

## HOSPITAL GENERAL DE GÜINES

Estudio de pacientes ingresados por infarto cardiaco. 1072—1070

Por los Dres.:

WAHSAN LENG DÍAZ\*, FERNANDO VIRELLES SERRANO<sup>4</sup>, ALBERTO  
ROJAS PEREZ<sup>5</sup>. ISABEL FERNANDEZ CASTRO<sup>\*\*\*</sup>, ELIO GARRIDO  
ALVAREZ<sup>6</sup> y ADELFA SARDINAS BENAVIDES

Leng Díaz, W. y otros. Estudio de pacientes ingresados por infarto cardiaco. 1972-1976.  
Rev Cub Med (Supl.) 21: 2, 1982.

Se realiza un análisis de los pacientes ingresados en el Hospital General de Güines con el diagnóstico de infarto del miocardio en los años comprendidos entre 1972 y 1976. Se estudian distintos aspectos de las historias clínicas\* revisadas, tales como: total de pacientes egresados vivos y fallecidos; edad; sexo; raza; ocupación laboral; hábito de fumar; antecedentes de dolor anginoso; antecedentes de infarto; cifras elevadas de glicemia sin antecedentes de diabetes; empleo de anticoagulantes; localización del infarto; resultado de la transaminasa glutámicoalacética; enfermedades asociadas; complicaciones; y promedio de estadía. Se comparan los datos obtenidos con estudios realizados en nuestro país y en el extranjero.

### INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo hacer un análisis estadístico de los pacientes ingresados por infarto cardiaco en el Hospital General de Güines durante los años comprendidos entre 1972 y 1976.

---

<sup>4</sup> Especialista de I grado en medicina interna.

<sup>5</sup> Médico posgraduado.

Director del hospital.

<sup>6</sup> Médico general.

Es de todos conocido que la primera causa de muerte en el mundo es la ocasionada por las afecciones cardiovasculares, y dentro de éstas, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar

La incidencia de infarto cardíaco informada en Cuba es de 1,28 x 1 000 habitantes<sup>5</sup>. Hay autores extranjeros que señalan una incidencia entre 4,2 y 8,4 x año<sup>6</sup>.

En Cuba se señala que el 24,2% del total de todas las defunciones se debe a enfermedades del corazón; la cardiopatía isquémica constituye el 78,3% de éstas<sup>7</sup>. Otros autores informan una letalidad por cardiopatías isquémicas en Cuba del 65,9%<sup>5</sup>.

En el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular se han realizado varios trabajos para investigar la prevalencia de cardiopatía isquémica y se han encontrado cifras de 46,6 x 1 000 del total de la muestra que fue de 4 200 encuestados (población mayor de 15 años).

En la década pasada la mortalidad por infarto agudo del miocardio oscilaba entre el 30% y el 40%.

#### MATERIAL Y METODO

Durante los años 1972 al 1976 ingresaron en el servicio de medicina del Hospital General de Güines, 5 172 pacientes, de los cuales, a 143 se les diagnosticó infarto cardíaco. Esta cifra constituye el 2,7% del total de los pacientes ingresados (gráfico 1 y cuadro I).

Los criterios que se siguieron para el diagnóstico de infarto cardíaco, además del cuadro clínico, fueron: el electrocardiograma y las cifras de transaminasa glutami- coxalacética.

En las 143 historias clínicas revisadas se analizaron los siguientes datos: egresados vivos y fallecidos; edad; sexo; raza; ocupación laboral; hábito de fumar; antecedentes de dolor anginoso; antecedentes de infarto; cifras elevadas de glicemia sin antecedentes diabéticos; empleo de anticoagulantes; localización del infarto; cifras de transaminasa glutamicoxalacética; enfermedades asociadas; complicaciones; y promedio de estadía.

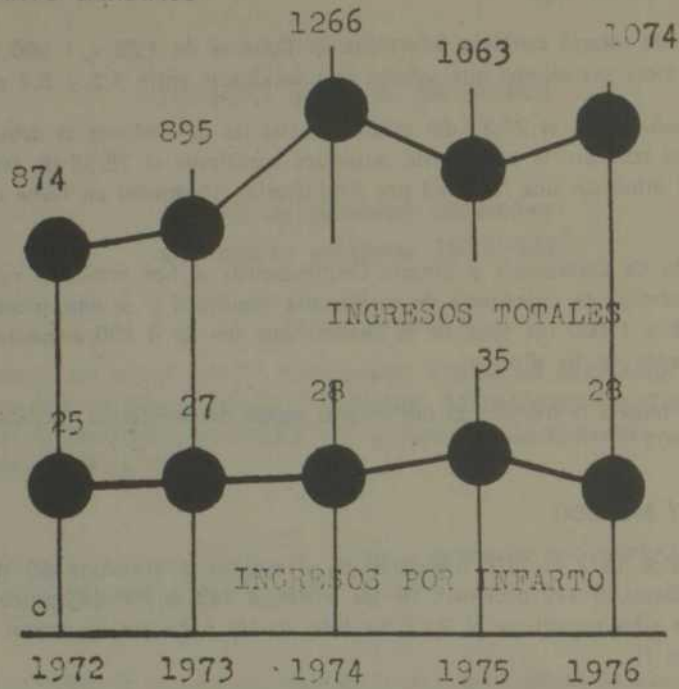
Se comparan estos datos con los informados en la literatura médica.

