

Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría"

## INFARTO MIOCÁRDICO AGUDO ¿UN DIAGNÓSTICO FÁCIL DE REALIZAR?

*Dr. Jorge Piñón Pérez, Dr. Rigoberto Cabrera Cabrera y Dra. Carmen Pita Serantes*

### RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo clínico anatomopatológico de 192 pacientes fallecidos en el Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría" de Pinar del Río, con el diagnóstico de infarto miocárdico agudo, en un período comprendido desde enero de 1994 hasta diciembre de 1996 para tratar de determinar cuáles son las principales causas que dificultan su diagnóstico en vida. En el 33,7 % de los pacientes no se hizo el diagnóstico en vida y de éstos, el 63,8 % eran ancianos mayores de 70 años, fue imposible de diagnosticar en el 69,4 %, mientras que por fallas médicas no pudo hacerse en el 15,3 % y, en un porcentaje similar, el infarto miocárdico agudo sólo fue una causa contribuyente al deceso de estos enfermos, las complicaciones y las enfermedades más frecuentemente asociadas a él fueron la insuficiencia cardíaca (33,3 %), el accidente vascular encefálico y la bronconeumonía (20,8 %), respectivamente, la muerte súbita (11,0 %) y la insuficiencia renal crónica (8,3 %). Se concluyó que, en la ancianidad, el diagnóstico de IMA no es fácil de realizar ya que generalmente cursa con sintomatología atípica, sin dolor anginoso o enmascarado por sus complicaciones propias o por los síntomas de otras enfermedades.

*Descriptor DeCS:* INFARTO DEL MIOCARDIO/diagnóstico; ANCIANO.

En general, la mayoría de los médicos piensan que el diagnóstico de infarto miocárdico agudo (IMA) es fácil de realizar en vida, pero esto no es siempre así y, en muchas ocasiones, es todo lo contrario: ya sea porque clínicamente se presenta de forma atípica o mostrando una de sus múltiples complicaciones.<sup>1</sup>

Los estudios electrocardiográficos rutinarios en los estadios iniciales pueden ser completamente equívocos<sup>2</sup> y sumar más dudas diagnósticas, esto como es de supo-

ner trae como consecuencias subregistros a la hora de verificar estadísticamente la letalidad de esta patología, particularmente en los centros hospitalarios donde los estudios necrópsicos no son habituales. Teniendo en cuenta que esto no es lo común en nuestro medio, nos hemos motivado a realizar este estudio para determinar las principales causas que dificultan el diagnóstico de IMA en vida y poder trazar pautas que nos orienten de una forma más objetiva a enfrentarlo.

## MÉTODOS

Realizamos un estudio longitudinal retrospectivo de 192 pacientes fallecidos en el Hospital Clínicoquirúrgico "Abel Santamaría" de Pinar del Río en los cuales hallamos la presencia de un IMA en los estudios necrópsicos, en un período comprendido desde enero de 1994 hasta diciembre de 1996. De los expedientes clínicos de dichos enfermos obtuvimos diferentes variables como: datos de identidad personal y presencia de complicaciones y/o enfermedades asociadas al IMA, que de alguna forma pudieron contribuir al deceso de estos enfermos. Para el diagnóstico positivo de IMA en vida hicimos hincapié, fundamentalmente, en la evaluación médica de los parámetros clínicos y electrocardiográficos, no así en el enzimático ya que en muchos no habían sido indicados por no pensar en esta patología o por seguir en otros una curva equivocada por la influencia de otras enfermedades. También estudiamos los protocolos de necropsias de la totalidad de los pacientes, para sacar conclusiones más objetivas de las causas del fallecimiento. Consideramos que el diagnóstico clínico de IMA fue totalmente imposible de realizar en vida, cuando no existían evidencias clínicas ni electrocardiográficas de ningún tipo, que hicieran pensar en esta entidad y por el contrario, hubo fallas médicas cuando sí existían algunas evidencias de las anteriormente expuestas, pero no fueron interpretadas adecuadamente, lo cual impidió poder realizar un diagnóstico correcto.

Enfermedades asociadas fueron aquellas de diversa índole diagnosticadas también por los estudios necrópsicos y que concomitaron con el IMA cuando pudo demostrarse que algunas de ellas fueron las causantes principales del fallecimiento, el infarto cardíaco fue un hallazgo

necrópsico y sólo se consideró como un factor contribuyente al deceso de estos pacientes. Por último, todos estos resultados fueron supervisados por un especialista en cardiología, posteriormente, los sometimos a pruebas de significación estadística (chi-cuadrado).

## RESULTADOS

De los 192 pacientes fallecidos con IMA en 72 (33,7 %) el diagnóstico no se realizó en vida, y de éstos, la mayoría ( $p < 0,05$ ) eran ancianos mayores de 70 años de edad, y del sexo masculino (tabla 1), los motivos por los cuales el diagnóstico no se realizó puede apreciarse en la tabla 2 donde en el 69,4 % ( $p < 0,05$ ) de los enfermos el diagnóstico fue totalmente imposible de realizar, en el 15,3 %, no se hizo por fallas médicas y en igual porcentaje el IMA sólo fue una causa contribuyente al deceso. Las complicaciones y/o enfermedades asociadas al IMA fueron varias, algunos tuvieron más de una y, según puede verse en la tabla 3, las más comunes fueron la insuficiencia cardíaca (IC) 33,3 %, los accidentes vasculares encefálicos (AVE) 20,8 % y las bronconeumonías en igual porcentaje.

