

Hospital General "Comandante Pinares". San Cristóbal

COMPORTAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ENERO-DICIEMBRE DE 2000

Dr. Juan Carlos Suárez Rodríguez¹, Dr. Lázaro Rodríguez López², Dr. Carlos Luis Enríquez Govea³ y Dr. Roberto Colombié González¹

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo de los pacientes ingresados con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IMA) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General "Comandante Pinares" de enero a diciembre de 2000; con el objetivo básico de describir el comportamiento en cuanto a procedimientos de los pacientes, topografía, formas de *debut* fundamentales y mortalidad, en relación con el sexo. Se vió que existió predominio de casos de procedencia urbana con 75,5 %. La localización inferior del IMA fue la más frecuentemente observada (51,1 % de los casos). El dolor anginoso fue la forma de debut más frecuente. La mortalidad en nuestro estudio fue alta alcanzando el número de 9 fallecidos en un total de 45 pacientes para el 20 %. La mayor mortalidad teniendo en cuenta el sexo de nuestros pacientes, se vió en las mujeres con el 66,6 %.

DeCS: INFARTO DEL MIOCARDIO/mortalidad; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS PROSPECTIVOS; ESTUDIOS TRANSVERSALES; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

La cardiopatía isquémica es una de las cuestiones de mayor envergadura que golpea a la humanidad en el momento actual, representa la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. El infarto agudo del miocardio (IMA) puede ser su primera manifestación el cual se ha mantenido año tras año en la cumbre de las causas de muerte en muchos países desarrollados, se reporta que la letalidad por este accidente coronario agudo duplica lo acontecido hace 20 años.^{1,2}

El IMA, descrito por primera vez en 1912, figura actualmente entre las enfermedades más frecuentes en las edades media y avanzada de la vida, se

interpreta como la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico, secundaria generalmente a la oclusión trombótica y/o espástica de una arteria coronaria.³

En nuestro estudio nos proponemos hacer una revisión del comportamiento del IMA en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General "Comandante Pinares" de San Cristóbal en el período de un año, para conocer sobre su topografía en mortalidad, así como, la correlación de los factores de riesgo primarios descritos para el IMA, además de hacer un análisis acerca de la aplicación de la trombólisis coronaria y las complicaciones a las que comúnmente nos enfrentamos.

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Instructor Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Guevara de la Serna". Jefe UCI Adulto Hospital "Comandante Pinares".

³ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Jefe SIUM. San Cristóbal.

MÉTODOS

Se trata de una investigación de carácter prospectivo, transversal y descriptivo, realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General “Comandante Pinares” de San Cristóbal, se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en esta unidad con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IMA) en el período de enero a diciembre de 2000, con el objetivo de estudiar el comportamiento de dicha patología. Se aplicó una encuesta a la muestra objeto de estudio para la obtención de los datos correspondientes como sexo, en la procedencia fue urbana o rural, la localización topográfica del IMA, formas de *debut* fundamentales y si los pacientes egresaron vivos o fallecidos. Los datos fueron computadorizados, se aplicó test de significación estadística y porcentual y los principales resultados se expresaron en tablas.

TABLA 1. *Distribución según procedencia*

Procedencia	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Zona urbana	31	91,1	3	8,8	34	75,5
Zona rural	6	54,5	5	45,4	11	24,4
Total	37	82,2	8	17,7	45	100,0

Fuente: Encuestas.

RESULTADOS

De los 45 pacientes infartados que representaron la muestra de nuestro estudio, 34 procedían de zona urbana para el 75,5 % y 11 de zona rural para el 24,4 %; $p < 0,001$, 37 fueron del sexo masculino y 8 del femenino para el 8,2 y 17,7 % respectivamente (tabla 1).

La presentación en cara inferior se vió en 23 casos para el 51,1 %, seguido de la cara inferior extensa con 11 casos (24,4 %); el anteroseptal se vió en 8 casos (17,1 %) y la topografía lateral del IMA solo apareció en 3 casos para el 6,6 % (tabla 2).

