

**POLICLÍNICO
“CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO
MIOCÁRDICO AGUDO PERTENECIENTES A UN ÁREA DE SALUD.**

Por:

Dr. Alberto Morales Salinas¹, Dr. Carlos Díaz Fernández², Dr. Héctor García Jacobino³, Dr. CM. Carlos Martínez Espinosa⁴ y Dr. Guillermo Alberto Pérez Fernández¹

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Diplomado en Cardiología..
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Cardiología. Instructor. ISCM-VC.
4. Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Titular. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a 34 pacientes pertenecientes al Policlínico “Chiqui Gómez Lubián” de Santa Clara, egresados de las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales Universitarios “Celestino Hernández Robau” y “Arnaldo Milián Castro” con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio, entre el primero de enero y el 31 de diciembre del año 2001, con el propósito de caracterizar a dichos pacientes de acuerdo con algunas variables epidemiológicas importantes. La información se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas hospitalarias y entrevistas a los pacientes, familiares y personal de salud. Los resultados de la casuística fueron semejantes al comportamiento epidemiológico de la enfermedad, en cuanto a edad, sexo e incidencia de hipertensión arterial, tabaquismo y diabetes mellitus; sin embargo, se encontraron bajas tasas de dislipoproteinemias. Se destacó la hipertensión arterial, no sólo como factor de riesgo coronario, sino también como factor precipitante de la necrosis miocárdica aguda de origen isquémico; además, casi la mitad de los pacientes refirieron angina en los siete días previos al infarto como síntoma prodrómico. Es necesario insistir en el control de la presión arterial de los hipertensos y reservar la indicación del colesterol total fundamentalmente para los pacientes en edades de 35 a 75 años, que son los de mayor riesgo coronario.

Descriptores DeCS:

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
FACTOR DE RIESGO
HIPERTENSION

Subject headings:

ACUTE MYOCARDIAL INFARCT
RISK FACTOR
HYPERTENSION

Introducción

La provincia de Villa Clara, durante 1999, mantuvo tasas muy altas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (171,24/100 000 habitantes); en el 2000 la tasa descendió a 139,7/100 000 habitantes, y la letalidad prehospitalaria representó 49,2 % y 45,7 % en esos años respectivamente^{1,2}. Entre las enfermedades isquémicas del corazón, el infarto agudo de miocardio (IAM) es el responsable del mayor número de fallecimientos. Más de la mitad de las muertes por IAM se produce en las primeras dos horas y ocurre por fibrilación ventricular primaria³. Todo lo

anterior demuestra evidentemente que un gran porcentaje de muertes ocurren antes de que el paciente entre en contacto con el hospital.

Se han trazado numerosas estrategias que van desde programas de prevención de la cardiopatía isquémica (CI), hasta la dedicación de cuantiosos recursos para el tratamiento de las formas más graves de la misma. Sin embargo, mientras la mortalidad nosocomial ha presentado una importante reducción en los últimos años, la letalidad total por IAM ha experimentado escasas modificaciones a expensas de la elevada e inaceptable mortalidad prehospitalaria, según datos aportados por el Grupo Provincial de Cardiología.

Disminuir la misma constituye uno de los principales desafíos a que se enfrenta el médico emergencista en la atención primaria de salud (APS). Para ello debe poseer un conocimiento preciso, no sólo de las diferentes formas clínicas de presentación del IAM, sino también de los principales factores epidemiológicos que influyen en su aparición, con el objetivo de agilizar el diagnóstico y la consecuente reducción del tiempo "dolor-puerta", ya que la probabilidad de sobrevivir disminuye por cada hora de IAM que transcurre en las primeras 24 horas. Todo lo anterior ha motivado este trabajo, que pretende describir el perfil demográfico: los principales factores de riesgo coronario y precipitantes, así como la presencia de angina preinfarto en los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, incluidos en la investigación.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo acerca de las características epidemiológicas del total de infartados (38) pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián" de Santa Clara, Villa Clara, egresados de las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales Universitarios "Celestino Hernández Robau" y "Arnaldo Milián Castro" con el diagnóstico de dicha enfermedad coronaria, en el período comprendido entre el primero de enero al 31 de diciembre de 2001. Se tomaron como criterios de exclusión los pacientes que no pudieron aportar los datos necesarios para la investigación en el interrogatorio, historia clínica hospitalaria o en uno de ellos. La muestra se define de forma convencional por los 34 pacientes que reunían los requisitos antes señalados.