TABLA 1. Edad y sexo de los pacientes con IMA no diagnosticado en vida

Edad (años)	General		Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 50	3	(4,0)	2	(2,7)	1	(1,3)
50-60	6	(8,4)	4	(5,6)	2	(2,8)
61-70	17	(23,8)	10	(14,0)	7	(9,8)
71-80	20	(27,8)	13	(18,0)	7	(9,8)
> 80	26	(36,0)	17	(23,8)	9	(12,5)

Nota: Fue significativo el porcentaje de pacientes fallecidos por IMA mayores de 70 años ( $p < 0,05$ ).

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital "Abel Santamaría."

TABLA 2. IMA no diagnosticado en vida y causas por las cuales no se hizo

Causas	No.	(%)
Diagnóstico imposible de realizar en vida	50	(69,4)
No diagnóstico por fallas médicas	11	(15,3)
El IMA sólo fue causa contribuyente al deceso	11	(15,3)

Nota: Fue significativo el porcentaje de IMA imposibles de diagnosticar en vida  $p < 0,05$ .

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital "Abel Santamaría."

TABLA 3. Enfermedades y complicaciones más frecuentes, presentes en los IMA no diagnosticados en vida

Tipo de enfermedad o complicación	No.	(%)
Insuficiencia cardíaca	24	(33,3)
Accidente vascular encefálico	15	(20,8)
Bronconeumonía	15	(20,8)
Muerte súbita	8	(11,0)
Insuficiencia renal crónica	6	(8,3)
Shock	5	(7,0)
Sepsis diversas	5	(7,0)
Diabetes mellitus	4	(5,5)
Valvulopatías	3	(4,0)
Neoplasia terminal	3	(4,0)
Enfermedades diversas	13	(18,0)

Nota: Hubo IMA que presentaron más de una enfermedad.

Fuente: Historias clínicas de los archivos del Hospital "Abel Santamaría."

El ingreso de estos pacientes fue, en su mayoría, en salas comunes de medicina 44 (61,2 %); en la unidad de cuidados intermedios (UCIM) ingresaron 21 (28,8 %) y en la de cuidados intensivos sólo 7 (10,0 %) enfermos.

## DISCUSIÓN

De los 192 pacientes fallecidos con un IMA en 72 (33,7 %) el diagnóstico no se

realizó en vida, la mayoría eran ancianos con más de 70 años, edad ésta en que con alguna frecuencia el infarto cardíaco se presenta con clínica atípica y sin dolor anginoso como tal.<sup>1,3</sup>

En nuestro estudio hubo un porcentaje significativo de enfermos (69,4 % -  $p < 0,05$ ), en el cual el diagnóstico en vida fue totalmente imposible de realizar, al no existir el más mínimo elemento clínico o electrocardiográfico que hiciera sospechar esta enfermedad, a pesar de que los estudios necrópsicos demostraron que el infarto cardíaco fue la causa principal por la que fallecieron estos enfermos, pero estuvo enmascarado por algunas de sus complicaciones habituales o por los síntomas de otras enfermedades asociadas. En el 15,3 % de los pacientes el diagnóstico no se realizó por fallas médicas, al poderse comprobar que no hubo una interpretación adecuada de las alteraciones clínicas y electrocardiográficas presentes en estos enfermos; en un porcentaje similar al anterior (15,3 %) el IMA fue sólo una causa contribuyente al deceso de los mismos, ya que presentaron otras enfermedades muy graves ajenas al infarto cardíaco y que por sí solas justifican el fallecimiento de estos pacientes, por lo que consideramos que no debe tenerse en cuenta desde el punto de vista estadístico epidemiológico. Según nuestro estudio, prácticamente 1 de cada 3 pacientes (31,7 %) que fallece por un IMA en nuestro medio el diagnóstico no se realiza en vida.

Las complicaciones y enfermedades asociadas al IMA son múltiples, esto ya ha sido también reportado en otros estudios.<sup>4-7</sup> En el presente trabajo, como ya se mencionó, las más comunes fueron la IC<sup>8</sup> (33,3 %), los AVE (20,8 %) y las bronconeumonías en igual porcentaje, complicación esta última no propia del IMA, pero que suele verse en pacientes graves,

ancianos y encamados (6,9 %); la muerte súbita (11,0 %) casi siempre fue por ruptura cardíaca, una de las complicaciones mecánicas más frecuentes y mortales que se presentan en esta enfermedad.<sup>9-11</sup> En el 8,3 %, el infarto miocárdico estaba asociado a una insuficiencia renal crónica (IRC), hecho este algo común atribuible no sólo a la aterogénesis acelerada reportada en la población en diálisis, sino también a la presencia de anormalidades estructurales del corazón que desempeñan una función importante en la génesis de la tolerancia isquémica, reducida en los enfermos urémicos.<sup>12</sup>

