

**ADHERENCIAS A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE
ANGINA INESTABLE. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.
CIENFUEGOS 2004**

Autores:

- *Dr. Inti Santana Carballosa**
****Dra. Arelys Falcón Hernández**
*****Dra. Aymara Marcia Hernández Cardoso**
******Dr. Juan José Navarro López**
*******Dr. Roberto Travieso Peña**

****Especialista de 1^{er} Grado en M. G. I. Profesor Instructor***

*****Especialista de 1^{er} Grado en Medicina Interna Especialista de 2^{do} Grado en terapia Intensiva y Emergencias. Profesor Instructor***

******Especialista de 1^{er} Grado en Medicina Interna Diplomado Cuidados Intensivos Del Adulto***

*******Especialista de 2^{do} Grado en Cardiología Diplomado en Cuidados Intensivos del Adulto Profesor Instructor***

********Especialista de 1^{er} Grado en Medicina Interna Diplomado Cuidados Intensivos Del Adulto***

**Hospital Universitario Clínico Quirúrgico
“Dr. Gustavo Aldereguía Lima”
Avenida 5 de Septiembre, Cienfuegos. Cuba. CP: 55100
Teléfono: 513911.
Correo electrónico: carmen@jagua.cfg.sld.cu**

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con angina inestable (AI) constituyen un grupo heterogéneo muy frecuente en la práctica clínica diaria, con un pronóstico variable e incierto. Aunque en los últimos años, ha mejorado notablemente, hasta el punto, de que en el momento actual, se considera la AI como un síndrome de relativamente buen pronóstico, lo que ha conducido a una progresiva reducción de la estancia y el tratamiento intrahospitalario. (1,2)

Bajo el epígrafe de AI se engloban diversas manifestaciones clínicas entre la Angina Estable y el IMA, con distinto peso de la participación de los mecanismos fisiopatológicos implicados y que puede ser expresión de una extensión y gravedad muy variable de la enfermedad coronaria subyacente. (2,3)

La forma de presentación inicial de la Enfermedad Coronaria (EC), es la AI en el 10% de los pacientes. (3)

La AI constituye una de las causas más frecuentes de hospitalización.

En Cienfuegos en el año 2001, ingresaron 130 enfermos mayores de 60 años con diagnóstico de AI. En el 2002 ingresaron 212 pacientes con AI en el hospital y en el año 2003, 268 enfermos con ese diagnóstico, según informes del Departamento de Estadística del hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. En el período de Marzo- Agosto del 2004 ingresaron 141 pacientes.

El objetivo terapéutico en la AI consiste durante la fase aguda en prevenir episodios de isquemia y evitar el IMA, controlar y eliminar los índices de riesgo coronario para corregir el pronóstico a largo plazo y tratar de estratificar cada caso para determinar si el paciente es elegible o no para realizar algún procedimiento de revascularización coronaria, y la evaluación del riesgo en la AI de episodios cardiovasculares posteriores como la muerte, la recidiva de IMA o AI. (4-6)

Basado en los objetivos terapéuticos de la AI en 1999 se confeccionaron las Guías de Buenas Prácticas Clínicas para el tratamiento de la Angina Inestable del Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Las guías en el año 2003 fueron revisadas. Por lo que en este trabajo nos propusimos evaluar las adherencias a estas guías, según instrumento de evaluación creado con este propósito. (Anexo I y II)

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evaluar las adherencias a las buenas prácticas clínicas de la angina inestable.

Objetivos Específicos:

- Determinar según el tipo de preguntas las adherencias a las G.B.P.
- Medir en cada paciente el uso de los grupos de medicamentos propuestos en las G.B.P.
- Analizar las adherencias a las G.B.P según las preguntas específicas del instrumento de medición.
- Conocer la evaluación obtenida según el instrumento de medición creado al efecto

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo y de intervención con 108 pacientes que ingresaron con diagnóstico de AI en la Unidad de Cuidados Integrales al Corazón del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, en el período comprendido entre Marzo-Agosto del 2004. Se excluyeron los pacientes que al egreso no se les diagnosticó o confirmó la Angina Inestable.

Desglosamos los grupos de edades por décadas a partir de los 26 años ya que fue la edad del paciente más joven, a partir de los 66 años ya todos en edades geriátricas no los subdividimos por décadas.