#### RESULTADOS

##### Egresados vivos y fallecidos

Del total de 143 pacientes, egresaron vivos 96, lo cual constituye el 67,0%; fallecieron 47 para un porcentaje de 32,9% (gráfico 2 y cuadro II).

**GRAFICO 1**  
**INGRESADOS EN SALAS DE MEDICINA**  
**POR INFARTO CARDIACO**

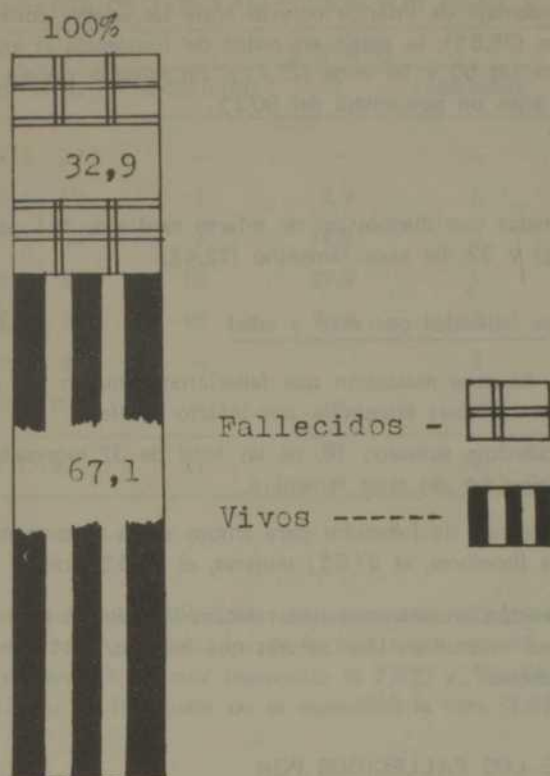


Porcentaje: 2,7% del total.

**CUADRO I**  
**INGRESADOS EN SALAS DE MEDICINA**  
**POR INFARTO CARDIACO**

AÑOS	INGRESOS	
	TOTAL	POR INFARTO
1972	874	25
1973	895	27
1974	1 266	28
1975	1 063	35
1976	1 074	28
<b>TOTAL</b>	<b>5 172</b>	<b>143</b>

GRAFICO 2  
EGRESADOS VIVOS Y FALLECIDOS



CUADRO II  
EGRESADOS VIVOS Y FALLECIDOS

CONCEPTO	PACIENTES	%
Vivos	96	67,1
Fallecidos	47	32,9
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>

### Edad

El mayor porcentaje de infartos ocurrió entre las edades comprendidas entre los 60 y 69 años (35,6%); le siguió en orden de frecuencia el grupo de edad comprendido entre los 50 y 59 años (21,7%). En nuestro trabajo encontramos entre los 40 y 79 años un porcentaje del 90,2%.

### Sexo

Fueron ingresados con diagnóstico de infarto cardíaco, 111 pacientes del sexo masculino (77,6%) y 32 del sexo femenino (22,4%).

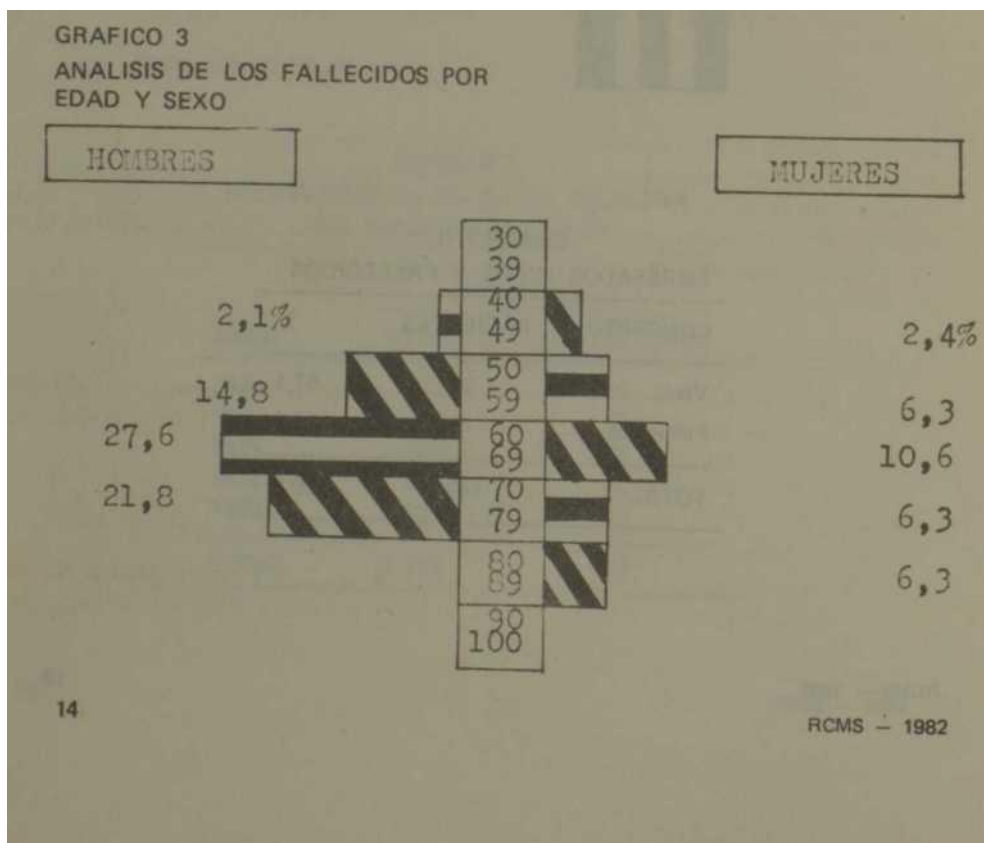
### Análisis de los fallecidos por sexo y edad