Para la recogida de la información se confeccionó un formulario con las variables de interés recogidas por el autor y personal médico entrenado, con posterioridad al ingreso del paciente en dichos hospitales: Factores de riesgo coronario (FRC), factores precipitantes al infarto y presencia de angina preinfarto:

- Factores de riesgo coronario (FRC): Se definen como aquellos factores o signos que el paciente refiera que le han sido diagnosticados previamente por su médico de atención, entre los que pueden considerarse: hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo y diabetes mellitus.
- Factores precipitantes al infarto: Se consideran aquellos que puedan asociarse, según los datos del interrogatorio, a la enfermedad que se estudia. Dentro de los que se toman: esfuerzo físico y crisis hipertensiva, o uno de ellos.
- Presencia de angina preinfarto: Cuando el paciente refiera haber presentado un cuadro de dolor, opresión o molestia torácica en reposo, en los siete días previos al infarto.

Los datos fueron computadorizados y se determinaron frecuencias absolutas (números de pacientes) y relativas (porcentajes); además, se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar diferencias significativas. De acuerdo con el valor de significación asociada (p) se clasificó la diferencia o asociación en: Muy significativa ($p < 0,01$; significativa ($p > 0,01$ y $< 0,05$ y no significativa ($p > 0,05$).

Resultados

En la tabla 1 se distribuyeron los pacientes según edad y sexo. Existió mayor frecuencia del sexo masculino (70,6 %) y del grupo de edad de 50 a 64 años (52,9 %). Se observaron predominios

significativos por edad y sexo al aplicar la prueba de hipótesis entre proporciones, con una teórica de igualdad entre ellos ($p < 0,05$).

Tabla 1 Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
35 – 49	6	25,0	0	0,0	6	17,7
50 – 64	10	41,7	8	80,0	18	52,9
65 ó más	8	33,3	2	20,0	10	29,4
TOTAL	24	100	10	100	34	100

Sexo: $\chi^2 = 4,35$ $p = 0,037$ Edad: $\chi^2 = 4,28$ $p = 0,038$

En la tabla 2 se halló predominio de los pacientes con hábito de fumar (tabaquismo) y que padecían de hipertensión arterial (58,8 %) en cada caso; además 23,5 % eran diabéticos y sólo 8,8 % de los pacientes estudiados carecían de factores de riesgo coronario. De los pacientes estudiados, 91,2 % tenía factores de riesgo, lo que denota un predominio altamente significativo ($\chi^2 = 17,99$ $p < 0,001$).

Tabla 2 Distribución de los pacientes según los principales factores de riesgo coronario.

Factores de riesgo	No.	%
Hipertensión arterial	20	58,8
Tabaquismo	20	58,8
Diabetes mellitus	8	23,5
Dislipidemia	4	11,8
Ninguno	3	8,8

$\chi^2 = 17,99$ $p = 0,000$

Los factores precipitantes (FP) encontrados en los pacientes (tabla 3) en orden decreciente fueron: la crisis hipertensiva (35,3 %), el esfuerzo físico intenso unido a la crisis hipertensiva que alcanzó 17,6 %, y el esfuerzo físico intenso como único aspecto, con 11,8 %. De los 22 pacientes con factores precipitantes, 18 (81,8 %) refirieron crisis hipertensiva, resultado altamente significativo ($p < 0,01$). Se debe destacar que en un porcentaje considerable (35,3 %), pero no estadísticamente significativo ($p > 0,05$), no existieron factores precipitantes.

Tabla 3 Distribución de pacientes según factores precipitantes y de angina preinfarto.