Se confeccionó un instrumento de medición de las adherencias de las G.P.C de Angina Inestable (Anexo II). Que incluyó preguntas básicas, complementarias y específicas. Según las respuestas se le dio una puntuación: si 10 puntos, no 0 puntos y parcial 5 puntos. Se confeccionó una escala por la parcial que evalúa de la siguiente forma: Excelente de 90 a 100 puntos, notable entre 80 a 89, adecuado 60 a 69, suficiente 60 a 69 y deficiente menos de 60 puntos.

Para la recolección de los datos nos auxiliamos de un modelo de encuesta (Anexo III) que recogió: factores de riesgo, carácter del dolor, resultados de complementarios y tratamiento aplicado.

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos, en Epiinfo6.0. Los resultados obtenidos los presentamos en forma de tablas y gráficos para su mejor interpretación.

Limitaciones: En nuestro estudio no se pudo determinar los casos que posteriormente se convirtieron en Infarto Agudo del miocardio producto que esos casos se evaluaron con las guías de dicha patología y fueron inmediatamente excluidos de nuestro estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION

En nuestro trabajo se estudiaron 108 pacientes egresados con diagnóstico de angina aguda inestable. En estos pacientes el grupo etareo más frecuente fue el de 56-65 años, predominaron en este grupo los pacientes masculinos ya que en nuestra muestra

ellos fueron el 54.1% del total de pacientes estudiados. En el grupo de 66 y más años hay un predominio del sexo femenino.

TABLA No I: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO. ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ANGINA. (n=108)

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
26-35	2	0	2
36-45	7	9	16
46-55	9	7	16
56-65	25	12	37
66 y más	16	21	37
Total	59	49	108

El grupo de edades con un mayor número de pacientes fue el de 56-65 años con 37 para un 34,3 %, mientras que el sexo masculino fue el más encontrado con 49 para un 54,6 %. Sionis (1) reporta un 70 % de varones en su estudio, en el grupo de edades de 66 y más, así como una mayor incidencia del sexo femenino con un 56,8 %. En España las mujeres que ingresan por Angina Inestable con edad avanzada representan el 43 % (7) otros autores (3,6,8) reportan que el 60 % de los pacientes ingresados por angina inestable son mayores de 60 años y el 46, 5% son mujeres, la edad se comporta como un factor de peor pronóstico en la Angina Inestable. (9) La proporción de las mujeres aumenta con la edad puesto que después de los 66 años de edad las mujeres son más diabéticas, más obesas, y más hipertensas por pérdida de la protección estrogénica que tenían en edades premenopáusicas, con la edad se produce un cambio en el patrón de los factores de riesgo en pacientes que ingresan con angina inestable, al tiempo que disminuye la influencia de la historia familiar, la frecuencia del tabaquismo y de la hipercolesterolemia, toma mayor protagonismo así como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, (7,8) también en los estudios de Giugliane RP. Se encuentra que los pacientes con mas de 66 años acapara mas del 50 % de los casos y las mujeres fueron mayores en número y edad que los hombres, (10) los estudios del department of cardiology, Royal Brompton and Hanfield Hospital trust. London. U.K. muestran que no hubo diferencia en cuanto al pronóstico según el sexo pero encontró muchos más

hombres en su estudio, no hubo diferencia en edades, el promedio de edad en hombres fue de 61,6 años y la mujer de 63,5 aunque si se ve con mayor frecuencia la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en las mujeres y los mayores fumadores fueron los hombres, (11) en los estudios de Bermejo García J. en España donde comparé los grupos de pacientes con 70 años y más y menores de 70 años, se encontró en el grupo de 70 y mas, predominaban las mujeres con una proporción de 43 vs 27 % con respecto a los hombres, en cuanto a la diabetes también en el grupo de más de 70 la proporción fue mayor, de 30 vs. 23 % y la hipertensión arterial fue igual con una proporción de 60 vs. 49 % no siendo así en la hipercolesterolemia donde hay una proporción mayor hacia el grupo menor de 70 años 33 vs. 43 % e historia familiar 9 vs. 17 % en cuanto a la historia previa de Angina se inclinó hacia los pacientes mayores de 70 años 49 vs. 35 e Infartos 38 vs. 31 %. (12-14)

TABLA No 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA RESPUESTA A LAS DIFERENTES PREGUNTAS. ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE ANGINA. (n=108)