Los pacientes del sexo masculino que fallecieron sumaron 31, cifra que constituye el 27,9% de los hombres ingresados por infarto cardíaco.

Las mujeres fallecidas sumaron 16, de un total de 32 ingresadas, lo que constituye el 50,0% de fallecidas del sexo femenino.

El mayor porcentaje de fallecidos para ambos sexos encontramos que tenían entre 60 y 69 años (hombres, el 27,6%; mujeres, el 10,6% (gráfico 3 y cuadro III).

En nuestra revisión encontramos una relación de fallecidos de 2:1 con predominio de los del sexo masculino. Hay autores que informan 3:1 con predominio de los del sexo masculino<sup>9</sup>.



**CUADRO III**  
**ANALISIS DE LOS FALLECIDOS POR EDAD Y SEXO**

EDAD (AÑOS)	S E X O			
	MASCULINO	%	FEMENINO	%
30 a 39	—	—	—	—
40 a 49	1	2,1	2	4,2
50 a 59	7	14,8	3	6,3
60 a 69	13	27,6	5	10,6
70 a 79	10	21,8	3	6,3
80 a 89	—	—	3	6,3
90 a 100	—	—	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>		<b>16</b>	<b>100,0</b>

#### Raza

El mayor número correspondió a la raza blanca con 122 pacientes (85,5%); le siguieron en orden de frecuencia: los de la raza negra con 15 paciente\* (10,5%); los mestizos sumaron 3, lo cual representa el 2,0%; y, por último, se encontraron 3 historias clínicas en las cuales no se especificó la raza (2,0%).

#### Ocupación laboral

En primer lugar se encontraron los jubilados para un porcentaje del 34,8%. Le siguieron en orden de frecuencia las amas de cata y los obreros agrícolas con un porcentaje de 13,3% cada uno: obreros manuales (11,1%); choferas (6,3%); dirigentes (2,7%); técnicos (1,4%); oficinistas (0,6%); reclusos (0,6%); desocupados (2,0%); y no se especificó el tipo de trabajo en 20 (13,9%).

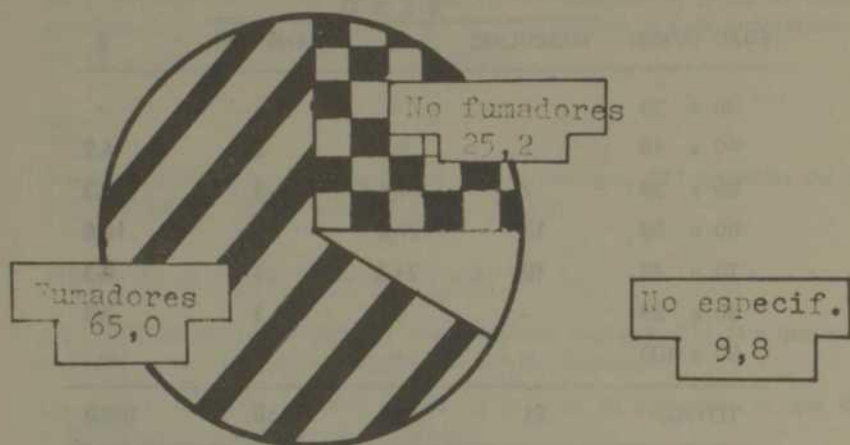
#### Hábito de fumar

En el análisis encontramos 93 pacientes que tenían el hábito de fumar (65,0%); no fumaban 36 pacientes (25,2%); y no se especificó en 14 pacientes (9,8%) tarifico 4 y cuadro IV).

#### Antecedentes de dolor anginoso

El dolor anginoso lo presentaron 79 pacientes (55,2%); y no lo referían 58, para un porcentaje del 40,6%. No se especificó en la historia clínica de 6 pacientes (4,2%).

GRAFICO 4  
HABITO DE FUMAR



CUADRO IV  
HABITO DE FUMAR

CONCEPTO	PACIENTES	%
Fumadores	93	65,0
No fumadores	36	25,2
No especifican	14	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>

Antecedentes de infarto

Con este antecedente encontramos 20 pacientes y en uno se trataba del tercer infarto. El porcentaje fue del 14,0% del total de los enfermos estudiados.

