

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep.;18(3)

**HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO CLÍNICO QUIRÚRGICO
“CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN**Morbilidad por infarto agudo del miocardio en una unidad de cuidados intensivos****Morbidity due to acute myocardial infarction in an intensive care unit****MSc. Dr. Reinaldo Gómez Pacheco**

Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Cmdte. “Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: procesomfr@capiro.vcl.sld.cu

DeCS: infarto del miocardio/epidemiología, unidades de cuidados intensivos.

DeCS: myocardial infarction/epidemiology, intensive care units

La cardiopatía isquémica constituye uno de los problemas de salud más serios a nivel mundial, y entre sus formas clínicas de presentación, el infarto agudo del miocardio es el que presenta mayor morbilidad.¹⁻³ Constituye la primera causa de muerte e incapacidad en los países desarrollados y es un reto para la salud, por lo que es considerado por algunos «el azote de la vida moderna».^{3,4}

La enfermedad coronaria aparece cada vez más en edades tempranas, debido a los factores de riesgo coronario clásicos y otros que se le han incorporado, como la homocisteinemia, genes defectuosos, estrés y elevación en la sangre de las apoproteínas, proteína C reactiva y fibrinógeno.^{2,3}

Las formas clínicas de la enfermedad isquémica cardíaca, según la OMS, son: la angina de pecho, el infarto agudo del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la muerte súbita y las arritmias.³

En los hospitales de la provincia de Villa Clara, ingresan al año unos 12 000 pacientes por infarto agudo del miocardio, con una letalidad entre 6 y 14 %.⁵ En los últimos años, ha existido una tendencia al decrecimiento, lo que está relacionado con la creación de un «sistema prehospitalario» que se encarga de optimizar el diagnóstico, la atención temprana y la reperfusión precoz; esto ha permitido mejorar la calidad vida del paciente con infarto agudo del miocardio (IAM).⁵

Se realizó una investigación descriptiva transversal prospectiva, con el objetivo de caracterizar la morbilidad por IAM en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Militar «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero» en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007. El estudio incluyó a 97 pacientes egresados vivos, con diagnóstico de IAM, de dicha unidad de cuidados intensivos.

La distribución por sexo mostró un predominio del sexo masculino: 59 pacientes (60,8 %) y 38 del femenino (39,2 %); de los pacientes masculinos, 45 (76,2 %) eran mayores de 60 años, mientras que 28 mujeres rebasaron esta edad (73,6 %). No obstante, a pesar del franco predominio de los pacientes de la tercera edad, 24 tenían menos de 60 años (24,7 %), lo que habla a favor de un

frecuencia importante de IAM en pacientes relativamente jóvenes. En el sexo femenino, se informan menos casos a edades tempranas y aumenta en edades avanzadas; muchos autores plantean que las afecciones cardiovasculares son más frecuentes después de los 50 años, con pocas diferencias respecto al sexo; esto se debe al daño vascular que imponen los factores de riesgo con el paso del tiempo, unido al proceso de aterosclerosis que se produce lentamente.^{6,7} Además, con relación a este factor, puede haber una equiparación del riesgo en las mujeres con respecto a los hombres, una vez que ellas pierden la protección estrogénica.

Los factores de riesgo principales fueron la hipertensión arterial, presente en 35 pacientes, y la diabetes mellitus (DM) en 27 (27,8 %); la hipercolesterolemia y el tabaquismo tuvieron una frecuencia mucho menor: 18 (18,6 %) y 10 (10,3 %), respectivamente. Estos resultados se corresponden con la relación, ya demostrada, entre la DM, la HTA y el incremento del riesgo vascular.³

En cuanto a la forma de presentación, la más frecuente fue la dolorosa precordial en 42 pacientes (43,3 %), seguida de las arritmias en 25 (25,8 %); la insuficiencia cardíaca la padecieron 18 pacientes (18,6 %)⁹ y 11 tuvieron otras formas de presentación (11,4 %), como síntomas vagales y síncope. Llama la atención que este se presentó sin dolor en un número considerable de pacientes, lo que puede estar relacionado con la edad avanzada y la presencia de un número importante de diabéticos, pues estas dos condiciones favorecen que el dolor se encuentre disminuido o ausente.¹ Por otra parte, el síncope y el ataque transitorio de isquemia pueden ser expresión del IAM, sobre todo cuando existen arritmias.

Entre las complicaciones eléctricas, se ubicaron, en primer lugar, las arritmias ventriculares, con un total de 44 pacientes (45,4 %); de estos, 25 sufrieron un IAM de cara anterior. En segundo lugar, el bloqueo de rama izquierda del haz de His en 21 pacientes (21,6 %), y en tercer lugar, el bloqueo auriculoventricular de primer grado en 16 (16,5 %); la taquicardia y la fibrilación auriculares fueron menos frecuentes y estuvieron presentes en nueve y siete pacientes, respectivamente.

En cuanto a las complicaciones mecánicas, el primer lugar lo ocupó el fallo de bomba Killip II, con 63 pacientes (64,9 %), de los cuales 38 presentaron una localización en la cara anterior; otros cinco pacientes tuvieron fallo de bomba Killip III (5,2 %), y de ellos, en tres se localizó en la cara anterior. La alta frecuencia con que se encontró el fallo de bomba es la expresión de la pérdida de capacidad contráctil del miocardio isquémico o necrótico.^{8,9}

Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina, por lo que es de esperar que el incremento de la enfermedad coronaria continúe, independientemente del control de otros factores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kristian Thygesen JS, Alpert Harvey D, White Allan S, Jaffe Maarten L, Simoons B. Universal Definition of Myocardial Infarction . Rev Esp Cardiol. 2013;(66):132-8.
2. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, *et al.* Heart disease and stroke statistics 2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012;125:2-20.
3. Borrero Sánchez J, Céspedes Miranda EM, Peña Sánchez M, Suárez Castillo N, Olivero Betancourt RA. Mecanismos moleculares implicados en las enfermedades cardiovasculares aterotrombóticas. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 10 ene. 2013];28(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 (Edición Especial). Mortalidad [internet]. La Habana: MINSAP; 2012 [citado 6 dic. 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>
5. Martínez Espinosa C. Tratamiento trombolítico del infarto agudo del miocardio. En: Caballero López A. Terapia intensiva. Vol. 2. 2da. ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 828-37.
6. Palma López ME, Pérez Caballero MD, Oliva Pérez M, Fernández- Britto Rodríguez JE. La

presión del pulso en pacientes con infarto agudo del miocardio. Rev Cubana Med [internet]. 2011 ene.-mar [citado 21 nov. 2012]; 50(1):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Classen M, Sybrandy KC, Appelman YE, Asselbergs FN. Gender gap in acute coronary heart disease: Myth or reality? World J Cardiol. 2012;4:36-47.
8. Jiménez- Navarro MF, González FJ, Caballero Borrego J. La extensión de la enfermedad coronaria determina la movilización de las células progenitoras endoteliales tras un primer infarto agudo del miocardio con elevación del ST. Rev Esp Cardiol. 2011;64:1123-9.
9. Brouwer MA, Kievit PC, Dieker H. Sustained coronary patency after fibrinolytic therapy as independent predictor of 10 year cardiac survival. Observations from the APRICOT trial. Am Heart J. 2008;155:1039-46.

Recibido: 9 de enero de 2014

Aprobado: 16 de febrero de 2014

MSc. Dr. Reinaldo Gómez Pacheco. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. UCM-VC. Hospital Universitario Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: procesomfr@capiro.vcl.sld.cu