

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con infarto agudo del miocardio

Clinical epidemiologic characterization of individuals with severe heart attack

MsC. Iván Rodríguez Torres,¹ Lic. Doralys Arbelo López,² MsC. Ernesto Vázquez Pavón³ y Dra. María Magdalena Acevedo Matos⁴

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Sede Universitaria. Policlínico "Eduardo Mesa Llull", II Frente Oriental "Dr. Mario Muñoz Monroy", Santiago de Cuba, Cuba.

² Licenciada en Enfermería. Maestrante en Salud Pública. Instructora. Sede Universitaria. Policlínico "Eduardo Mesa Llull", II Frente Oriental "Dr. Mario Muñoz Monroy", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer y el Niño. Instructor. Sede Universitaria. Policlínico "Eduardo Mesa Llull", II Frente Oriental "Dr. Mario Muñoz Monroy", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Dirección Municipal de Salud, II Frente Oriental "Dr. Mario Muñoz Monroy", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 33 pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital "Emilio Bárcenas Pier" del municipio de II Frente de la provincia de Santiago de Cuba, durante el año comprendido de enero a diciembre del 2007. En la casuística se halló un predominio de esa cardiopatía en los ancianos con alto riesgo coronario y del dolor precordial como manifestación clínica. Solo fallecieron 3 de los integrantes de la serie, pero ninguno de los tratados con medicación trombolítica.

Palabras clave: infarto del miocardio, riesgo coronario, dolor precordial, medicación trombolítica, ingreso hospitalario

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 33 patients with acute heart attack diagnosis, admitted in the intensive care unit of the "Emilio Bárcenas Pier" Hospital in the municipality of II Frente, Santiago de Cuba province was carried out during the year 2007, from January to December. In the case material a predominant heart condition was found in elderly with high coronary risk and precordial pain sensation as a clinical feature. From the case material only three of the integrants died, but none of them treated with thrombolytic drugs.

Key words: heart attack, coronary risk, precordial pain sensation, thrombolytic drugs, hospital admission

INTRODUCCIÓN

Los síndromes coronarios agudos (SCA) son el resultado de la obstrucción de una arteria coronaria. Las consecuencias dependen del grado de obstrucción y varían de la angina inestable al infarto agudo del miocardio (IMA), sin elevación del segmento ST (IMSEST), IMA con elevación del segmento ST (IMEST) y muerte cardíaca súbita; pero salvo en esta última, los síntomas son parecidos en todos los demás síndromes e incluyen molestias en el pecho, con disnea o sin ella; náuseas y diaforesis.¹

En la búsqueda de una mejor prevención de ese trastorno se han realizado y continúan realizándose numerosos estudios poblacionales en el mundo. Del análisis de algunas importantes casuísticas, Dueñas² enunció el concepto de paciente con alto riesgo coronario; categoría establecida por la forma de asociarse los diferentes factores de riesgo coronario, de cuyo control depende absolutamente la previsión del infarto agudo del miocardio y de la cardiopatía isquémica en general.

Por infarto agudo del miocardio fallecieron 8 353 personas en el 2000 en Cuba; pero según Márquez *et al*,³ el IMA fue la segunda causa de muerte, después del cáncer, con 34,9 %.

En el país, con el médico de la familia estrechamente vinculado a los pobladores en su radio de acción, se aspira a modificar los estilos de vida no deseables o favorecedores de la ocurrencia de esa cardiopatía, así como a garantizar la atención precoz y calificada desde el inicio del ataque agudo, puesto que en Cuba, 60 % de los infartados experimentan los síntomas preliminares en su domicilio, aproximadamente 10 % tienden a sufrir un paro cardiorrespiratorio en los comienzos de las manifestaciones sindrómicas y alrededor de 30-40 % fallecen en las primeras horas de aparecer el cuadro clínico.⁴

Al respecto, en el municipio de II Frente Oriental, la mortalidad estuvo representada por una tasa de 76 % x 1 000 habitantes durante el 2008. El establecimiento de las unidades de terapia municipales, por parte del Ministerio de Salud Pública cubano a partir del 2003, ha permitido atender con calidad a los pacientes afectados por IMA, lo cual ha mejorado su pronóstico, puesto que a este nivel se le brinda un tratamiento intensivo, que incluye la medicación trombolítica. Por consiguiente, el análisis de las características clinicoepidemiológicas de las personas con esta enfermedad en el territorio, incluida su evolución, devino una fuerte motivación para investigar a los efectos; y de esa valoración fue posible conformar el presente artículo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 33 pacientes con infarto agudo del miocardio, que abarcó desde enero hasta diciembre del 2007, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Emilio Barcenás Pier", perteneciente al municipio de II Frente Oriental de la provincia de Santiago de Cuba.

