- inestable registrados en la libreta de ingresos a la unidad de cuidados intensivos 24 pacientes no contaron con los criterios de selección, quedando un total de 146 pacientes, datos que comparados con - los antes mencionados en relación a la distribución por sexo y edad es muy similar .

En la tabla número 4 se observa la distribución de casos por año de pacientes con angina inestable que se registraron en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En el año que más ingresos tuvo fué en 1986 con un total de casos del más del 50%, en relación al que se presentó en 1985 el sexo masculino fué el más afectado con promedio de edad de -- 60.5 años , con días de estancia de 3.6 y un descenso en la edad de presentación, con un promedio de edad de 58 años en 1987. Se registró un caso de un paciente masculino de 18 años de edad con síndrome de Down quien presentó infarto agudo del miocardio, lo que indica ya la evidencia de edades prematuras de presentación de insuficiencia coronaria.

En la tabla No. 5 se aprecia la distribución de la enfermedad subyacente asociada con angina de pecho inestable.

Es importante mencionar que el paciente con angina inestable puede presentar una o más de las enfermedades subyacentes que aparecen en el presente cuadro. Otro de los datos que se han observado en relación a informes previos es que se encontró mayor número de mujeres obesas y con enfermedad cardiovascular previa, las que fueron más afectadas que las mujeres que no tenían obesidad, ni enfermedad cardíaca previa.

La lesión cardíaca mas frecuentemente observada, radiológicamente inferida, es la aterosclerosa : localizada a nivel de la válvula mitral, la porción ascendente del cayado aórtico y de la válvula aórtica. En la tabla No. 6 se presenta la evolución final de los pacientes con angina inestable, encontrando en relación al comportamiento clínico los que evolucionaron al infarto agudo del miocardio por arritmias mortales y descompensación de enfermedades subyacentes como lo fué la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica.

En quienes también se registró con mayor frecuencia cambios electrocardiográficos del segmento ST en un 65% de los casos como en los criterios elaborados por el Dr Bertolassi. De los fallecimientos se registro un 24% más frecuente en pacientes masculinos con los factores anteriormente mencionados.

Los que evolucionaron a angina estable fueron 21 de los casos con 13 hombres y 8 mujeres con una porcentaje total de 14.3% de el total de casos observados.

Los casos de arritmias fueron un total de 9.5% la mayoría de ellos afortunadamente extrasístoles supraventriculares en clasificación de I siendo mas frecuente en mujeres que en hombres.

En la tabla No. 7 se observa la distribución final de los casos de angina inestable como se puede observar en la gran mayoría quedó resuelto su inestabilidad con un total de 127 casos desde 1985 a 1987 registrandose el número mayor en 1986. Los que culminaron en tratamiento quirúrgico fueron 19 en total con más casos en 1986 que en 1987.

CONCLUSIONES:

En este estudio que se realizó, nos evidencia la situación actual de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital 20 de Noviembre, teniendo resultados muy similares a los reportes más recientes en la literatura de los pacientes estudiados con diagnóstico de angina inestable.

Lo que se concluye es que los pacientes estudiados que llevan un buen control posterior al primer evento coronario tienen menor número de recaídas, los que presentan mayor descontrol y mayor número de enfermedades subyacentes tienen una frecuencia mayor de infarto agudo del miocardio y mayor número de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Además se evidencia que la angina inestable se está presentando en grupos de edades cada vez menor sin identificar cardiopatía previa ni enfermedad subyacente en algunos casos, dato que debe despertar interés para estudios posteriores.

Otro dato importante es que el cálculo aproximado del total de ingresos que hay a la Unidad de Cuidados Intensivos le corresponde un 30% a pacientes con angina de pecho inestable lo que se correlaciona con estadísticas de los Estados Unidos de Norte América que le asignan igualmente un 30%.

Y finalmente si todos y cada uno de los factores o enfermedades subyacentes desencadenantes, la suspensión del medicamento, dosis inadecuadas de tratamiento, se pudiesen resolver o controlar, la presentación de angina inestable disminuiría lo que atenuaría los altos costos que representa el internamiento de los pacientes con angina inestable en las unidades de cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Vakil RJ: Preinfarction syndrome-management and follow up
Am J Cardiol 14;55, 1964.
- 2.- Sampson JJ, Eliaser M; The diagnosis of impending acute coronary occlusion . Am Heart J 13; 675 , 1937.
- 3.- Fowler N; Preinfarction angina, Circulation 44; 755, 1971.
- 4.- Timmis G. Westveerd : Unstable angina and the preinfarction syndrome, .Cardiovascular Review, New York Academic, 1981 pp28
- 5.- Coronary Artery disease; Special anginal syndrome- The syndrome of unstable angina pectoris, In Textbook of cardiology, Boston Little Brown 1981.
- 6.- Conti RC, Braeley RK, Griffith LS, et al : Unstable angina; Morbidity and Mortality in 57 consecutive patients evaluated angiographically. Am J Cardiol 32:745, 1973.
- 7.- Roughgarden JW: Circulatory changes associated with spontaneous angina pectoris. Am J Med 41; 947, 1966.
- 8.- Chahline R, Roizner AE, Isimori T : The incidence and clinical implications of coronary artery spasm. Circulation 52:972 1975.
- 9.- Duncan B, Fulton M , Morrison S , et al Prognosis of new and worsening angina pectoris Br Med J ; 1981, 1976.
10. Cohn PF, Cohn LH: Medical/surgical treatment of unstable angina The treatment of acute myocardial ischemia and integrated medical /surgical approach. New York , Futura Press 1979.
11. Jaffe, Lein MS, Petel BR et al; Abnormal technetium-99 pyrophosphate images in unstable angina: ischemia VS infarction Am J Cardiol 44; 1035 , 1979.
- 12.- Greenberg H, Dwyer EM JR ,Jameson AG, et al :Effects of nitroglycerin on the major determinants of myocardial oxygen consumption. And angiographic and hemodynamic assesment Am J cardiol 36: 426 1975.

- 13.- Abrams J; Nitroglycerin symposium. Am J Med 74;85,1983.
- 14.- Stone Ph Muller JE et al: Calcium Channel blocking agents in the treatment of cardiovascular disorders : Basic and clinical electrophysiologic effects. Ann Inter Med 93:875 1980.
- 15.- Henry PO: Comparative pharmacology of calcium antagonists; nifedipine, verapamil and diltiazem. Ann Rev Pharmacol Toxicol 17 : 149, 1980.
- 16.- Oliva PG :Unstable resting angina with ST- Segment depression Ann Intern Med 100: 424, 1984.
- 17.- Unstable angina pectoris study group:Unstable angina pectoris National Cooperative Study Group to compare medical and surgical therapy: Results in patients with left anterior descending disease. Am J Cardiol 48: 517, 1981 .
- 18.- Brow Bg, Dodge Ht: Unstable angina: guidelines for therapy based on the last decade of clinical observations. Ann Intern Med 97: 921 , 1982.