La forma del debut que predominó fue el dolor anginoso en 44 casos para el 97,7 % seguido de la insuficiencia cardiaca en 15 enfermos para el 33,3 %; el edema agudo del pulmón representó en 2 casos para el 4,4 % y 1 solo caso asintomático que representó el 2,2 % de la casuística (tabla 3).

La mortalidad (tabla 4) fue solo de 9 fallecidos que significaron el 20 % y dentro de estos, las mujeres aportaron un mayor número con una significación estadística de $p < 0,001$. Egresaron vivos 36 casos para el 80 % de supervivencia, de los cuales 34 fueron hombres que significaron el 94,4 % del total.

TABLA 2. *Comportamiento de la topografía*

Localización	No.	%
Inferior	23	51,1
Anterior extenso	11	24,4
Anteroseptal	8	17,1
Lateral	3	6,6
Total	45	100,0

Fuente: Encuestas.

TABLA 3. *Distribución según la formas de debut del IMA*

Formas de <i>debut</i>	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dolor anginoso	38	86,3	6	13,6	44	97,7
Insuficiencia	14	93,3	1	6,6	15	33,3
Edema agudo del pulmón	1	50,0	1	50,0	2	4,4
Asintomático	1	100,0	0	0,0	1	2,2

$p < 0,001$

Fuente: Encuestas.

TABLA 4. *Distribución de la mortalidad*

Categoría	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Egresados vivos	34	94,4	2	5,5	36	80,0
Fallecidos	3	33,3	6	66,6	9	20,0
Total	37	82,2	8	17,7	45	100,0

$p < 0,001$

Fuente: Encuestas.

DISCUSIÓN

Se conoce perfectamente que la procedencia de los pacientes que sufren de enfermedades coronarias dentro de estas el infarto agudo del miocardio, es predominantemente urbana,^{2,3} lo que se corroboró en nuestro trabajo al comprobar que la mayoría de nuestros pacientes pertenecían a la urbana (75,5 %), lo cual se correlaciona con los estilos de vida sedentarios y los patrones alimentarios diferentes de las urbes que predisponen a esta patología.

La localización inferior del IMA en la mayoría de los estudios realizados más recientemente continúa siendo la más frecuente;^{4,5} nosotros coincidimos con la mayoría de ellos en que esta es la forma más usual de presentación. Otras formas de localización del IMA han sido reportadas por algunos autores^{6,7} y que incidentalmente tienen un pronóstico más desfavorable como el infarto de ventrículo derecho a estas formas de presentación sin este pronóstico, pero también poco frecuente, como infarto posterior estricto, que tampoco se vió en nuestro estudio.⁸

La forma de presentación de un IMA puede ser tan típica que es a veces más difícil equivocar el diagnóstico que hacerlo; sin embargo, otras en pocas veces, plantean este diagnóstico con una clínica dudosa y un electrocardiograma con alteraciones equívocas y si no dispone transitoriamente de determinaciones

enzimáticas fiables, lo cual nos ha ocurrido durante los últimos años, se hace realmente difícil. La forma de presentación más frecuentemente encontrada en nuestro estudio fue el dolor anginoso que se vió en 44 enfermos lo cual se correlaciona con otros trabajos realizados al respecto y con las cuales coincidimos.⁹

La mortalidad por IMA en los últimos 10 años ha descendido sorprendentemente; algunos autores la reportan por debajo del 10 %, sobre todo en países desarrollados que disponen de recursos imprescindibles y una estructura de socorrismo en caso de eventualidades emergentes relacionadas con el IMA muy buena, esto es así pues se sabe que la mortalidad mayor por IMA ocurre durante las primeras 2 h de sucedido el evento,^{10,11} nosotros tenemos una mortalidad global del 20 % superior a la reportada por otros autores;^{12,13} este es un elemento negativo que se ha planteado resolver en el nivel nacional con la creación del SIUM (Sistema Integrado de Urgencias Médicas) que permitirá en el futuro lograr las metas que nos hemos trazado al respecto.