Si relacionemos este dato con la forma de egreso, encontramos que 11 pacientes (55,0%) egresaron vivos y 9 (45,0%) fallecieron.

Cifras elevadas de glicemia sin antecedentes de diabetes mellitus

Se ha señalado la relación entre hiperglicemia e infarto cardíaco

En nuestra revisión encontramos 8 pacientes (5,6%) con cifras elevadas de glicemia, sin diagnóstico previo de diabetes mellitus.

Se utilizaron anticoagulantes en 38 pacientes, o sea, en el 26,6% de los ingresados. No se utilizó el medicamento en 105 pacientes (73,4%).

De los enfermos que utilizaron anticoagulantes, 26 (68,5%) egresaron vivos y fallecieron 12 (31,5%).

La evolución en los pacientes en quienes no se utilizó el anticoagulante fue la siguiente: egresaron vivos 70, para un porcentaje del 66,6%; y fallecieron 35 para un porcentaje del 33,4%.

No utilizamos antiagregantes plaquetarios en los pacientes egresados (gráfico 5 y cuadro V).

#### Localización del infarto

La localización más frecuente fue la de cara posterior con 58 pacientes (40,8%). Le siguió en orden de frecuencia la anteroseptal con 33 (22,2%). El infarto anterior extenso se encontró en 20 pacientes (13,9%); el de cara lateral en 12 (8,4%); el anterolateral en 8 (6,0%); en cara anterior en 6 (4,2%); el infarto posteroseptal en 1 paciente (1,0%); y por último no se obtuvo comprobación electrocardiográfica en 5 pacientes en quienes el diagnóstico se estableció desde el punto de vista clinicohumoral.

#### Transaminasa glutamicoxalacética

Esta investigación se realizó el día del ingreso a 95 pacientes (66,5%) y no se realizó en 48 (33,5%).

Se encontraron cifras elevadas en 75 pacientes; o sea, en el 52,6%; y se encontraron cifras normales en 20 (13,9%).

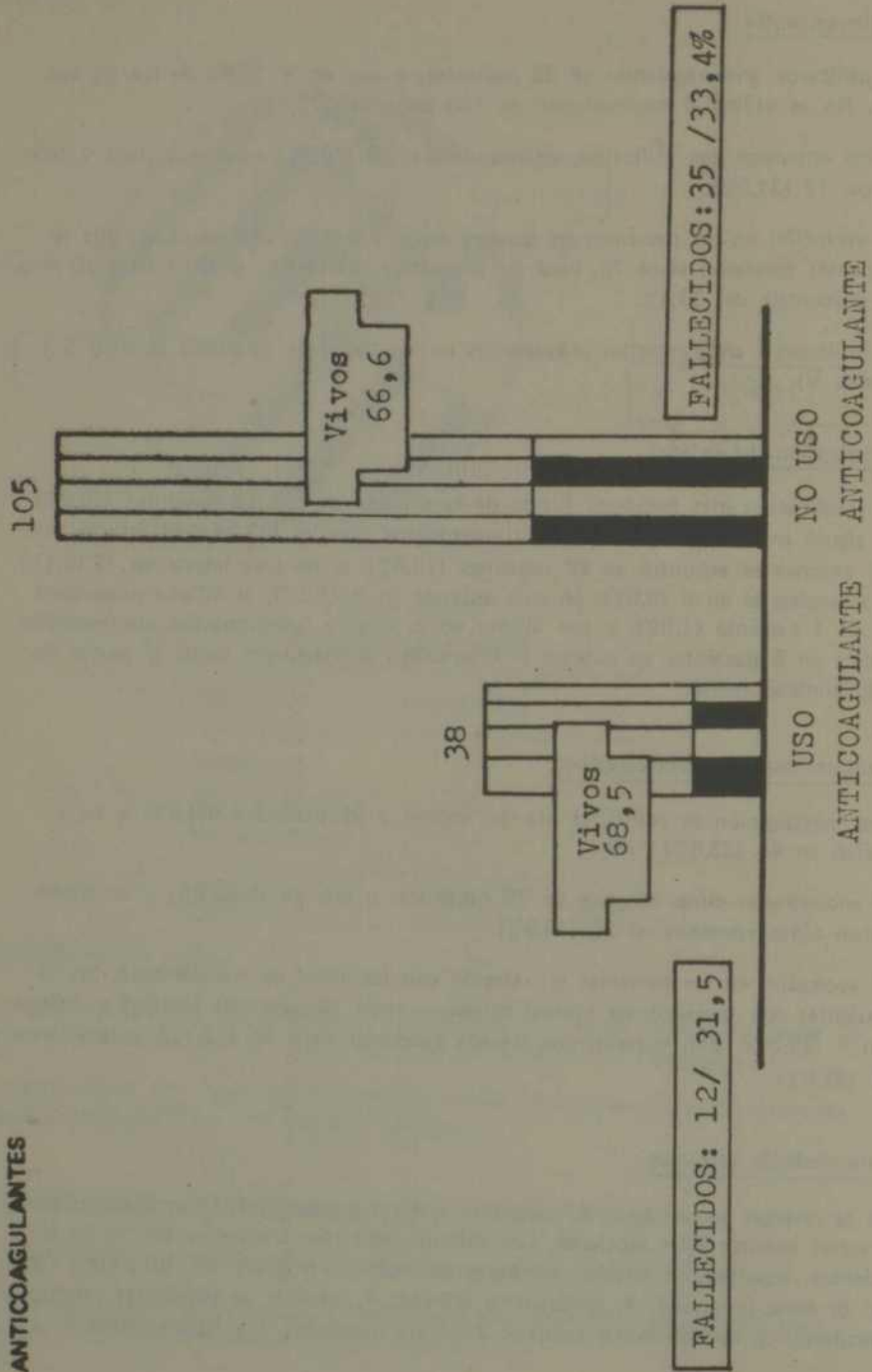
La evolución en los pacientes en relación con las cifras de transaminasa, fue la siguiente: con transaminasa normal egresaron vivos 16 pacientes (80,0%) y fallecieron 4 (20,0%). Con transaminasa elevada egresaron vivos 54 (72,1%) y fallecieron 21 (27,9%).

