

Cartas científicas

Diferencia en la incidencia de hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio con elevación de ST en los últimos 20 años**Difference in the Incidence of Hospitalizations for ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction in the Last 20 Years**

Sra. Editora:

Los criterios electrocardiográficos de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) no han cambiado a lo largo del tiempo y el electrocardiograma continúa siendo la principal herramienta diagnóstica de esta entidad clínica.

Por lo tanto, se puede considerar que el SCACEST es uno de los cuadros clínicos más precisos para estimar las diferencias en la tasa de enfermedad cardiovascular entre distintas localizaciones geográficas o entre diferentes periodos en una misma localización. Estudios recientes indican que las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo han disminuido en los últimos años y esto ha ocurrido a expensas de las hospitalizaciones por SCACEST¹.

El objetivo del estudio es establecer la diferencia en la incidencia de hospitalizaciones por SCACEST en nuestro centro los últimos 20 años.

Determinamos la incidencia de hospitalizaciones por SCACEST en nuestro centro en los años 1991-1993 y 2009-2010. Los criterios diagnósticos de SCACEST fueron en ambos periodos la elevación persistente del segmento ST y elevación y descenso de los marcadores de daño miocárdico, junto con dolor o malestar torácico.

Consideramos únicamente a los pacientes que fueron dados de alta a cardiología desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) o que ingresaron directamente desde urgencias en cardiología. Esto se debe a que la información se ha obtenido de los informes de alta en los años 2009-2010 y de la base de datos de cardiología en 1991-1993 y no incluye a los pacientes que fallecieron en la UCI.

En 1991-1993 ingresaron 339 pacientes con SCACEST. Durante ese periodo nuestro hospital atendía a 234.000 habitantes, lo que representa una incidencia anual de 48,2/100.000 habitantes. En 2009-2010 ingresaron 152 pacientes con ese diagnóstico, para un área de influencia de 256.000 habitantes, lo que representa una tasa de 29,6/100.000. En la figura se representa el número de hospitalizaciones.

Los pacientes ingresados en 2009-2010 tenían más edad, con diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres. No hay diferencias en cuanto a sexo, hay menor localización anterior del

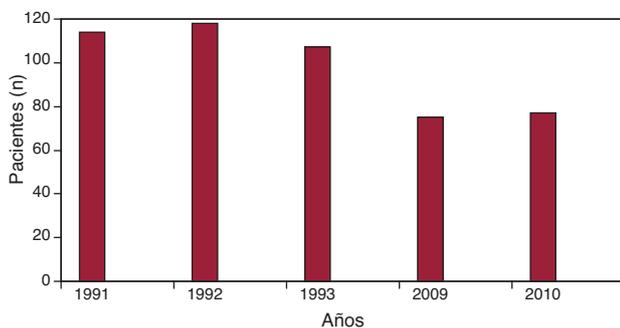


Figura. Distribución del número de pacientes hospitalizados en los años analizados.

infarto en el periodo más reciente y la estancia se ha reducido en aproximadamente 1,5 días. En la tabla se relacionan las diferencias en los dos periodos analizados y los factores de riesgo convencionales que presentaban los pacientes del segundo periodo, información que no podemos aportar respecto al primer periodo.

Nuestro estudio muestra una reducción significativa de las hospitalizaciones por SCACEST en los últimos 20 años. Nuestros datos concuerdan con lo publicado sobre otros grupos de población, aunque con un número absoluto sensiblemente inferior. En un estudio realizado en California, la incidencia de hospitalizaciones por SCACEST ajustada por edad y sexo se redujo de 133 casos/100.000 habitantes en 1999 a 50 en 2008¹. Si bien es cierto que en nuestro estudio no se ha incluido a los pacientes que fallecieron dentro del hospital antes de llegar a cardiología, teniendo en cuenta que la mortalidad aproximada en la UCI de nuestro centro es del 6%, la tasa total de hospitalizaciones alcanzaría aproximadamente el 53,6 y el 31,5%/100.000 habitantes para los periodos 1991-1993 y 2009-2010 respectivamente.

