



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.411-419

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/804>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 411-419



Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos que provocan subregistros del infarto agudo al miocardio

Acute coronary syndrome and other diagnoses that cause underreporting of acute myocardial infarction

Síndrome coronária aguda e outros diagnósticos que levam à subnotificação de enfarte agudo do miocárdio

Diana Alexandra Sánchez Paredes¹; Mirian Mariana Basurto Macías²; Pablo Andres Regalado Bermeo³; Geovanny Jose Luque Cervantes⁴

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; dianita_sanchez_23@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2074-7801>
2. Médico Cirujano; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; mariana-b.m1990@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3910-3598>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; pablodinking@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6166-6311>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; gjlc3421@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2658-0459>

CORRESPONDENCIA

Diana Alexandra Sánchez Paredes
dianita_sanchez_23@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El síndrome coronario agudo es una patología, que posee diferentes fisiopatologías que la distinguen como la angina inestable y el infarto agudo de miocardio (IAM). La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos que provocan subregistros del infarto agudo al miocardio. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La limitación más importante para esta investigación, es que no hay suficientes trabajos que se aboquen a estudiar los subregistros por los cuales es identificado el infarto agudo al miocardio, como una patología que está dentro del síndrome coronario agudo, entendiendo que en todos los centros de salud existe la posibilidad de que hayan sub registros de esta patología. Si bien existe una clasificación internacional, en base al trabajo de Jiménez-Navarrete et al (2013), se ha detectado que esta presenta debilidades en cuanto a la codificación para su clasificación, aunado a los problemas de registros y seguimiento en los centros de salud, y diferentes criterios de como llamar a la enfermedad como "síndrome coronario agudo", "enfermedad arterial coronaria", "cardiopatía isquémica" por médicos cuando el paciente es egresado como se evidencia, en el trabajo ya citado. Entendiendo que el infarto agudo al miocardio tiene diferentes clasificaciones y tipos, que pueden dificultar su prevalencia, los factores predisponentes y su pronóstico.

Palabras clave: Clnfarto, Síndrome, Coronario, Riesgo, Fuster.

ABSTRACT

Acute coronary syndrome is a pathology that has different pathophysiologies that distinguish it, such as unstable angina and acute myocardial infarction (AMI). The methodology used for this research work focuses on a methodology oriented towards the need to investigate a situation precisely and coherently. Framed within a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as acute coronary syndrome and other diagnoses that cause underreporting of acute myocardial infarction. The technique for data collection is made up of printed, audiovisual and electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others. The information obtained here will be reviewed for further analysis. The most important limitation for this research is that there are not enough works that focus on studying the sub-registries by which acute myocardial infarction is identified, as a pathology that is within the acute coronary syndrome, understanding that in all centers of There is a possibility that there may be sub-registrations of this pathology. Although there is an international classification, based on the work of Jiménez-Navarrete et al (2013), it has been detected that it has weaknesses in terms of coding for its classification, coupled with problems of records and monitoring in health centers, and different criteria of how to call the disease as "acute coronary syndrome", "coronary artery disease", "ischemic heart disease" by doctors when the patient is discharged as evidenced in the work already cited. Understanding that acute myocardial infarction has different classifications and types, which can hinder its prevalence, predisposing factors and prognosis.

Keywords: Heart attack, Syndrome, Coronary, Risk, Fuster.