Para cumplir los objetivos trazados, los datos indispensables se obtuvieron de las historias clínicas correspondientes, del Departamento de Estadística del hospital y del Centro de Información Municipal.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo coronario, forma clínica de presentación, complicaciones, estado al egreso y tratamiento trombolítico.

Para todos los cálculos y pruebas estadísticas de los resultados se prefijó un error de tipo 1 (alfa)=0,05

RESULTADOS

Se halló que el alto riesgo coronario aumentó con la edad (**tabla 1**), pues dicho factor existía en 20 ancianos (68,9 %) de la serie.

Tabla 1. *Pacientes con infarto agudo del miocardio según grupo etario y alto riesgo coronario*

Grupo etario (en años)	Alto riesgo coronario					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
40-49	3	10,3	-	-	3	9,0
50-59	6	20,8	1	25,0	7	21,2
60 y más	20	68,9	3	75,0	23	69,8
Total	29	100,0	4	100,0	33	100,0

La forma clínica del infarto agudo del miocardio y su relación con el alto riesgo coronario (**tabla 2**) resultó altamente significativa, puesto que 24 de los 29 pacientes que lo presentaron, sufrieron dolor precordial, para 85,8 %.

Tabla 2. *Pacientes con infarto agudo del miocardio según alto riesgo coronario y formas clínicas de presentación*

Alto riesgo coronario	Formas clínicas de presentación									
	Dolor precordial		Insuficiencia cardiaca congestiva		Edema agudo del pulmón		Choque cardiogénico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	24	85,8	1	100,0	2	100,0	2	100,0	29	87,9
No	4	14,2	-	-	-	-	-	-	4	12,1
Total	28	100,0	1	100,0	2	100,0	2	100,0	33	100,0

Hubo una relación altamente significativa entre el alto riesgo coronario y la aparición de complicaciones en los pacientes con infarto agudo del miocardio (**tabla 3**); sin embargo, en 21 de los que no se complicaron, existía ese factor, para 84,0 %.

Tabla 3. *Pacientes con infarto agudo del miocardio según alto riesgo coronario y complicaciones*

Alto riesgo coronario	Complicaciones					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	8	100,0	21	84,0	29	87,9
No	-	-	5	16,0	4	12,1
Total	8	100,0	25	100,0	33	100,0

En la **tabla 4** se muestra la alta significación existente, por cuanto los 3 pacientes fallecidos tenían el alto riesgo coronario en contraste con los 30 que egresaron vivos, en 26 de los cuales (86,7 %) se asociaba este factor.

Tabla 4. *Pacientes con infarto agudo del miocardio según alto riesgo coronario y estado al egreso*

Alto riesgo coronario	Estado al egreso					
	Vivos		Fallecidos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	26	86,7	3	100,0	29	87,9
No	4	13,3	-	-	4	12,1
Total	30	100,0	3	100,0	33	100,0

Se obtuvo una diferencia altamente significativa entre la forma de egreso y el tratamiento trombolítico (**tabla 5**). No falleció paciente alguno entre los tratados con trombolisis.

Tabla 5. *Pacientes con infarto agudo del miocardio según trombolisis y estado al egreso*

Trombolisis	Estado al egreso					
	Vivos		Fallecidos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	18	60,0	-	-	18	54,6
No	12	40,0	3	100,0	15	45,4
Total	30	100,0	3	100,0	33	100,0

DISCUSION

Según Cuadrado *et al*,⁵ la Organización Mundial de la Salud estimó en el 2007 que 12,6 % de las muertes a escala mundial se produjeron por cardiopatía isquémica, sobre todo a expensas del infarto agudo del miocardio, que deviene la primera causa de fallecimiento en países industrializados y la tercera en naciones en vías de desarrollo.

La incidencia varía ampliamente de unas comunidades a otras, al oscilar anualmente entre 0,8-7,5 % habitantes, con predominio en el sexo masculino y en las edades de 55 a 65 años. La mortalidad en fase aguda se estima entre 20 y 50 %.⁶

En Estados Unidos de Norteamérica, las coronariopatías causan 1 de cada 5 muertes, pues más de un millón de estadounidenses sufren un ataque coronario cada año, de los cuales morirá 40 % como consecuencia del infarto cardiaco; ello significa que un norteamericano fallecerá cada minuto como resultado de un trastorno coronario patológico. En la India, este constituye también la primera causa de defunción.⁷

Se sabe que el alto riesgo coronario aumenta con la edad y prueba de ello fue lo encontrado por Acevedo⁸ en su estudio cuatrienal sobre factores de riesgo del infarto agudo del miocardio en 80 pacientes atendidos en el Hospital "Antonio Lenin Fonseca" de Managua, entre los cuales el accidente coronario agudo prevaleció en la población anciana con antecedentes de hipercolesterolemia, hábito de fumar e hipertensión arterial o la asociación de esa tríada con la diabetes sacarina.

