

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### MORTALIDAD HOSPITALARIA POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Por:

Dr. Gilberto Cairo Sáez<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Roque Mesa<sup>2</sup> y Dr. Rafael A. López Machado<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Policlínico Universitario "Marta Abreu". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Juan Bruno Zayas" Cifuentes, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

**Descriptores DECS:**

ISQUEMIA MIOCARDICA/mortalidad  
MORTALIDAD HOSPITALARIA

**Subject headings:**

MYOCARDIAL ISCHEMIA/mortality  
HOSPITAL MORTALITY

En Cuba, al igual que en los países industrializados, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte; entre estas, la cardiopatía isquémica encabeza la lista de causas básicas de muerte. En el *Seven Countries Study*<sup>1</sup>, la cardiopatía isquémica fue la primera causa de mortalidad, pues ocasionó entre el 12 y el 45 % de todas las defunciones en los países incluidos; por otra parte, en Cuba, la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón se incrementó de 114 x 100 000 habitantes en 1970, a 150 en 1999, según los datos del anuario estadístico del año 2001<sup>2</sup>.

La disminución de la mortalidad hospitalaria por infarto agudo del miocardio (IAM) es evidente; sin embargo, la letalidad global por cardiopatía isquémica ha permanecido prácticamente inalterada, dado el incremento de la mortalidad por otras formas de cardiopatía isquémica (CI). Muchos consideran que el mejor manejo de los pacientes infartados en las salas de cuidados intensivos, el tratamiento precoz de las arritmias y el choque cardiogénico, así como la introducción de nuevas medidas terapéuticas, como la trombólisis, la angioplastia y la revascularización cardíaca<sup>3</sup>, justifican esta tendencia, ya que los pacientes que no mueren a causa del IAM, desarrollan en los cinco años siguientes algún otro tipo de cardiopatía isquémica y fallecen. Algunos consideran que las nuevas técnicas no han resuelto el problema, sino que lo han aplazado<sup>4</sup>.

En una revisión de los certificados de defunción, los expedientes clínicos y los registros de ingresos y egresos del Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau", desde el 1º de enero de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2001, se encontraron 453 fallecidos con diagnóstico de algún tipo de CI; de estos, 218 tenían diagnóstico de IAM. Como puede observarse en la figura, cuando se compara la letalidad de ambos tipos de cardiopatías, por año, la tendencia del IAM fue descendente, mientras que la de la CI fue ascendente.

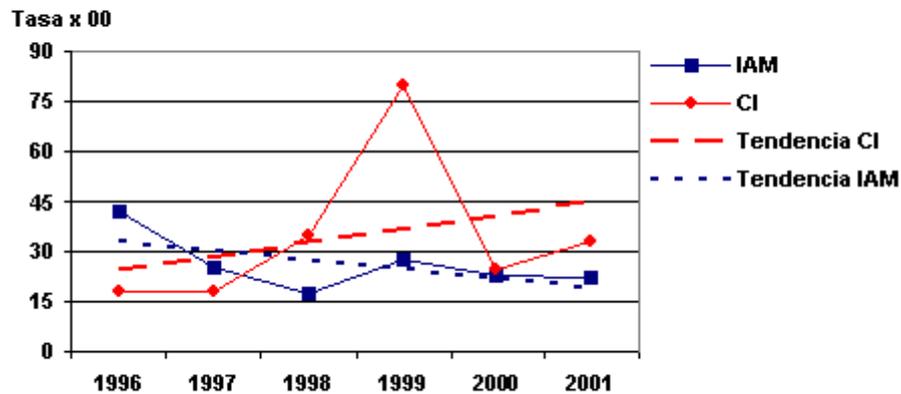


Figura Tendencia de la letalidad de la cardiopatía isquémica en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”.

Resulta llamativo que mientras la letalidad por IAM tiene una tendencia descendente, la de la CI aumenta. Se piensa que este es un hecho esperado, dado que los pacientes que sufren un IAM, después pueden padecer un síndrome coronario, son propensos a las arritmias y a la insuficiencia cardíaca y, por tanto, tienen una mayor morbilidad y mortalidad en los años subsiguientes al IAM. Cleland<sup>4</sup> plantea que un por ciento importante de los pacientes fallece entre los 5 y los 10 años que siguen al infarto por una insuficiencia cardíaca progresiva. Debs Pérez y colaboradores también han encontrado una alta mortalidad para los pacientes infartados después de los cinco años, sobre todo si coexisten otros factores de riesgo, como la hipercolesterolemia o la hipertensión<sup>5</sup>.