RESUMO

A síndrome coronária aguda é uma patologia que tem diferentes patofisiologias que a distinguem, tais como angina instável e enfarte agudo do miocárdio (IAM). A metodologia utilizada para este trabalho de investigação centra-se numa metodologia orientada para a necessidade de investigar uma situação de forma precisa e coerente. Enquadrada numa revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico como a síndrome coronária aguda e outros diagnósticos que causam sub-notificação do enfarte agudo do miocárdio. A técnica de recolha de dados é constituída por material impresso, audiovisual e electrónico, este último como o Google Scholar, PubMed, entre outros. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A limitação mais importante para esta investigação é que não existem trabalhos suficientes que se concentrem no estudo dos sub-registos pelos quais o enfarte agudo do miocárdio é identificado, como uma patologia que está dentro da síndrome coronária aguda, entendendo-se que em todos os centros de Há a possibilidade de haver sub-registos desta patologia. Embora exista uma classificação internacional, baseada no trabalho de Jiménez-Navarrete et al (2013), foi detectada a sua debilidade em termos de codificação para a sua classificação, juntamente com problemas de registos e monitorização nos centros de saúde, e diferentes critérios de como denominar a doença como "síndrome coronária aguda", "doença arterial coronária", "doença cardíaca isquémica" pelos médicos quando o paciente tem alta, como evidenciado no trabalho já citado. Compreender que o enfarte agudo do miocárdio tem classificações e tipos diferentes, o que pode dificultar a sua prevalência, factores predisponentes e prognóstico.

Palavras-chave: Ataque cardíaco, Síndrome, Coronariano, Risco, Fuster.

Introducción

El término “síndrome coronario agudo” (SCA) fue introducido por Valentín Fuster (1985), quien junto a Steele y Chesebro, propusieron diferenciar los eventos fisiopatológicos específicos que distinguen la angina inestable y el infarto agudo de miocardio (IAM), de la enfermedad coronaria estable. La visión clínica incluía las entidades de angina inestable, IAM y muerte súbita coronaria. SCA es un término operacional especialmente útil para la evaluación inicial de los pacientes con dolor torácico, que incluye cualquier tipo de IAM –con o sin elevación del segmento ST- y angina inestable. Este síndrome continúa “...sometido al vértigo de las investigaciones. La vertiente inflamatoria de su fisiopatología, la diatriba entre su manejo farmacológico e instrumentado, la genética, incluso la caracterización y clasificación, se muestran como vías abiertas al pensamiento inquieto” (Jiménez-Navarrete et al., 2013).

Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes y de mayor influencia en la mortalidad son principalmente las derivadas de la arteriosclerosis, particularmente el infarto agudo de miocardio y los accidentes cerebrovasculares, cuya incidencia se eleva significativamente con la edad, pues son consecuencia de la acción prolongada de determinados factores de riesgo y de los cambios degenerativos del envejecimiento. En los Estados Unidos de América se producen cada año más de un millón de infartos de miocardio, lo que representa alrededor del 30% de la mortalidad, mientras en Alemania 113000 personas mueren por esta afección y en España constituye la primera causa de muerte para todas las edades y sexos (Batista González & Escalona Ballester, 2015).

Al igual que en muchos países, en Ecuador, las enfermedades cardiovasculares ocupan el puesto número uno en el ranking de mortalidad, en el país el 25% de las muertes son por esta causa, de igual manera en la

ciudad de Milagro se registran cifras del 11% en cuanto a defunciones por IAM según la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de información de Salud. (Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de salud (Regalado Peñafiel & Carrillo Suarez, 2017).

Fisiopatología de los síndromes coronarios agudos

- La placa aterosclerótica: La aterosclerosis humana es un proceso patológico de origen multifactorial con participación multisistémica y de extraordinaria complejidad, se comporta como un desorden inflamatorio crónico que involucra el sistema vascular, inmunológico y endocrinometabólico que termina en manifestaciones locales y sistémicas. En esencia la aterosclerosis se compone de dos fenómenos interrelacionados:

1. Aterosis: acumulación focal de lípidos intracelulares y extracelulares, formación de células espumosas y reacción inflamatoria.
2. Esclerosis: endurecimiento cicatrizal de la pared arterial, caracterizado por el aumento del número de miocitos, distrofia de la matriz extracelular y más tardíamente por calcificación, necrobiosis y mayor infiltración inflamatoria. La lesión aterosclerosa es de muy lenta evolución, pues los cambios prelesionales comienzan en la infancia; el desarrollo de la verdadera lesión (la placa responsable del IAM tipo 1 puede llevar decenios, de modo que puede observarse a partir de la cuarta o quinta década de la vida). Estas placas se pueden dividir en tres grupos: 1. Lesiones iniciales: placas tipos I, II y III 2. Lesiones avanzadas: placas tipo IV y V 3. Lesión complicada: placa tipo VI.