#### Enfermedades asociadas

En la revisión encontramos 82 pacientes que presentaban infarto cardíaco con una o varias enfermedades asociadas. Las enfermedades más frecuentes fueron las siguientes: hipertensión arterial: 46 pacientes; diabetes mellitus: 21; bronquitis crónica: 8; asma bronquial: 4; pielonefritis crónica: 4; secuelas de accidentes cerebrovasculares: 3; cor pulmonar crónico: 3; úlcera duodenal: 3 y litiasis renal: 3.



18 **GRAFICO 5**  
**ANTICOAGULANTES**



ANTICOAGULANTES	PACIENTES	%	NO ANTICOAGULANTES	PACIENTES	%
Vivos	26	68,5	Vivos	70	66,6
Fallecidos	12	31,5	Fallecidos	35	33,4
<b>TOTALES</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>TOTALES</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

#### Complicaciones del infarto cardíaco

Se analizaron las principales complicaciones del infarto cardíaco (trastornos del ritmo cardíaco, circulatorios, complicaciones embóticas y otras complicaciones).

Trastornos del ritmo cardíaco: se presentaron en 76 paciente\*. Los extrasístoles ventriculares se presentaron en 20 pacientes; la arritmia más frecuentemente encontrada fueron los extrasístoles auriculares; les siguieron en orden de frecuencia (16 pacientes): fibrilación auricular en 15; taquicardia auricular en 10; bradicardia sinusal en 5; los bloqueos auriculoventriculares de distinto grado en 10 pacientes; el bloqueo de rama derecha en 8; y el bloqueo de rama izquierda en 6 enfermos (cuadro VI).

TRASTORNOS DEL RITMO	PACIENTES 76
Extrasístoles ventriculares	20
Extrasístoles auriculares	16
Fibrilación auricular	15
Taquicardia auricular	10
Bradicardia sinusal	5
Bloqueo AV (primer grado)	5
Bloqueo AV (segundo grado)	2
Bloqueo AV (tercer grado)	3
Bloqueo de rama derecha	8
Bloqueo de rama izquierda	6
Ritmo nodal superior	2
Bradiarritmia	1

Trastorno\* circulatorio«: se encontraron en 66 pactantes. El *shock* se presentó en 22 enfermos, ei cual constituyó la complicación circulatoria más frecuente; de estos enfermos, 10 egresaron vivos, y 12 fallecieron. La complicación que siguió en orden de frecuencia fue el edema agudo del pulmón, el cual se presentó en 19 pacientes, de lo\* cuales, 9 egresaron vivos y fallecieron 10. La insuficiencia cardíca global ocupó el tercer lugar con 11 pacientes, egresaron vivos 5, y fallecieron 6. La muerte súbita constituyó otra de las complicaciones, la cual se presentó en 8 pacientes (cuadro VII).

Complicaciones embólicas: la localización de las complicaciones embólicas fue la siguiente: en 6 fue pulmonar; en 5 fue cerebral; e intestinal en 1 (cuadro VIII).

Se encontraron otros tipos de complicaciones, tales como: bronconeumonía en 14 enfermos; trastornos mentales en 7; pericarditis en 1 paciente; y accidente vascu- larencéfíico trombótico en 1; el (leo paralitico se encontró en 1 paciente (cuadro IX).