Aspecto a valorar	Total	
	No.	%
- Factores precipitantes (FP):		
Esfuerzo físico intenso	4	11,8
Crisis hipertensiva	12	35,3
Ambos	6	17,6
- Sin factores precipitantes	12	35,3
- Angina preinfarto	16	47,0

$\chi^2 = 7,40$ $p = 0,006$ (Crisis hipertensiva), $\chi^2 = 4,28$ $p = 0,137$ (Ninguno)

Discusión

Se ha demostrado que las tasas de incidencia por IAM son de 2 a 7 veces más altas en los hombres que en las mujeres, en dependencia de los países⁴. La inexistencia de pacientes femeninos en el grupo de 35 a 49 años en el estudio se relaciona con que en las mujeres se presenta esta enfermedad aproximadamente de 7 a 10 años más tarde que en los hombres⁴, debido al efecto "protector" del estrógeno sobre el miocardio.

Una serie de reconocidos factores de riesgo cardiovasculares están implicados en la patogenia del síndrome coronario agudo, y se destaca en primer lugar la hipertensión arterial en un porcentaje más trascendental, como ocurrió en nuestro caso. Sin embargo, otros no menos importantes y que pueden asociarse, y multiplicar así el riesgo de cardiopatía isquémica, son: el tabaquismo, la diabetes mellitus y la dislipidemia. En nuestra casuística llamó la atención la baja prevalencia de este último factor con respecto a otros estudios⁵. A pesar de que no es una muestra representativa de la enfermedad, estas bajas tasas de dislipidemia pueden deberse a la no realización sistemática del examen de colesterol total en la atención primaria por la escasez de reactivo, como consecuencia de las dificultades económicas por las que atraviesa en la actualidad el país.

En cuanto a la detección de dislipidemia, se recomienda practicar una determinación de colesterol total sérico, al menos una vez en los varones antes de los 35 años y en las mujeres antes de los 45; después se determinará cada 5-6 años hasta los 75 años. En los mayores de esa edad se realizará una determinación, si no se había practicado ninguna con anterioridad⁶. Ello puede contribuir a una mejor planificación en la indicación del colesterol total en la APS.

La hipertensión arterial se asocia no sólo con un aumento del riesgo de presentar un IAM, sino también con el desarrollo de la insuficiencia cardíaca congestiva, lo que aumenta las complicaciones y la mortalidad en los pacientes con IAM. Asimismo, de los resultados de diversos ensayos clínicos se deduce que la reducción de 5-6 mmHg de la presión diastólica está asociada a una reducción del 16 % en el riesgo de CI⁷. Estudios recientes muestran cómo en personas mayores de 50 años, la tensión sistólica por encima de 140 mmHg es un factor de riesgo cardiovascular mucho más importante que la presión diastólica⁸; además, el riesgo comienza en 115/75 mmHg y se duplica en cada incremento de 20/10 mmHg⁹. Es por ello que el dominio de las principales recomendaciones del VII Informe de la Joint National Committee¹⁰ y el cumplimiento de lo establecido en el Programa Nacional de HTA¹¹ en el ámbito de la atención primaria, tienen una vital importancia en la disminución de la letalidad por infarto.

El tabaquismo es la principal causa de morbilidad y mortalidad prematuras y prevenibles en cualquier país desarrollado⁶; además, se relaciona con el aumento del riesgo del IAM de dos a cuatro veces en los que tienen este hábito con respecto a los no fumadores. Un dato muy alentador es que dejar de fumar produce una reducción del riesgo de mortalidad por CI del 50 % al año, y se alcanzan los niveles de los que nunca han fumado a los diez años de abandonar el hábito, aproximadamente. En los pacientes que han sufrido un IAM esta reducción es más rápida, de forma que a los tres años de abandonar el hábito, el riesgo de algún acontecimiento coronario se reduce al mismo nivel que los pacientes con IAM que nunca han fumado¹².

Algunos autores comparan la diabetes mellitus con la prevención secundaria, y suele asociarse a otros factores, como la HTA¹³, la hipertrigliceridemia, la baja concentración de HDL y la obesidad central.