- La placa vulnerable: La presentación y evolución de un síndrome coronario agudo está determinada por tres factores clave: la placa vulnerable, el estado de

la sangre (sangre vulnerable) y el estado del miocardio (miocardio vulnerable). En la actualidad, a la placa vulnerable se la define como aquella que por sus características esta propensa a una rotura/fisura o a una rápida progresión que limite en forma parcial o que obstruya en su totalidad el flujo coronario, originando de esta manera un síndrome coronario agudo.

- La placa complicada: Al lesionarse una placa vulnerable, se exponen componentes altamente trombogénicos. Se destacan el factor hístico y los activadores plaquetarios de los macrófagos; sin embargo, una hipercoagulabilidad sistémica puede incluso iniciar la trombogénesis sin lesión significativa de la placa. A la sangre con características que favorecen el desarrollo de un síndrome coronario agudo se le denomina sangre vulnerable; los dos aspectos clave en ésta son la tendencia procoagulante y proinflamatoria (Guzmán Galarza, 2016).

Clasificación

El IAM se puede clasificar en dos tipos IAM con supradesnivel ST (IAMSDST) y IAM con infradesnivel ST (IAMIDST), el IAMSDST indica lesión en el miocardio causando los siguientes síntomas característicos dolor opresivo o punzante en área precordial que es intenso y duradero y que no calma con el reposo a diferencia del IAMIST que se caracteriza por molestias retroesternales que se puede irradiar a brazo y que no duran más de 10 minutos y que desaparece con el reposo este tipo de IAM indica isquemia que puede ser causado por vasoespasmo o disminución del flujo coronario por una placa aterosclerótica (Chávez González & Tama Sánchez, 2015).

Angina estable: Déficit de perfusión transitorio del miocardio secundario a estenosis crónica progresiva de origen ateromatoso sobre una o varias arterias coronarias, usualmente debido al aumento de las demandas de dicho tejido como consecuen-

cia de esfuerzo físico o ejercicio, emociones fuertes y estrés (Cardona Moica & Muñoz Sierra, 2017).

Tipos de infarto agudo al miocardio

1. Infarto de miocardio espontáneo: Infarto de miocardio espontáneo relacionado a ruptura, ulceración, fisura, erosión o disección de placa aterosclerótica, con la consiguiente formación de trombo endoluminal en una o más arterias coronarias. Esto conduce a una disminución del flujo coronario o a embolia plaquetaria distal que provocan necrosis de miocitos. Los pacientes pueden tener una enfermedad coronaria severa subyacente, aunque también pueden estar exentos de la misma.
2. Infarto de miocardio secundario a un desbalance isquémico: Injuria miocárdica con necrosis en el contexto de una condición, diferente a una placa de aterosclerosis complicada que contribuye a un desequilibrio entre la oferta y demanda miocárdicas de oxígeno (por ejemplo, disfunción endotelial, espasmo coronario, embolia coronaria, taqui/bradi arritmias, anemia, insuficiencia respiratoria, hipotensión e hipertensión con o sin hipertrofia ventricular izquierda).
3. Infarto de miocardio fatal con valores de biomarcadores no disponibles: Muerte cardíaca con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica y alteraciones electrocardiográficas presumiblemente nuevas (incluyendo bloqueo de rama izquierdo nuevo). La muerte ocurre antes de que los niveles plasmáticos de los biomarcadores pudieran elevarse, o en casos en que no se llegó a tomar una muestra de sangre.
4. Infarto de miocardio relacionado a intervención coronaria percutánea: Se define en forma arbitraria en presencia de niveles plasmáticos de cTn > cinco veces el percentil 99 del rango de referencia, en pacientes con valores basales norma-