CUADRO VII TRASTORNOS CIRCULATORIOS	
TRASTORNOS CIRCULATORIOS	PACIENTES 65
Shock	22
Insuficiencia ventricular izquierda	19
Insuficiencia cardíaca global	11
Muerte súbita	8
Ruptura de músculo papilar	2
Síndrome anginoso	2
Ruptura de tabique	1

CUADRO VIII COMPLICACIONES EMBOLICAS	
COMPLICACIONES EMBOLICAS	PACIENTES 9
Pulmonar	6
Cerebral	5
Intestino	1

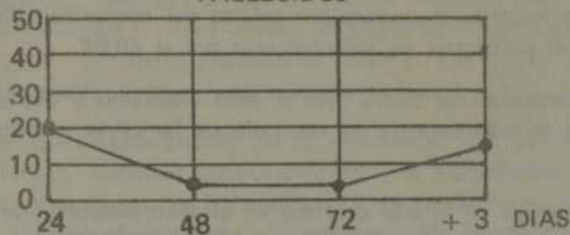
CUADRO IX  
OTRAS COMPLICACIONES

OTRAS COMPLICACIONES	PACIENTES
	24
Bronconeumonía	14
Cambios mentales	7
Pericarditis	1
Accidente vascular encefálico—trombótico	1
Ileo paralítico	1

Promedio de estadía

El promedio de estadía para los pacientes egresados vivos fue de 20 días. A las 24 horas, falleció el 40,0%; a las 48 horas, el 12,0%. Los fallecidos después de las 72 horas constituyeron un porcentaje del 36,0% (gráfico 10, cuadro X).

GRAFICO 10 PROMEDIO DE ESTADIA  
EGRESADOS VIVOS Y FALLECIDOS  
FALLECIDOS



CUADRO X  
PROMEDIO DE ESTADIA  
EGRESADOS VIVOS Y FALLECIDOS

CANTIDAD DE PACIENTES	FALLECIDOS	
	HORAS	%
19	24	40,0
6	48	12,0
6	72	21,0
16	+ 3 días	36,0
45	—	100,0
		Días

Promedio de estadía

Egresados vivos 20

## DISCUSION

Durante los años 1972 a 1976 ingresaron 143 pacientes con el diagnóstico de infarto cardíaco; egresaron vivos 96 (67,0%) y fallecieron 47 (32,9%).

En algunos centros hospitalarios se ha informado que las dos terceras partes de los pacientes que sufren infarto del miocardio, fallecen<sup>5</sup>. Hay hospitales en que se señalan cifras del 48,4% de fallecidos®. En algunas unidades de cuidados intensivos la mortalidad se redujo al 31,6%, y era el 51,0% antes de la creación de la unidad<sup>11</sup>; otros autores señalan el 47,1% de fallecidos en una clínica convencional; y mortalidad del 25,1% en los enfermos tratados en una unidad de cuidados coronarios<sup>13</sup>. Se señalan cifras del 13,4% de mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de nuestro país<sup>14</sup>; en otra se señalan cifras entre el 16% y el **20%**<sup>15</sup>.

Entre la 6ta. y 7ma. décadas de la vida ocurrió el mayor porcentaje de infartos (55,9%), lo cual coincide con cifras informadas en nuestro medio<sup>5,8,16</sup> y las de autores de otros países<sup>1,17,18</sup>.

El mayor porcentaje de infartos ocurre en pacientes entre los 40 y 70 años (90,0%)<sup>19,20</sup>.

En nuestro trabajo encontramos un porcentaje del 90,2% entre los de 40 y 79 años.

En relación con el sexo, encontramos una frecuencia del 77,6% para el sexo masculino y el 22,4% para el femenino.

De todos los hombres ingresados por infarto del miocardio falleció el 27,9%; de las mujeres, el porcentaje de fallecimientos fue el 50,0%.

Se señala mortalidad del 55,0% para el sexo masculino y 35,0% para el femenino®, lo cual es prácticamente lo contrario de las cifras encontradas en nuestro trabajo.

Las cifras elevadas de infarto cardíaco en el sexo masculino se relacionan directamente con el **stress**, tabaquismo, ocupación y modo de vida.

En relación con la ocupación laboral se encontraron en primer lugar los jubilados (34,8%), lo cual está de acuerdo con la edad.

La mortalidad del conjunto de fumadores de cigarrillos es del 30% al 80% más elevada que en el grupo de los pacientes que no fuman<sup>8</sup>.

Hay autores que informan el dolor anginoso y la falta de aire como los síntomas prodrómicos más frecuentes, tanto en el grupo de los pacientes vivos como en el de los fallecidos<sup>6</sup>.

Se informa el infarto cardíaco antiguo en el 15,4% de los pacientes, lo cual coincide con nuestro estudio<sup>5</sup>.

Se ha señalado la hiperglicemia en la evolución del infarto cardíaco en pacientes sin antecedentes de diabetes mellitus; en algunos constituye el inicio de esa enfermedad; en otros, una vez transcurrida la etapa aguda se normalizan las cifras de glicemia '.

RCMS - 1982

Se utilizaron anticoagulantes en el 26,6% de los pacientes ingresados; no se utilizó el medicamento en el 73,4%. En relación con el empleo de anticoagulantes queremos destacar que falleció el 31,6% de los pacientes tratados con anticoagulantes; y en el grupo de los que no se trataron con éstos, falleció el 33,4%, cifras que son muy similares.

No utilizamos antiagregantes plaquetarios en los pacientes que egresaron.

Algunos autores han informado que el infarto de pared anterior es 2 veces más frecuente que el infarto de cara posterior<sup>6</sup>; otros hallaron solamente el 13,6% en la localización posterior del infarto<sup>5</sup>; por último, otros autores informan que la localización anteroseptal es la más frecuente, siguiendo en orden de frecuencia la posteroinferior<sup>8</sup>.