En conclusión, el diagnóstico de IMA en la ancianidad no es fácil de realizar, ya que regularmente cursa con sintomatología atípica, en ocasiones sin dolor anginoso y puede estar enmascarado por sus complicaciones propias o por los síntomas de otras enfermedades, como hemos podido comprobar, por lo tanto, recomendamos que

debe sospecharse un IMA ante todo anciano con antecedentes o no de cardiopatía isquémica que ingrese con un cuadro de IC de causa no bien precisada, o un AVE, en especial si es embólico, o la presencia de una bronconeumonía cuando se complica con IC y arritmias graves. En la IRC, donde el IMA suele verse con alguna frecuencia, debe pensarse en el mismo, en aquellos enfermos, preferentemente sometidos a diálisis, que evolucionan tórpidamente con manifestaciones de bajo gasto cardíaco o trastornos de ritmo cardíaco.

Pensamos que también conspiró contra el dictamen de un diagnóstico correcto de IMA, el hecho de que la mayoría de estos enfermos fueron ingresados inicialmente en salas comunes de medicina, mientras que en las unidades de cuidados intensivos y en las de cuidados intermedios, donde existe una mayor vigilancia y hay más recursos diagnósticos, ingresaron pocos pacientes.

## SUMMARY

We performed a longitudinal, retrospective, clinico-anatomopathologic study in 192 patients, deceased in "Abel Santamaría" Clinical Surgical Hospital in Pinar del Río province, with a diagnosis of acute myocardial infarct (AMI) from January 1994 to December 1996. The aim of this study was try to determine which are major causes hampering diagnosis in lifetime . In 33.7 % of patients diagnosis wasn't made in lifetime, and of these, 63.8 % were elderly over 70 years old, in 69.4 % was impossible to diagnose whereas, because of technical faults in 15.3 % it was impossible to made, and in a similar percentage, acute myocardial infarction only was a contributing cause to death in these sick persons. Complications and commonest diseases associates with infarctions, were heart failure (33.3 %), encephalic vascular accident and bronchopneumonia (20.8 %), respectively, sudden death (11.0 %) and choronic renal failure (8.3 %). Authors conclude that in old age, diagnosis of AMI it is not easy to made, since usually presenting with an atypical symptomatology, *angina sine dolore* or masked because of its own complications of symptoms of other diseases.

*Subject headings:* MYOCARDIAL INFARCTION/diagnosis; AGED.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdespino A, Selorio S, Badui E, Ocaña J Lepel. Primer infarto miocárdico en el anciano. Arch Inst Cardiol Mex 1994;64(6):531-5.
2. Schamroth L. The electrocardiographic diagnosis of acute myocardial infarct. En: Meltzer LE, Dunning AJ. Textbook of coronary care. Amsterdam: Excerpta Medica;1972:120-3.

3. Margolis JR, Kannel WB, Feinleib M, Dowber TR, Namara PM. Clinics features of unrecognized myocardial infarction silent and symptomatic, eighteen year follow-up the Framingham study. *Am J Cardiol* 1973;32-7.
4. Quintero C, Salazar W, Andrade G, Andrade M, Papa A. Infarto del miocárdico. Análisis de 97 casos. *Rev Med Oriente* 1993;4(4):16-20.
5. Cruz H, Cruz C, Badui E, Galinelo M, Romero J, Valdespino A. Infarto del miocardio: revisión de 196 autopsias. *Rev Med IMSS* 1994;32(6):507-11.
6. Piñón J, Cirion G, Arista Salado O, Pastrana I. Análisis necrópsico de pacientes fallecidos por infarto cardiaco agudo en nuestro hospital. *Rev Cubana Med* 1981;20(4):139-146.
7. Reyes I, Escobar N, Álvarez N. Mortalidad por infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados intermedios. *Rev Cubana Med* 1997;36(2):112-6.
8. Lago G, Manuel M. Infarto agudo del miocardio. Experiencia de 7 años en el departamento de Canelones. *Arch Med Interna* 1994;16(4):135-44.
9. Tomes R, Cand H. Morbilidad y mortalidad geriátrica en medicina interna. *Rev Cubana Med* 1996;35(2):99-105.
10. Cruz H, Cruz JC, Badui E, Galinelo M, Selorio S. Ruptura cardiaca en el infarto agudo del miocardio, presentación de 20 casos *post mortem*. *Arch Inst Cardiol Mex* 1997;67(1):51-8.
11. Baun J, Bohn L. Cardiac rupture after acute myocardial infarction. *Danish Med, Bulletin* 1976;23(5):235-45.
12. Aman K, Ritz E. Reduced cardiac ischemia tolerance in uremia: what is the role of structural abnormalities of the heart? *Nephrol Dial Transplant* 1996:11-15.

Recibido: 7 de agosto de 1998. Aprobado: 13 de enero de 2000.

Dr. *Jorge Piñón Pérez*. Edificio R-V-30, escalera A No. 8, entre Velez Caviedes y Recreo, Reparto Raúl Sánchez, Pinar del Río, Cuba.