- les, o en caso de que estos estén elevados, un incremento superior a 20%. A esto debe sumarse por lo menos una de las siguientes condiciones: a) síntomas sugestivos de isquemia miocárdica; b) alteraciones electrocardiográficas nuevas; c) oclusión de una arteria coronaria mayor o un colateral, o flujo lento persistente, o embolización; d) imágenes que evidencien una pérdida nueva de miocardio viable o alteraciones sectoriales nuevas de la contractilidad.
5. Infarto de miocardio provocado por trombosis del Stent: Infarto de miocardio asociado a trombosis del stent detectada por angiografía o autopsia en el escenario de isquemia miocárdica y ascenso y/o descenso de los niveles plasmáticos de biomarcadores, con al menos un valor por encima del percentil 99 del rango de referencia.
 6. Infarto de miocardio relacionado con cirugía de revascularización miocárdica: Se define en forma arbitraria por una elevación de los biomarcadores cardíacos a niveles mayores a diez veces el percentil 99 del rango de referencia. A esto debe sumarse por lo menos una de las siguientes condiciones: a) nuevas ondas Q patológicas o bloqueo de rama izquierda; b) nueva oclusión de puente o arteria coronaria nativa, documentada por angiografía; c) imágenes que evidencien una pérdida nueva de miocardio viable o alteraciones sectoriales nuevas de la contractilidad (Guzmán Galarza, 2016).

Factores de riesgo

Hipertensión	Una enfermedad crónica, se produce una elevación de presión sistólica, por encima de 140mmHg y de 90 mmHg la presión diastólica. La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una condición clínica multifactorial caracterizada por la presencia de niveles de presión elevados y constantes, asociados a alteraciones metabólicas y hormonales y fenómenos tróficos (hipertrofia cardíaca y vascular). Las alteraciones funcionales de estructuras y órganos (corazón, encéfalo, riñones y vasos sanguíneos) y las alteraciones metabólicas aumentan el riesgo de ocurrencia de eventos cardiovasculares fatales y no fatales. Los antecedentes familiares son herramientas importantes en el diagnóstico de HAS. En la mayoría de los seres humanos es el reflejo de la interacción del ambiente con el genotipo, destacándose la predisposición genética
El consumo excesivo de tabaco	Es un factor importante daña las paredes de las arterias permite que se pegue colesterol malo y espesa la sangre y la formación de trombos dentro de las arterias coronarias produciendo un infarto. Es una de las causas de muerte prematura (acorta la vida en 5-10 años) en más del 50% de los fumadores, por afectación del sistema respiratorio y cardiovascular asociándose también con diversas neoplasias en el organismo. Se define como una enfermedad crónica y recidivante, de naturaleza adictiva, inicia antes de los 18 años de edad, en el 80% de los casos
Alteración de la glucosa	Es una enfermedad de niveles más altos El azúcar elevado produce en el organismo aterosclerosis de arterias coronarias y la aparición de un infarto de miocardio. La arteriopatía coronaria es la principal causa de muerte en los pacientes con diabetes mellitus (DM). Hasta el 80% de los diabéticos fallecerá por esta razón (75% de enfermedad coronaria y 25% de enfermedad cerebrovascular o complicaciones vasculares periféricas), y en un porcentaje similar las complicaciones cardiovasculares son el motivo más común de hospitalización en estos pacientes.
La acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo	Una dieta equilibrada proporciona nutrientes necesarios para el organismo
Falta de ejercicio	Se recomienda realiza una rutina que facilite el estilo de vida del paciente