Preguntas	Si		No	
	No	%	No	%
Básicas	108	100	0	0
Complement	81	75	27	25
Específicas	16	14.8	92	85.2

Todos los pacientes estudiados tuvieron una adherencia total a las guías de buenas prácticas pues todos respondieron positivamente a las preguntas básicas. En relación a las preguntas complementarias en el 75% de los casos la respuesta fue positiva. Las preguntas específicas tuvieron un mayor por ciento de negatividad (85.2%)

TABLA No 3: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE TRATAMIENTO EMPLEADO. ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ANGINA (n=108)

Preguntas complementarias	Si	No	Parcial	Total
Heparina	93 (86.1%)	15 (13.9%)	1 (0.9%)	108

Aspirina	98 (90.7%)	9 (8.3%)	2 (1.9%)	108
Betabloqueadores	92 (85.2%)	14 (13.0%)	-	108
Nitritos	89 (82.4%)	19 (17.5%)	-	108
Enzimas	81 (74.8%)	27 (25.2%)	-	108

En relación a los medicamentos usados en el control de la angina inestable aguda el 90.7% de nuestros pacientes usaron ASA, en el 86.1% se usó heparina, el 85,2% tomaron betabloqueadores y el 82,4% usaron nitratos. En el 75 % de los pacientes se realizaron estudios enzimáticos.

TABLA No 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ESPECÍFICAS. ADHERENCIA A LAS A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ANGINA. (n =108)

Preguntas Específicas	SI	NO	TOTAL
Se identifican factor de Riesgo	107 (99.1%)	107 (99.1%)	108
Ecocardiograma	16 (14.8%)	92 (85.2%)	108
Entrenamiento Familiar	77 (71.3%)	31 (28.7%)	108
Estudio de Lípidos	19 (17.6%)	89 (82.4%)	108

Estratificación de Riesgo	107 (99.1%)	1 (0.9%)	108

En la Angina Inestable el objetivo del tratamiento consiste en la fase aguda en prevenir los episodios isquémicos y evitar el Infarto Agudo del Miocardio, con tratamiento farmacológico dirigido a disminuir la demanda de oxígeno, incrementar la vasodilatación coronaria e inhibir la agregación plaquetaria y la formación de trombina. (4,5,9)

Los beneficios de la utilización de aspirina, han sido ampliamente demostrados, se ha establecido el papel clave de la aspirina en la Angina Inestable, este medicamento puede considerarse el más importante en el tratamiento, al disminuir, el riesgo de mortalidad e Infarto Agudo del Miocardio en un 50 %. (4)

La Heparina de bajo peso molecular (HBPM) combinada con Aspirina en la Angina Inestable reducen la Mortalidad, una incidencia significativamente menor de eventos cardíacos, con reducción superior al 50 % en la presentación de Angina recurrente y una disminución significativa con la necesidad de revascularización e isquemia silente.

Los Betabloqueadores disminuyen las necesidades miocárdicas de oxígeno, aumentan el flujo coronario a nivel subendocárdico, son antiarrítmicos, atenúan la génesis de arritmias ventriculares graves, pueden ayudar a prevenir una muerte súbita cardíaca, reducen la mortalidad y el riesgo de Infarto Agudo del Miocardio en un 13 %. No hay datos que sugieran que los β_1 sean más efectivos que los agentes no selectivos. (4,10)

Los Nitratos en la fase de la Angina Inestable no han disminuido la incidencia de infartos, reducen la demanda de oxígeno, disminuyen la pre y poscarga del Ventrículo Izquierdo, mejoran la perfusión del área de Miocardio en riesgo o la zona preinfarto al atenuar el vasoespasmo coronario, dilatando la circulación colateral si existe. Los efectos colaterales como taquicardia y estados hiperdinámicos reflejos, de forma secundaria disminuyen la perfusión diastólica. (4)

Las Enzimas Creatinfosfokinasa Isoenzima MB (CK MB) y la troponina tienen valor para la estratificación del riesgo. Cuando son negativas se asocian a una tasa de mortalidad del 1 % en comparación con el 3,7% existente, con una troponina positiva y la proteína c reactiva elevada tiene una mortalidad superior a los 14 días. (6)

Los mayores problemas detectados en las preguntas específicas fueron con la realización del Ecocardiograma que solo se les realizó a 16 enfermos para un 14,8%, pudiendo estar justificados por la rotura del transductor del equipo. La medición de los lípidos en sangre que solo se le estudió a 19, 17,6 % consideramos pudiera estar relacionado con la disponibilidad de reactivos en el laboratorio.

