



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Factores pronósticos en los pacientes con síndrome coronario agudo que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos

#### Prognostic factors in patients with acute coronary syndrome admitted to an intensive care unit

Sr. Director:

Las mujeres que se presentan en los servicios de urgencia con síndrome coronario agudo tienen una menor probabilidad de ingresar que los hombres<sup>1</sup>; sin embargo, no se evidencian diferencias en las posibilidades terapéuticas que se le ofrece a uno u otro sexo<sup>2</sup>. También existen informaciones contradictorias acerca de si hay diferencias en la mortalidad a corto plazo según el sexo tras padecer un sín-

drome coronario agudo, aunque algunos estudios encuentran mayores tasas de mortalidad y mayor incidencia de complicaciones entre las mujeres<sup>3–5</sup>. La supervivencia de estos pacientes cuando ya necesitan ventilación asistida no solo va a depender de los factores presentes en el momento del inicio de esta, sino también de la aparición de complicaciones derivadas<sup>6</sup>.

Hemos analizado de forma retrospectiva las características de los pacientes con cardiopatía isquémica ingresados en una unidad de cuidados intensivos según su pronóstico vital. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en una unidad de medicina intensiva polivalente de un hospital terciario durante un período de 14 años. Se analizaron variables epidemiológicas en función de la supervivencia en la unidad de cuidados intensivos, tales como la edad, el sexo, la estancia media, el APACHE II al ingreso, el número de pacientes que recibieron ventilación mecánica y los días de ventilación mecánica, el empleo de técni-

**Tabla 1** Características de los pacientes con cardiopatía isquémica ingresados en la UCI según la supervivencia

Pacientes con cardiopatía Isquémica	Vivos <i>n</i> = 3.337 (90%)	Muertos <i>n</i> = 370 (10%)	<i>p</i>
Sexo, varones, <i>n</i> (%)	2.513 (75,3%)	230 (62,3%)	<i>p</i> < 0,05
Edad media, años	59,5 ± 12,4	67 ± 10,6	<i>p</i> < 0,05
Estancia media, días	2,7 ± 3,9	5,5 ± 9,7	<i>p</i> < 0,05
APACHE II al ingreso	6,7 ± 4,8	18,4 ± 8,4	<i>p</i> < 0,05
Pacientes con ventilación mecánica, <i>n</i> (%)	60 (15%)	335 (85%)	<i>p</i> < 0,05
Ventilación mecánica, días	6,2 ± 8,8	5,9 ± 8,5	<i>p</i> = 0,53
Depuración extrarrenal, <i>n</i> (%)	125 (3,7%)	41 (11%)	<i>P</i> < 0,05
Fibrinólisis, <i>n</i> (%)	887 (26,5%)	68 (18%)	<i>P</i> < 0,05
Shock cardiogénico, <i>n</i> (%)	76 (2,2%)	129 (34,9%)	<i>p</i> < 0,05
SDRA (distrés pulmonar agudo), <i>n</i> (%)	5 (0,1%)	10 (2,7%)	<i>p</i> < 0,05
Neumonía, <i>n</i> (%)	42 (1,2%)	26 (7%)	<i>p</i> < 0,05
Shock séptico, <i>n</i> (%)	13 (0,4%)	28 (7,5%)	<i>p</i> < 0,05
Fallo multiorgánico, <i>n</i> (%)	2 (0,05%)	10 (2,7%)	<i>p</i> < 0,05
Parada cardiorrespiratoria, <i>n</i> (%)	78 (2,3%)	78 (21%)	<i>p</i> < 0,05

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II;SDRA:síndrome dedistrés respiratorio agudo.

Véase contenido relacionado en  
DOI:10.1016/j.medin.2010.04.011

cas de depuración extrarrenal, la fibrinólisis, el desarrollo de complicaciones como shock cardiogénico, shock séptico, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo, fallo multiorgánico y parada cardiorrespiratoria. Se compararon los dos grupos utilizando el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y la prueba de Fisher para muestras independientes.

Durante el período de estudio ingresaron 8.144 pacientes, de los cuales 3.707 (45,5%) presentaban cardiopatía isquémica. Cuando analizamos las diferencias en las características de los pacientes según su supervivencia (tabla 1) observamos que los que fallecieron eran de mayor edad (59,5 frente a 67 años;  $p < 0,05$ ), tenían una mayor gravedad al ingreso según el índice pronóstico APACHE II (6,7 frente a 18,4;  $p < 0,05$ ) y una significativa mayor tasa de complicaciones tales como fallo respiratorio, neumonías, fallo renal con necesidad de depuración extrarrenal, shock cardiogénico y séptico y fallo múltiple orgánico.