Obesidad	La Asociación Estadounidense del Corazón ha añadido la obesidad a su lista de los factores de riesgo muy importantes para la enfermedad cardíaca y también la ha asociado con 17 anomalías tales como la enfermedad coronaria, el infarto de miocardio, la hipertrofia cardíaca, y las enfermedades Cerebrovasculares y tromboembólicas. Se calcula que 20-30% de la hipertensión puede ser atribuido a la obesidad, un estilo de vida inactivo, fumar y exceso de alcohol o sal en la dieta, en las personas que tienen una tendencia heredada de desarrollarla.
Dislipidemia	Los niveles elevados de lipoproteína de baja densidad (LDL) son un factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedad cardiovascular, disminuir el LDL ha sido propuesto como factor protector para mejorar los resultados clínicos y disminuir la mortalidad. El desarrollo de enfermedad cardiovascular también ha sido asociado al metabolismo alterado de los triglicéridos. Sin embargo, se ha visto que los ácidos grasos de los triglicéridos sirven como una fuente importante de energía para los tejidos y son importantes para la supervivencia celular. El LDL es necesario para la síntesis de la membrana celular y hormonas esteroideas, por lo que nace la paradoja de los lípidos con respecto a la enfermedad cardiovascular sobre todo en pacientes ancianos ya que los peores resultados a 12 meses en el IAM se han observado en pacientes con LDL bajo.

Fuente: Tomado de (Merchán, 2017), (Álvarez Coba & Martínez Aroca, 2018). Elaboración propia.

En la República de Cuba, se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, tomando como muestra a 1.005 usuarios del Centro de Atención Diabético de Bayamo, con el objetivo de determinar cuáles son los factores que predisponen a un individuo a sufrir un infarto agudo de miocardio, obteniendo como resultado que los factores de riesgo que prevalecen son: el sobrepeso y la obesidad con el 80,9%, hipertensión arterial 66,2%, hipertriglicidemia 54,9%, hipercolesterolemia 32,8%, y el tabaquismo el 15,8%. Se reportaron pocos casos en donde no se asociaba al IAM con ninguno de los factores de riesgo anteriormente mencionados (Regalado Peñafiel & Carrillo Suarez, 2017).

En un análisis de 292 pacientes con un primer IAM en los hospitales Eugenio Espejo, Carlos Andrade Marín, Quito N°1, General N°1 de las Fuerzas Armadas y Metropolitano de la ciudad de Quito, se encontró que el sedentarismo y el HDL disminuido fueron los factores de riesgo más frecuentes en estos pacientes con 80,8% y 67,6%, de los casos respectivamente. El tabaquismo (56,2%) fue más común en los hombres, mientras que la hipertensión arterial (47,6%) y la diabetes mellitus (19,5%) se asociaron con el sexo femenino. Otros aspectos como el hipercolesterolemia (36,1%), obesidad (11,5%), LDL elevado (13,3%) y anteceden-

tes familiares (10,1%) también fueron evaluados, aunque resultaron poco frecuentes (Regalado Peñafiel & Carrillo Suarez, 2017).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

- El IAMCEST se puede presentar de manera típica con dolor torácico isquémico, el cual es usualmente el síntoma más prominente; generalmente tiene una duración mayor a 10–20 minutos, es difuso, profundo, percibido como una fuerte presión retroesternal o como pirosis. El dolor se puede irradiar, o iniciar, en la región anterior del cuello, mandíbula, brazos, área interescapular o epigastrio. Los síntomas asociados suelen incluir disnea, diaforesis, náuseas o vómito. Al menos 20 de los IAM son asintomáticos (“silentes”) y/o atípicos y se presentan con síntomas asociados sin dolor significativo. Los adultos mayores, especialmente las mujeres, y pacientes diabéticos son más propensos a este tipo de presentaciones.
- Angina estable: Se presenta como un cuadro clínico súbito de dolor o discomfort torácico opresivo, que puede ser irradiado a mandíbula, hombros, espalda o brazos, acompañado de disnea, náuseas, ansiedad y en ocasiones diaforesis, usualmente de duración no ma-

por a 10 minutos. La característica más importante es que aparece con el ejercicio o estrés y cede con el reposo con la administración de nitratos, sin causar lesiones miocárdicas permanentes. La exploración clínica suele ser normal y los exámenes electrocardiográficos, imagenológicos y de laboratorio suelen evidenciar concomitancia más no causa específica.