En nuestro estudio la localización más frecuente fue la de cara posterior.

Se han informado cifras similares a las nuestras en cuanto a los resultados de la transaminasa<sup>8</sup>.

La hipertensión arterial es un factor importante de riesgo; se citan, además, la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, consumo de cigarrillos, peso excesivo, y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular iniciada antes de los 60 años de edad<sup>8</sup>.

La hipertensión arterial influye desfavorablemente en la evolución clínica del infarto agudo del miocardio<sup>21</sup>. Hay autores que señalan el 50,0% de pacientes hipertensos con infarto del miocardio<sup>1</sup>; otros señalan el 60,0% de hipertensos en infartos de evolución fatal<sup>22</sup>. El infarto cardíaco se presenta con mayor frecuencia, concomitando con hipertensión arterial que aisladamente.

En nuestro trabajo, la hipertensión arterial fue la enfermedad que con más frecuencia se asoció al infarto. Nosotros encontramos que los extrasístoles ventriculares fueron la arritmia más frecuente. La taquicardia ventricular es la complicación del infarto que se acompaña de mayor mortalidad<sup>9</sup>; los bloqueos auriculoventriculares de 2do. y 3er. grados; y la fibrilación auricular aguda son signos de mal pronóstico<sup>9</sup>.

Las complicaciones circulatorias más frecuentemente encontradas fueron el **shock** y el edema agudo del pulmón.

Hay autores que informan el 62,0% de los fallecimientos ocurridos en las primeras 24 horas<sup>9</sup>; otros, el 90,5% en las primeras 12 horas. Nosotros encontramos el 40,0% en las primeras 24 horas.

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes ingresados por infarto cardíaco constituyeron el 2,7% del total de todos los que ingresaron en cinco años.

2. La mortalidad fue del 32,9%.
3. Entre la 6ta. y 7ma. décadas de la vida ocurrió el mayor porcentaje de infartos (55,9%).
4. Se ingresaron 111 pacientes del sexo masculino (77,6%) y 32 del sexo femenino (22,4%).
5. El porcentaje de fallecidos para el sexo femenino es mayor que para el masculino.
6. El mayor número de pacientes ingresados correspondió a la raza blanca (85,5%); raza negra (10,5%); mestizos (2,0%). No se especificó la raza en el 2,0%, aunque hay que tener en cuenta la composición étnica de nuestro medio.
7. El mayor porcentaje de infartos correspondió a los jubilados (34,8%); les siguieron, en orden de frecuencia, las amas de casa y obreros agrícolas (13,3%), cada uno.
8. Los pacientes que tenían hábito de fumar sumaron el 65,0%; mientras que los no fumadores alcanzaron el 25,2% del porcentaje.
9. El 55,2% de los enfermos referían historia de dolor anginoso; el 40,6% no refirió dolor previo. No se especificó en la historia clínica en el 4,2% de los pacientes.
10. La hiperglicemia sin historia de diabetes mellitus se encontró en el 5,6% de todos los pacientes estudiados.
11. La proporción entre los pacientes vivos y fallecidos fue igual cuando se utilizó el anticoagulante, que cuando no se administró.
12. La localización más frecuente del infarto fue la cara posterior (40,8%); le siguió en orden de frecuencia la anteroseptal con el 22,2%.
13. Se encontraron cifras elevadas de transaminasa glutámicoalacética en el 52,6%; cifras normales en el 13,9%; y no se realizó el análisis en el 33,5%.
14. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las enfermedades asociadas más frecuentes.
15. La asociación de infarto cardíaco, diabetes mellitus e hipertensión arterial se encontró en el 5,5% de los pacientes estudiados.
16. Los trastornos del ritmo constituyen la principal complicación, y entre éstos, los extrasístoles ventriculares y auriculares. Los trastornos circulatorios ocuparon el segundo lugar, predominando el shock, luego el edema agudo del pulmón y posteriormente la insuficiencia cardíaca global. Las complicaciones embólicas ocuparon el tercer lugar con las localizaciones

pulmonar, cerebral e intestinal. Otras complicaciones fueron: la bronconeumonía y los trastornos mentales.

17. El promedio de estadía para los egresados vivos fue de 20 días. El 40% falleció en las primeras 24 horas; el 12,0% a las 48 horas; y el 12,0% a las 72 horas. Después de las 72 horas falleció el 36,0%.

#### SUMMARY

Leng Díaz, W. et al. Study of patients hospitalized by heart infarction. 1972-1976. Rev Cub Med (Supl.) 21: 2, 1982.

An analysis of the patients admitted at Güines General Hospital with myocardial infarction diagnosis is carried out during the years between 1972 and 1976. Different aspects of the reviewed clinical histories, such as, total of discharged alive and deceased patients; age; sex; race; laboral occupation; smoking habit; anginous pain history; infarction history; increased glycemia values without diabetes; anticoagulants use; infarction location, results of glutamicoxalacetic transaminase; associated diseases; complications and stay average, are studied. Data obtained are compared with other studies realized in our country and in foreign countries.