Nos llamó la atención que aunque el sexo predominante en ambos grupos era el varón, existía una mayor prevalencia del sexo femenino en el grupo de los que fallecían, 140 (37,7%), frente a los que sobrevivieron, 824 (24,7%), con una  $p < 0,05$ . Esto ocurría a pesar de que entre los fallecidos no existían diferencias significativas en la gravedad al ingreso según el índice APACHE II entre mujeres (18,6 $\pm$ 6,5) y hombres (17,9 $\pm$ 8,8), con una  $p = 0,41$ . Por último, también se observó una mayor utilización de la fibrinólisis en los pacientes que sobrevivieron (el 26,5 frente al 18%;  $p < 0,05$ ).

En conclusión, los pacientes con cardiopatía isquémica que ingresaron en nuestra unidad y fallecieron fueron los de mayor edad y mayor gravedad, existiendo una mayor proporción del sexo femenino en el grupo de los que murieron. El empleo de fibrinólisis fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que sobrevivieron, lo que implica una reperusión más precoz y un menor número de complicaciones derivadas.

## Bibliografía

1. Kaul P, Chang WC, Westerhout CM, Graham MM, Armstrong PW. Differences in admission rates and outcomes between men and women presenting to emergency departments with coronary syndromes. *CMAJ*. 2007;177:1193–9.
2. Alfredsson J, Sederholm-Lawesson S, Stenstrand U, Swahn E. Although women are less likely to be admitted to coronary care units, they are treated equally to men and have better outcome. A prospective cohort study in patients with non ST-elevation acute coronary syndromes. *Acute Card Care*. 2009;1–8 [Epub ahead of print].
3. Berger JS, Elliott L, Gallup D, Roe M, Granger CB, Armstrong PW, et al. Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. *JAMA*. 2009;302:874–82.
4. Davidson PM, Daly J, Hancock K, Jackson D. Australian women and heart disease: Trends, epidemiological perspectives and the need for a culturally competent research agenda. *Contemp Nurse*. 2003;16:62–73.
5. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, Lorenzo Torrent R, Martínez Cuéllar S, Villanueva Ortiz A. Pronóstico del paciente crítico según la edad y el sexo. *Med Intensiva*. 2009;33:161–5.
6. Santana Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Hernández Medina E, Villanueva Ortiz A. Pronóstico de los pacientes con enfermedades coronarias que requirieron ventilación mecánica. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:796.

L. Santana Cabrera\*, M. Sánchez Palacios,  
R. Lorenzo Torrent y S. Martínez Cuellar

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org)  
(L. Santana Cabrera).

doi:10.1016/j.j.medin.2010.05.009

## Reacción adversa grave a diclofenaco

### Serious adverse reaction to diclofenac

Sr. Director:

Las reacciones adversas graves al diclofenaco son raras. Hemos tenido ocasión de tratar un caso de una reacción grave tras administración intramuscular, que provocó reacción anafiláctica y parada cardíaca, así como estado mioclónico.

Se trataba de una mujer de 61 años a la que se le administra diclofenaco i.m. Minutos más tarde pierde conciencia, siendo avisado el 112 que la encuentra en parada con bradicardia extrema. Realizan maniobras de resucitación cardiopulmonar recuperando latido espontáneo 12-15 minutos después. El tiempo entre la llamada de auxilio y la llegada del 112 fue de 10-15 minutos. Es trasladada a la UCI. Al ingreso la tensión arterial es de 90/44 mm Hg, la frecuencia cardíaca de 120 lpm, el *Glasgow Coma Score* (GCS) de 3, tiene midriasis bilateral y acidosis metabólica. Se realiza una radiografía de tórax y un ecocardiograma

sin alteraciones. Una TAC craneal no mostró sangrado ni efecto masa. La TAC torácica descartó embolismo pulmonar. Preciso infusión de noradrenalina. A las 24 horas la TAC craneal es normal. Los marcadores de daño miocárdico fueron normales. La enolasa neuroespecífica a las 24 horas era 20,4 ng/ml (VR 0-17), elevándose a las 48 hasta 65,3 ng/ml.

En UCI tiene movimientos clónicos generalizados, recibiendo carga de fenitoína y posteriormente 100 mg/8 h, así como perfusión de midazolam y posteriormente propofol. El electroencefalograma (EEG) mostró descargas múltiples mioclónicas (fig. 1), que ceden tras bolo de 40 mg de propofol, aumentándose la perfusión, yugulando las crisis tanto clínicamente como en el EEG. A las 72 horas se suspendió propofol, midazolam y noradrenalina, quedando sin convulsiones. El EEG no mostró descargas.

Se determinó triptasa a las 24, 48 horas y al mes, con valores de 35,6 ng/ml, 20,5 ng/ml, y 12,40 ng/ml (VR 0-11,5 ng/ml). Veinte días después es trasladada a planta, con GCS de 9, y al mes a otro centro. Los valores de triptasa son demostrativos de la existencia de degranulación mastocitaria.