- Se confirma el diagnóstico de IAMSEST si el individuo con el cuadro clínico de angina inestable, en ausencia de cambios electrocardiográficos correspondientes a elevación del segmento ST, termina por mostrar signos de necrosis del miocardio con la respectiva elevación de los biomarcadores cardiacos (Cardona Moica & Muñoz Sierra, 2017).

Complicaciones cardiovasculares

1. Muerte súbita cardíaca: Se define como una muerte natural e inesperada de causa cardíaca que ocurre en la primera hora tras el inicio de los síntomas. En la población adulta la causa más común, encontrándose lejos de las otras causas, es la cardiopatía coronaria, que representa el 80% de todas las muertes súbitas cardíacas.
2. Arritmias postinfarto: Las arritmias ventriculares son las más comunes en etapas tempranas del infarto agudo de miocardio (IAM). Se definen como un grupo de alteraciones del ritmo originadas distales a la bifurcación del Haz de His. Su incidencia varía entre 2% y 20%. La Fibrilación ventricular primaria es la principal causa de muerte en los pacientes con un síndrome coronario agudo. Se produce por la combinación e interacción de factores clínicos, genéticos y ambientales, lo que hace muy difícil su predicción (Álvarez Coba & Martínez Aroca, 2018).

Tratamiento

Reperusión farmacológica: En la fase aguda la causa más frecuente de oclusión vascular es la trombosis. La reperusión farmacológica de este problema se lleva a cabo mediante trombólisis, puesto que ha modificado la historia natural del infarto con elevación del segmento ST. La reperusión farmacológica debe realizarse en un tiempo menor a 30 minutos después de que el paciente establece contacto con el médico, periodo conocido como «puerta-aguja». La decisión de utilizar o no trombólisis farmacológica se basa en la presencia de elevación del segmento ST en el EKG, en las características del dolor y el riesgo de hemorragia.

Reperusión mecánica o angioplastia primaria: El método mecánico, también conocido como «angioplastia primaria» es hoy en día el método de elección en SCA, ya que la tasa de éxito es elevada. La efectividad se puede evaluar y determinar en el mismo procedimiento y permite conocer la anatomía coronaria, el efecto es sostenido y se asocia a una menor isquemia residual. Sin embargo, la angioplastia presenta un problema: tiene baja disponibilidad, costo elevado y es necesario que el personal médico y paramédico esté altamente calificado (Cardona Moica & Muñoz Sierra, 2017).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos que provocan subregistros del infarto agudo al miocardio. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed,

entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

(Jiménez-Navarrete et al., 2013), en su trabajo de investigación, analizaron los registros de 138 pacientes, revisados en la oficina de Bioestadística del Hospital México, basados en el capítulo de “Enfermedades isquémicas del corazón”, del Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud. Hay que destacar que, en este trabajo de investigación, los autores no describen como les fue registrado el Síndrome Coronario Agudo, a los 138 pacientes. Es por ello que se va a hacer mención acerca de las discusiones originadas por el equipo investigador, en cuanto a la clasificación o como fue nombrada la enfermedad o patología. Los resultados fueron los siguientes:

- Muchos IAM no se identifican clínicamente o su diagnóstico se demora, lo que perjudica el abordaje oportuno. Al menos la cuarta parte de los IAM no serán reconocidos clínicamente. La prevalencia, los factores predisponentes y el pronóstico son similares a los que sí se reconocen, tanto como la morbimortalidad. La falla para diagnosticar IAM se ha asociado a una pobre calidad de cuidado desde la admisión hasta el egreso, y a una elevada mortalidad intrahospitalaria.
- En los diagnósticos de egreso, los médicos anotan “síndrome coronario agudo”, “enfermedad arterial coronaria”, “cardiopatía isquémica” o distintos tipos de angor, en los servicios adonde se internaron estos pacientes (Cardiología, Medicina Interna, Cirugía de Tórax, Unidad de Terapia Intensiva, etc.).
- Al analizar la forma de registro con los funcionarios de la Oficina de Bioestadística, se determina que, de acuerdo con el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Pro-