La presencia de crisis hipertensiva, como factor precipitante de un IAM, puede considerarse como emergencia hipertensiva, al existir un daño agudo en órgano diana, por lo que resulta vital en la asistencia médica de estos pacientes evitar una disminución brusca de la tensión arterial, ya que podría incrementar la isquemia miocárdica.

La angina preinfarto que estuvo presente en 47% de los pacientes, ha sido un marcador de buen pronóstico en la mortalidad a corto plazo, y ello se debe al fenómeno de preacondicionamiento isquémico, donde el miocardio, sometido a uno o más episodios de isquemia de corta duración (1-60 segundos), desarrolla una protección por adaptación metabólica; así, un nuevo episodio provoca una respuesta más eficiente del miocardio, con menor isquemia y extensión del infarto miocárdico, lo cual mejora la función ventricular en la fase aguda¹⁴.

Según lo planteado, es incuestionable la importancia de un adecuado conocimiento y control de los factores que influyen en el riesgo de presentar y desarrollar un infarto agudo de miocardio, fundamentalmente insistir en el control de la presión arterial en los hipertensos y reservar la

indicación de colesterol principalmente a los pacientes con riesgo de IAM, para así planificar mejor los recursos y, por consiguiente, lograr un mayor ahorro económico.

Summary

A descriptive prospective study carried out in 34 patients of "Chiqui Gómez Lubián" polyclinic that came from intensive care units at University Hospitals "Celestino Hernández Robau" and "Arnaldo Milián Castro", diagnosed with acute myocardial infarction. The study was carried out from January 1st to December 31st, 2001 and was aimed at characterizing these patients according to some epidemiological variables. Information was gathered through a review of clinical histories and interviews to patients, relatives and health personnel. Casuistry results were similar to the epidemiological behaviour of the disease in terms of age, sex and incidence hypertension, smoking and diabetes mellitus. However, low rates of dislipoproteinemias were found. Hypertension was significant not only as a coronary risk factor but also as a factor that precipitates acute myocardial necrosis with ischemic origin, besides, almost half of the patients referred angina as a prodromic symptom seven days before infarction. It is necessary to insist in control of blood pressure in the hypertensive and reserve total cholesterol indication mainly for patients from 35 to 75 years old that have the highest coronary risk.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de estadísticas. Anuario estadístico. La Habana; MINSAP; 1999.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de estadísticas. Anuario estadístico. La Habana; MINSAP; 2000.
3. Gomis R, Céspedes LA, Castañer JF. Infarto agudo de miocardio. En: Álvarez R. Temas de medicina general integral vol 2. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 546-56.
4. Tunstall-Pedoe H, Kuulasma K, Mahonen R, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. For the Who Monica Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 year results from 37 Who Monica Project populations. Lancet 1999;353(9126):1547-57.
5. Velasco JA, Llargoés E, Fitó R, Sala J, Río A. Prevalencia de los factores de riesgo y tratamiento farmacológico al alta hospitalaria en el paciente coronario. Programa 3C. Rev Esp Cardiol 2001;54(7):154-68.
6. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. Atenc Primaria 2001;28:13-26.
7. World Health Organization. International Society of hypertension: guidelines for the management of hypertension. J Hypertens 1999;17(2):151-83.
8. Izzo JL, Levy D, Black HR. Clinical advisory statement: importance of the systolic blood pressure in older Americans. Hypertension 2000; 35:1021-4.
9. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. Lancet 2002;360:1903-13.
10. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Green L, Izzo J, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-72.
11. Macías I, Cordies L, Landrove O, Pérez D, Vázquez A, Alfonso J. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(1):46-87.
12. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease. Results from the CASS registry. N Engl J Med 1988;319(11):1365-9.
13. Roca R, Smith VV, Paz E, Losada J, Serret B, Llamas N, et al. Cardiopatía isquémica. En: Temas de medicina interna vol 1. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 392-418.

14. Iglesias I, Ibarietxe MS, Fernández SD, Garroto C, Fernández FC. Influencia de la angina preinfarto en la mortalidad a medio plazo tras infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol 2000;53(10):1329-34.