En los pacientes con alto riesgo coronario primó el dolor precordial como forma clínica; hallazgo que se corresponde con lo informado por otros autores⁹ al respecto en cardiopatas internados en el hospital de Caldas, en quienes ese síntoma preponderó sobre las restantes manifestaciones asociadas al trastorno, tales como: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes sacarina y tabaquismo.

Todos los pacientes que experimentaron complicaciones, presentaban factores de alto riesgo coronario, como también constató la Organización Mundial de la Salud¹⁰ en otros países latinoamericanos.

El hecho de que el mayor número de pacientes con factores de riesgo coronario no falleció a causa de ello, se atribuyó en aquel momento a la precocidad con que recibieron tratamiento trombolítico. En la casuística de Gimigliano *et al*,¹¹ el tratamiento farmacológico consistió fundamentalmente en la administración de fibrinolíticos (estreptoquinasa) en el síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST y de anticoagulación (heparina sódica) en el síndrome coronario agudo sin elevación de ese segmento, pero fue elevada la cifra de decesos en el subgrupo de diabéticos con infartos del tipo Q.

No falleció paciente alguno tratado con medicamentos trombolíticos, como igualmente comunicaron Araya y Padilla,¹² quienes afirman que la mayoría de los pacientes de una serie costarricense que recibió esa modalidad terapéutica, egresaron vivos, de donde se infiere que dicho procedimiento disminuye la mortalidad por trastornos coronarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beers MH. Enfermedad arterial crónica. En: El manual Merk. 11 ed. Madrid: Elsevier, 2004:683-701.
2. Dueñas S, Herrera A. Cardiopatía isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):202-13.
3. Márquez Espino Y, Escalona Robaina. C, Florat García G, Osorio Gómez CM, Montesino del Castillo MG. Morbimortalidad por infarto agudo del miocardio. Estudio de un año. Rev Méd Electrón 2006; 28(2).
<<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol2%202006/tema01.htm>>[consulta: 14 enero 2010].

4. González Santos-Rodríguez G, López Rabassa SI, León Ortiz M de, Álvarez Rodríguez D, Marrero Molina L. Mortalidad por infarto agudo del miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Arch Méd Camagüey 2005; 9(3).
<<http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n3/1036.pdf>>[consulta: 3 febrero 2010].
5. Cuadrado Rodríguez Y, Ávila Cruz M, Roca Díaz N, Cabrera Cisneros E. Prevalencia del infarto agudo del miocardio. Arch Méd Camagüey 2003;7(5 supl 2).
<<http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl2/795.pdf>>[consulta: 11 diciembre 2009].
6. San Romero A. Cardiopatía isquémica. En: Farreras-Rozman. Medicina interna (versión en CD-ROM). 14 ed. Barcelona: Doyma, 2000:542.
7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>>[consulta: 14 enero 2010].
8. Acevedo Morales OM. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en los pacientes ingresados con infarto agudo del miocardio en el Hospital "Antonio Lenin Fonseca". Managua: [s.n.], 2005:35.
9. Núñez Martínez JF, Almeida Alfonso MH, Guédez Díaz R, Gómez Castellanos R, Rosa Guerra H la. Complicaciones en la evolución precoz del infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Méd Electrón 2009;31(5).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000500006&script=sci_arttext>[consulta: 3 febrero 2010].
10. Organización Panamericana de la Salud. Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en América Latina. Rev Panam Salud Pública 2007; 22 (6).
<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007001100007&script=sci_arttext>[consulta: 20 enero 2020].
11. Gimigliano A, Capece R, Borgo J, Mosca S, Masevicius D, O Gutiérrez, et al. Pronóstico de los pacientes diabéticos que cursan un síndrome coronario agudo durante la internación en una unidad coronaria.
<<http://www.ms.gba.gov.ar/servicios/centroDocumentacion/jornadas/55.pdf>> [consulta: 14 enero 2020].
12. Roselló Araya M, Guzmán Padilla S. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo del miocardio en Costa Rica, 1970-2001. Rev Panam Salud Pública 2004;16 (5). <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004001100001&script=sci_arttext>[consulta: 20 enero 2020].

Recibido: 12 de marzo de 2010

Aprobado: 9 de abril de 2010

MsC. Iván Rodríguez Torres. Sede Universitaria. Policlínico "Eduardo Mesa Llull", Mayarí Arriba, II Frente Oriental "Dr. Mario Muñoz Monroy", Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: ernesto.vazquez@medired.scu.sld.cu