Se identificaron los factores de riesgo coronario en el 99.1% de los casos estudiados y se estratifico el riesgo en este mismo por ciento de pacientes.

Se le realizo ecocardiograma solo al 14.8% de los pacientes. El estudio de lípidos solo se realizó al 19.5% de nuestra muestra y el 71.3% de los familiares de nuestros pacientes recibieron entrenamiento relacionado con los factores de riesgo coronario, la identificación precoz de los síntomas del síndrome coronario agudo y las maniobras de RCP básicas.

TABLA NO 5: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EVALUACIÓN. ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ANGINA (n=108)

Evaluación	Puntaje	No	%
Excelente	90 - 100	9	8.3
Notable	80 - 89	30	27.8
Adecuado	70 - 79	45	41.7
Suficiente	60 - 69	16	7.4
Deficiente	Menos de 60	8	7.4
Total	-	108	100

El 41,7% de las historias clínicas fueron evaluadas de adecuadas y el 27,8% tuvieron una adherencia notable y en el 7.4 % la adherencia fue deficiente.

Es necesario aclarar que de los pacientes que no usaron heparina fueron 15 de ellos 10 estaban contraindicados en el caso de aspirina los 9 casos fueron por contraindicaciones los betabloqueadores de los 14 pacientes 11 tenían contraindicado su uso y los nitritos 15 fueron por contraindicaciones de los 19 que no lo usaron.

El 77,7% de las historias clínicas evaluadas tienen una puntuación superior a los 70 puntos solo el 22,3% tiene 69 puntos o menos, estando las mayores dificultades en las

preguntas específicas que solo se adhieren a las guías de buenas prácticas clínicas el 14,8%, 16 historias clínicas, seguidas por las preguntas complementarias, con 75% con 81 historias clínicas tienen adherencias, no así las preguntas básicas que la adherencia fue un 100%.

CONCLUSIONES

- Según la escala por la global todas las Historias Clínicas evaluadas se adhieren a las Guías de Buenas Prácticas Clínicas.
- Las preguntas específicas tienen mayor número de respuestas negativas.
- Las preguntas complementarias se responden afirmativamente en más del 80%.
- Las historias clínicas evaluadas de adecuadas predominan.
- Las principales deficiencias encontradas fueron la no realización del ecocardiograma y la medición de los lípidos en sangre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sionis Green, Bosch X, Miranda-Guardiola F, Anguera I, Sitges M, Diez-Aja S, y otros. Evaluación hospitalaria y pronóstico de la Angina Inestable. Rev Esp Cardiol. 2000;53:1573-82.
2. López de Sá E, López Sedán J, Bethencourt A, Bosch X, and the (PEPA) Investigadores. Pronostic value of ECG change during chest pain in patients with unstable angina. Result of the Proyecto de Estudio de la angina inestable (PEPA). J Am Coll Cardiol. 1998;31:A79
3. Muñoz Aguilar R, García Roble JA, González Torrecell E, Jiming Candil FJ. Angina Inestable. En: Cardiopatía Isquémica [Monografía en CD- ROM] Delcán JL, editor. Madrid: Hospital General Universitario "Gregorio Marañón"; 1999. p. 408-60.
4. Jerjes-Sánchez Díaz, Garza-Ruiz A, Gutiérrez-Fajardo P, Villarreal C. Nuevas Estrategias para la Estratificación y el tratamiento de los Síndromes Isquémicos Coronarios Agudos. Una propuesta. Arch Inst Cardiol Mex. 1999; 69:163-75
5. Jerjes- Sánchez Díaz C, Páez Ríos FJ, Arteaga-Navarro Martínez EA. Trombolisis en la Angina Inestable. Una Perspectiva antes y después del TIMI III B Arch Inst Cardiol Mex. 1999;66:254-64.
6. Bueno H. Prevención y tratamiento de la Cardiopatía Isquémica en pacientes con Diabetes Mellitus. Puesta al día Diabetes y Enfermedad Cardiovascular 5. Rev Esp Cardiol. 2002;55(9):975-88.
7. Berimejo García J, López de Sá E, López-Sedán JL, Pabón Osuna P, García Morán E, et al. Angina Inestable en el anciano: perfil clínico, manejo y