La edad media de los fallecidos por CI, distinta de IAM en el año 1996, fue de 78,73, de 74,53 en 1997, de 77,45 en 1998, de 78,64 en 1999, de 82,95 en 2000, y de 85,73 en 2001; si se compara el año 1996 con el 2001, hay un incremento de siete años. Sin embargo, la edad media de los pacientes con IAM se mantuvo entre 71,14 en el año 2001 y 73,74 en 1997; el resto de los años, la edad media fue de 71,94 en 1996, 72,59 en 1998, 71,93 en 1999 y 71,71 en el 2000. Como puede observarse, la edad media del IAM varió muy poco, y la diferencia entre la edad media de los fallecidos por IAM y por CI fue superior a los cuatro años en todos los años, y llegó a 14 años en el 2001. La estabilidad de la edad a la que se presenta el infarto y el incremento de la misma en el resto de las formas de CI, pudiera ser explicada parcialmente por la expansión de la población mayor de 65 años, dada la relación de CI con la edad<sup>6</sup>, pero el incremento de la edad media de los fallecidos es superior al que cabría esperar solo por la expansión de la esperanza de vida; por ello, otro factor que pudo haber contribuido es, precisamente, que los pacientes previamente infartados, ahora con una mayor supervivencia, hayan incidido en el aumento de los ingresos por CI distinta de IAM y en la letalidad de la misma.

A pesar de la alta incidencia de muertes súbitas que se le atribuyen a los pacientes con infartos previos, por lo que a veces no llegan a ser ingresados<sup>5,7</sup>, parece que el comportamiento de la mortalidad por CI, distinta de IAM, y el infarto en la población hospitalaria es muy similar al que se describe para la población general. Los resultados de esta revisión llevan a la conclusión de que se hace necesario diseñar una estrategia para el manejo de los pacientes con CI, y considerar la posibilidad de un protocolo que permita un plan de cuidados que atienda las particularidades de los mismos, ya que la tendencia ascendente de estos casos debe mantenerse en los próximos años. No obstante, el principal mensaje es que podemos y debemos mejorar la atención a los pacientes infartados y desarrollar técnicas que nos permitan mejorar la supervivencia; podemos y debemos mejorar las posibilidades de prevención secundaria, y evitar en lo posible las complicaciones en los pacientes que ingresan con CI. Pero la prevención primaria, la profilaxis, el control de los factores de riesgo y la modificación

de los estilos insanos de vida, deben ser la clave para luchar contra la epidemia que representa la cardiopatía isquémica.

Concordamos con los que piensan que es mejor evitar el daño que repararlo. Aunque posponer la letalidad es un logro, este es solo parcial; debemos aspirar a potenciar al máximo las posibilidades de expansión de la vida útil del ser humano y, más que curar las enfermedades, prevenirlas.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Menotti A, Puddu PE, Lanti M, Kromhout D, Blackburn H, Nissinen A. Twenty-five-year coronary mortality trends in the seven countries study using the accelerated failure time model. *Eur J Epidemiol.* 2003;18(2):113-22.
2. Ministerio de Salud Pública. Informe anual 2001. La Habana: MINSAP; 2001.
3. Scott SM, Deupree RH. Study of unstable angina: 10-year results show duration of surgical advantage for patients with impaired ejection fraction. *Circulation.* 1994;90 (Pt 2):II-120-5.
4. Cleland. JGF. Éxitos y fracasos del tratamiento actual de la insuficiencia cardíaca. En: Fuster V. *Grandes temas de cardiología.* 32<sup>da</sup> ed. Barcelona: Medical Trends; 2000. p. 69-81.
5. Debs Pérez G, La Noval García R, Dueñas Herrera A, Debs Pino JG. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de 5 años? *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2001;15(1):6-13.
6. Campillo Motilva R, González González A. Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(6):540-4.
7. CDC Report. State-specific mortality from sudden cardiac death-United States, 1999. *MMWR.* 2002;51;(6):123-6.