Por todo lo anterior concluimos que existió predominio de la procedencia de zona urbana en nuestros pacientes; que la localización más frecuente del IMA fue la cara inferior y que el dolor anginoso fue la forma de presentación del infarto más frecuentemente observada, además, que la mortalidad general de los pacientes infartados fue alta, del 20 %.

SUMMARY

A prospective, cross-sectional and descriptive study of the patients admitted with diagnosis of acute myocardial infarction (AMI) at the Intensive Care Unit of "Comandante Pinares" General Hospital from January to December, 2000, was conducted aimed at describing its behavior as regards the patients' procedures, topography, fundamental form of onset and mortality in relation to sex. It was observed a predominance of cases from the urban areas (75.5 %). The inferior localization of AMI was the most frequent (51.1 % of the cases). Angina pectoris was the commonest form of onset. Mortality in our study was elevated, amounting to 9 deaths of a total of 45 patients (20 %). The highest mortality was detected among women (66.6 %).

Subject headings: MYOCARDIAL INFARCTION/mortality; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE; PROSPECTIVE STUDIES; CROSS-SECTIONAL STUDIES; INTENSIVE CARE UNITS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Comisión multidisciplinaria de atención integral al adulto. Sus programas para Cardiopatía isquémica. Ciudad de La Habana; 1998.
2. Bethencourt A, Cabadés A, Marrugat J. Resultados recientes de los registros poblacionales de infartos y angina. En: Aros F, Fernández Palomeque C, Rodríguez Padial L, eds. Cardiopatía isquémica. VIII Simposio Internacional. Barcelona: Ediciones Mayo, 1998.
3. Wyngardden JB, Smith LH, Claude J, Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. Vol 2. México DF: Interamericana, MacGrow-Hill, 1998.

4. Chambless L, Keil U, Dobson A, Mahonen M, Kuulasmaa K, Bajakangas AAM, et al. Population versus clinical view of case fatality from, acute coronary heart disease: results from the WHO MONICA Project 1985-1990. Multinational monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease. *Circulation* 1997; 96:3849-59.
5. The prehospitalary management of acute heart attacks. Recommendations of a task force of the European Resuscitation Council. *Eur Heart J* 1998;19:1140.
6. Lee KL, Woodlief LH, Topol EJ, Weaver D, Betriú A, Col J, et al. Predictor of 30-day mortality in the era of reperfusion for acute myocardial infarction: results from an international trial of 41021 patients. *Circulation* 1995;91:1659-292.
7. Aros FI Loma-Osorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma-Canella I, et al. . Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo del miocardio. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:919-56.
8. DeBusk RF, Health and Public Policy Committee of the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee, American College of Physicians. Evaluation of patients after recent acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1989;110:485-8.
9. Killip T, Kimball TJ. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* 1997;20:457-64.
10. Non Q wave myocardial infarction. En Fuster V, Ross R, Topol E, ed. *Atherosclerosis and coronary artery disease*. Philadelphia; Lippincott-Raven, 1996:1997-124.
11. Bosh X. Desde la torre de marfil a las trincheras. La precocidad llega a la unidad coronaria [comentario editorial]. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:199-203.
12. The international study group. In-hospital mortality and clinical course of 20891 patients with suspected acute myocardial infarction randomized between alteplase and streptokinase with or without heparin. *Lancet* 1990;336:71-5.
13. Estudio Multicéntrico Estreptoquinasa Repúblicas de América del Sur. Collaborative Group. Randomized trial of late thrombolysis in patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1993;342:767-72.

Recibido: 13 de noviembre de 2001. Aprobado: 8 de diciembre de 2001.

Dr. *Juan Carlos Suárez Rodríguez*. Hospital General Docente "Comandante Pinares", San Cristóbal. Pinar del Río.