- mortalidad a los tres meses. Datos del registro (PEPA). Rev. Esp Cardiol. 2000;53:1564-72.
8. Psaty BM, Furberg CD, Kuller LH, Bild DE, Rautaharju PM, et al. Traditional Risk factor and subclinical disease measures as predictor of first myocardial infarction in older adults: The cardiovascular health study. *Aruh Inter Med.* 1999; 159:1339-47.
 9. Sowinski KM, Johnson JA. Angina Pectoris En Textbook of therapeutics. Drug and Disease Management. Herfindal ET, Gourley DR, editores. Baltimore; 6a ed; 1996. p.811-28.
 10. Giugliano RP, Camargo CA Jr, Lioyd-Jones DM, Zagrodsky JD, Alexiz JD, Eagl KA, Fuster V, O'Donnell CJ. *Arch Intern Med.* 1998 May 25;158(10):1113-20.
 11. Chua TP, Saia F, Bhardwaj V, Wright C, Clarke D, Hennessy M, Fox KM. *Int J Crdiol.* 2000 Feb 15;72(3):281-6.
 12. López de SLD, López-Sendo J, Bethencourt A, Bosh X, y los investigadores del PEPA Valor pronostico de la clasificación de Braunwald en pacientes con angina inestable o infarto sin onda Q. Resultados del estudio PEPA. *Rev Esp Cardiol.* 1998;51(suppl 5):1.
 13. Bernink PJ, Ant Man EM, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, Mautnes B, et al. Treatment benefit with enoxaparina in unstable anginas greatest in patients at highest risk: A multivariate analysis from TIMI IIB. *Jam Coll Cardiol.* 1999;(Suppl A):352 A.
 14. Braunwald E. Unstable angina. A Classification. *Circulation.* 1989;80:410-4.
 15. García Martínez M. Lipoproteína (2) un punto de unión entre ateromatosis y trombo. *Clin Cardiovascular.* 1998;16(125):24-31
 16. Azpitarte Almagro I. Angina de Pecho. Concepto y Clasificación *Rev Esp Cardiol.* 1995;48:373-82.
 17. Cordo Mollar JC. Métodos diagnósticos en la Angina de Pecho. *Rev Esp Cardiol.* 1995;48:383-93.
 18. Jasson Z, Marr D. Report on the European Society of Cardiology Congress. Birmingham, UK. August 25-29, 1996.
 19. Bertolet BD. Unstable Angina: Relationship of clinical presentation, coronary artery, pathology and clinical outcome. *Clin Cardiol.* 1993;16:116-22.

- 20- Alcalá MA. Angor inestable en UCI: registro de incidencias estratificado por niveles de intensidad según la clasificación de Braunwald. Med Intensiva. 1996; 20

Anexo I

Instrumento de Evaluación BPC

Preguntas Básicas: **Si** **No**

- 1- ¿Ingreso en Unidad de Cuidados progresivos Cardiológico UCIC o UCIMC?
 2- ¿Tiene un interrogatorio compatible con una AI?
 3- ¿Se realizó EKG al ingreso?

Preguntas Complementarias: **SI** **No** **Parcial**

- | | | | |
|--|------|------|-----|
| 1-¿Se usó heparina?. | (10) | (0) | (5) |
| 2-¿Se usó ASA?. | (10) | (0) | (5) |
| 3-¿Se usó Betabloqueadores?. | (10) | (10) | (5) |
| 4-¿Se usó nitritos?. | (10) | (10) | (5) |
| 5-¿Se monitorizaron enzimas TGO, CPKMB?. | (10) | (10) | (5) |

Preguntas Específicas: **Sí** **No** **Parcial**

- | | | | |
|--|------|-----|-----|
| 1-¿Se identificaron los factores de riesgos? | (10) | (0) | (5) |
| 2-¿Se realizó ECO?. | (10) | (0) | (5) |
| 3- ¿Se hizo entrenamiento Familiar? | (10) | (0) | (5) |
| 4-¿Se hizo estudio de los lípidos? | (10) | (0) | (5) |
| 5-¿Se estratifico el riesgo? | (10) | (0) | (5) |

Escala para la adherencia:

- 1- Global
 2- SI
 3- NO

Adherencia Parcial:

- 90-100 Excelente.
 80- 89 Notable.
 70- 79 Adecuado.
 60-69 Suficiente.
 > 60 Deficiente.