Aunque hay información sobre la evolución en la última década de la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con infarto agudo de miocardio en nuestro país², no hemos encontrado estudios de otros centros españoles o del área mediterránea con metodología similar que nos permitan comparar nuestros resultados. No obstante, si realizamos extrapolaciones de la información disponible sobre la epidemiología de la cardiopatía isquémica en España, podemos obtener alguna información. De acuerdo con las tasas de infarto agudo de miocardio observadas en los estudios MONICA-Cataluña, REGICOR e IBERICA, la estimación del número de pacientes con infarto agudo de miocardio en España en 2002 era 68.494; de ellos, el 59,8% (40.989) habría recibido asistencia hospitalaria³. Según el estudio MASCARA⁴, el 38% de los síndromes coronarios agudos hospitalizados son SCACEST, de modo que en 2002 se habría hospitalizado en España a 15.575 pacientes con SCACEST. Si tenemos en cuenta que en esa fecha constituían la población española 41.837.894 habitantes, la tasa de hospitalización puede estimarse en 26,9/100.000, cifra no muy diferente de la encontrada en el presente trabajo.

Nuestro estudio presenta la limitación de ser unicéntrico, por lo que desconocemos si los resultados son aplicables a los demás

Tabla

Diferencias en el perfil de los pacientes hospitalizados en los dos periodos y factores de riesgo convencionales de los incluidos en el segundo periodo

	1991-1993 (n = 339)	2009-2010 (n = 152)	p
Edad (años)	64,11 ± 14,10	66,54 ± 13,47	0,070
Mayores de 75 años (%)	21,2	28,3	0,080
Mujeres (%)	24,4	22,4	0,610
Edad de las mujeres (años)	70,7 ± 13,4	75,7 ± 10,9	0,040
Edad de los varones (años)	61,9	63,8	0,200
Estancia (días)	8,54	7,07	0,001
Localización anterior (%)	43,4	35,1	0,080
Primer evento coronario agudo (%)		89,4	
Diabetes mellitus (%)		32,9	
Hipertensión arterial (%)		53,3	
Hiperlipemia (%)		38,2	
Tabaquismo (%)		44,7	

Salvo otra indicación, los datos expresan media ± desviación estándar.

centros españoles. Por otro lado, no haber incluido a los pacientes que murieron en la UCI hace que el número total de hospitalizaciones esté ligeramente infravalorado, aunque creemos que las diferencias entre los dos periodos no sufrirían cambios significativos.

Las hospitalizaciones por SCACEST han disminuido significativamente en nuestro medio durante los últimos 20 años. La edad de los pacientes ha aumentado, fundamentalmente en la población femenina. La localización anterior del infarto y la estancia media se han reducido. Nuestros datos muestran una tendencia similar a la que presentan otras poblaciones, aunque con números absolutos inferiores.

Eduardo Vázquez*, Enrique Quesada, Antonio Fajardo, Javier Torres, Miriam Padilla y Edgardo M. Alania

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vazquez89@arrakis.es (E. Vázquez).

On-line el 27 de abril de 2012

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby JV, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2010; 362:2155-65.
2. García-García C, Sanz G, Valle V, Molina L, Sala J, Subirana I, et al. Evolución de la mortalidad intrahospitalaria y el pronóstico a seis meses de los pacientes con un primer infarto agudo de miocardio. Cambios en la última década. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1136-44.
3. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:337-46.
4. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado). Resultados globales. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:803-16.

doi:10.1016/j.recesp.2012.01.021

Cambios electrocardiográficos asociados a afección del sistema nervioso central

Electrocardiographic Changes Underlying Central Nervous System Damage

Sra. Editora:

Presentamos el caso de una mujer de 58 años, dislipémica y ex fumadora, sin antecedentes cardiológicos conocidos, diagnosticada de carcinoma *oat-cell* de pulmón dos años antes. Acudió al servicio de urgencias por cuadro de pérdida de fuerza y dificultad para realizar movimientos finos de la mano izquierda, de 10 días de evolución. La tomografía computarizada (TC) cerebral objetivó lesión ocupante de espacio en región frontal derecha, sugestiva de metástasis. La TC toracoabdominopelvíana no evidenció hallazgos relevantes. Se inició corticoterapia a altas dosis y se presentó el

caso ante el comité de tumores cerebrales, que optó por exéresis de la lesión. La intervención quirúrgica se programó una semana después. El electrocardiograma (ECG) preoperatorio se muestra en la figura 1. Durante la inducción anestésica, la paciente presentó cifras elevadas de presión arterial coincidiendo con alteraciones en el ECG sugerentes de isquemia subepicárdica (fig. 2). Se suspendió la intervención y se solicitó valoración por cardiología. En el ecocardiograma, la fracción de eyección de ventrículo izquierdo estaba conservada, y no se encontraron alteraciones de la contractilidad segmentaria ni valvulopatías asociadas. Tampoco se elevaron los marcadores de daño miocárdico. Sin embargo, ante la posibilidad de síndrome coronario agudo sin elevación del ST y necesidad de diagnóstico definitivo, se solicitó coronariografía. No se evidenciaron lesiones angiográficamente significativas. Al alta de cardiología persistieron las anomalías electrocardiográficas descritas. Reingresó en neurocirugía 16 días después y el ECG preoperatorio se había normalizado. Se practicó craneotomía

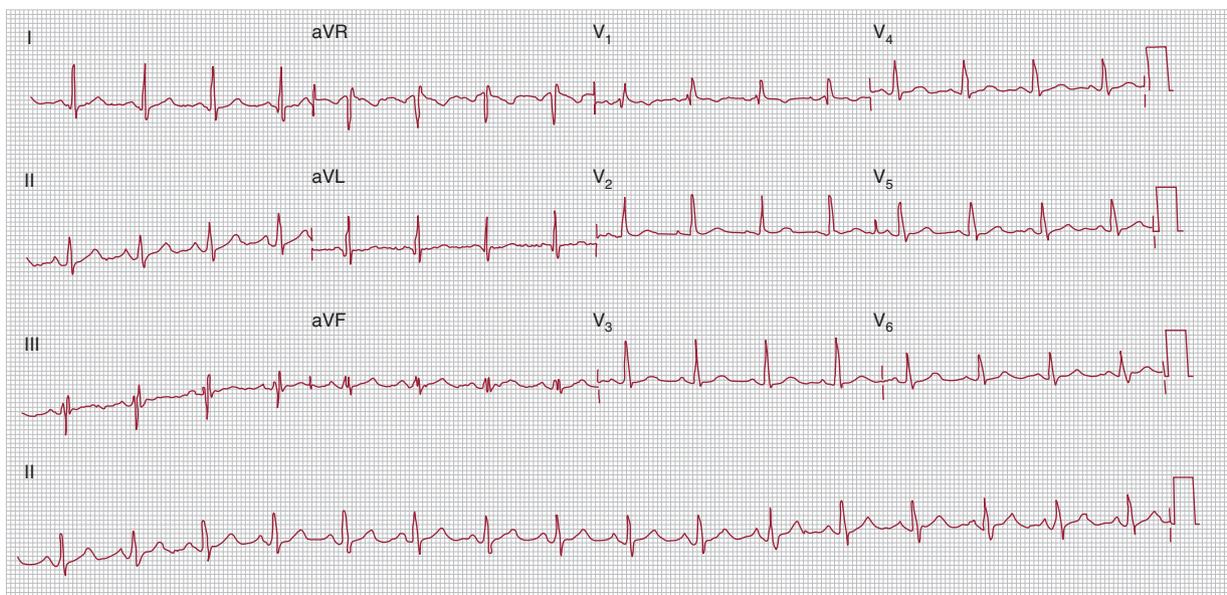


Figura 1. Electrocardiograma preoperatorio.