blemas relacionados con la Salud de la OPS, no hay códigos para clasificar “síndrome coronario agudo”, por lo que se anota mayoritariamente dentro de los I-20 (angina de pecho) e I-25 (enfermedad isquémica crónica del corazón). Además, muchos médicos no anotan “infarto agudo del miocardio” entre los diagnósticos de egreso. A los funcionarios de Bioestadística no les han informado que puede haber pacientes con IAM bajo esos diagnósticos, y se ajustan, como es su deber, al citado manual.

Conclusiones

La limitación mas importante para esta investigación, es que no hay suficientes trabajos que se aboquen a estudiar los subregistros por los cuales es identificado el infarto agudo al miocardio, como una patología que está dentro del síndrome coronario agudo, entendiendo que en todos los centros de salud existe la posibilidad de que hayan sub registros de esta patología. Si bien existe una clasificación internacional, en base al trabajo de Jiménez-Navarrete et al (2013), se ha detectado que esta presenta debilidades en cuanto a la codificación para su clasificación, aunado a los problemas de registros y seguimiento en los centros de salud, y diferentes criterios de como llamar a la enfermedad como “síndrome coronario agudo”, “enfermedad arterial coronaria”, “cardiopatía isquémica” por médicos cuando el paciente es egresado como se evidencia, en el trabajo ya citado . Entendiendo que el infarto agudo al miocardio tiene diferentes clasificaciones y tipos, que pueden dificultar su prevalencia, los factores predisponentes y su pronóstico.

Bibliografía

- Álvarez Coba, A. M., & Martínez Aroca, J. G. (2018). Comportamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes de 30 a 50 años en el hospital Universitario San Jorge, 2013 a 2017.
- Batista González, M., & Escalona Ballester, Y. (2015). Caracterización del infarto agudo de miocardio en pacientes atendidos en Centro Médico Diag-

nóstico Integral Ezequiel Zamora de Venezuela. *Correo Científico Médico*, 19(4), 680–689. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cardona Moica, S. M., & Muñoz Sierra, Y. M. (2017). Factores asociados al tiempo de atención de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST sometidos a terapia de reperfusión en dos instituciones prestadoras de servicios de salud con unidad de hemodinamia, en la ciudad de I. UNIVERSIDAD DEL TOLIMA.

Chávez González, R. P., & Tama Sánchez, F. A. (2015). Prevalencia de infarto agudo de miocardio con supradesnivel ST en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo octubre 2013 a febrero 2015. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL.

Guzmán Galarza, J. J. (2016). Infarto agudo del miocardio: diagnóstico clínico oportuno y complicaciones a corto y largo plazo en pacientes de 40 a 80 años de edad, estudio a realizarse en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2014 a diciembre del 2015. Universidad de Guayaquil.

Jiménez-Navarrete, M. F., Arguedas-Chaverri, C., & Romero-Triana, L. (2013). El síndrome coronario agudo y otros diagnósticos provocan subregistro del infarto agudo del miocardio en el Hospital México, Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 55(1), 24–30. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022013000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Merchán, C. (2017). Proceso de mejoramiento del cuidado de enfermería a pacientes con infarto agudo de Miocardio en el Hospital General Machala. Universidad Técnica de Machala–2017. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA.

Regalado Peñafiel, J. A., & Carrillo Suarez, V. M. (2017). Factores de riesgos en la presentación de Infarto Agudo de Miocardio. UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO.

CITAR ESTE ARTICULO:

Sánchez Paredes, D. A., Basurto Macías, M. M., Regalado Bermeo, P. A., & Luque Cervantes, G. J. (2022). Síndrome coronario agudo y otros diagnósticos que provocan subregistros del infarto agudo al miocardio. *RECIAMUC*, 6(1), 411-419. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.411-419](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.411-419)