#### RESUMÉ

Leng Díaz, W. et al. Etude de patients admis par infarctus cardiaque. 1972-1976. Rev Cub Med (Supl.) 21: 2, 1982.

L'analyse a porté sur les patients admis à l'Hôpital Général de Güines avec le diagnostic d'infarctus du myocarde, pendant les années 1972—1976. Nous étudions différents aspects des dossiers revus, tels que: total de patients sortis vivants et décédés; âge; sexe; race; type de travail; tabagisme; antécédents de douleur angineuse; antécédents d'infarctus; chiffres élevés de glycémie sans antécédents de diabète; emploi d'anticoagulants; siège de l'infarctus; résultat de la transaminase glutamoxaloacétique; maladies associées; complications; et temps moyen d'hospitalisation. Nous comparons les données obtenues avec celles d'autres études réalisées à notre pays et à l'étranger.

#### PE3KME\_

**ИШР Нн, В, н;п. OdcjienoBarrae namieHTOB,**  
**rocнHTajm3Hpo-** saHHHX b pe3yjn>TaT6 cepae'^Horo aH\$apKTa. 1972-1975. Rev cub M«d (Supl.) 21: 2, 1962.

ИПОБО.ННТGH 8HaJIH3 najXBHTOB, rDCIIOT8J[H3HpOBaHHHX nagraeHTOB B K/EEHBB^ecKoS OJILHRH8 pona^a rÿHHeC b nepuon 1972 y 1-^76 rO/EOB. **РассМатриваДтcm pasora^iie acneKTH**  
**пpocMOTpeHHX HCTopaS <50Jie3,** hh, Tanne Kan: noji, hbbt koxh, paoo^an æojdkhoctb, npaBiroca k KypeHHD, npesmecTBvionme aHFHH03Hie oojih, npejDDecTBvime8 hh. **\$apKTыноBHeHHHe najpH, rjraHeMHH OG3**  
**npemнecTBvuxero jmaoeTa;-** npHMeneHHe aHTHKoaapvrapымHX cпенсTB; JioKajih3ayaa HH\$apKTa: **pesyиBTaT rьTeMHKOKca^aueTHHeCKgft**  
**ТрансаМННач; acconaapyeMHe** 3atiojjeBaHM; ocjoacheHHH H cpeimHH nepHO^E rocнHT8JH3aiiHH. Ипо-



BOOTCH cpñBHeHHe nojiyHSHHHX .naHHtix npa  
npobeaeHH. HCCJiHJOBa- HHÜ HaamMH  
cneuaajiHTaira c OTTHUMH, nojiy^eHHMMH B apyax  
CTpa Max.

#### BIBLIOGRAFIA

1. **Friedberg, C.K.** Oclusión coronaria aguda e infarto del miocardio. Enfermedades del corazón. Tomo I, p. 793. III Edición, 1972.
2. **Pérez Caballero, M.D.** Atención integral al adulto. Anteproyecto del sub- programa para cardiopatías isquémicas. II Jornada Provincial de Medicina Interna. Ciudad de la Habana, mayo, 1976.
3. **Alvarez, H.; A. Hatim.** Estudio sobre mortalidad en el Departamento de Medicina de Camagüey. Rev Cub Med, 1970.
4. **Weinblat, E.; M. Charles.** Prognosis of men after myocardial infarction. Mortality and first recurrence in relation to selected parameters. Journal 58: 1329, 1968.
5. **Rodriguez de la Vega Parrilla, A.** Registro de infarto. Tesis. Hospital "V.I. Lenin". Holguin, Oriente, 1976.
6. **Kinlen, L.J.** Incidence and prevention of myocardial infarction in an English Community. Br Heart J 35: 616, 1973.
7. **World Health Statistic Annual -OMS- 1973.** Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública.
8. **Correa Puerto, R.** Mortalidad por infarto agudo del miocardio. Años 1970—1974. Tesis. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico, Santa Clara, prov. de Villa Clara, 1975.
9. **Linko, F. et al.** Intensive care of myocardial infarction. Acta Med Scand 187: 117-122, 1970.
10. **Goldberger, E. y otros.** Hiperglicemia e infarto. NY State J Med 45: 391 1945.  
**Friedberger, Ch. K.** Enfermedades del Corazón. Edición Revolucionaria. P. 530-531, 1967.
12. **Lima Fernández, M.** Mortalidad por infarto del miocardio en una unidad de cuidados coronarios. Hospital docente clínicoquirúrgico "José Manuel Tabranes" Matanzas, Cuba. Rev Cub Med 14: 237-251 Marzo-abril 1975.
13. **Saarne, A.; J.M. Villar-Landeira.** La mortalidad por infarto cardíaco en Suecia. Rev Clin Eso 124: 5, 497-502. 15 marzo, 1972.

14. **Rabell, S. y otros.** Mortalidad por infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital docente "General Calixto García". Año 1976. (Comunicación personal).
15. **Gamio, F.** Mortalidad por infarto cardíaco en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular durante el año de 1977. (Comunicación personal).
- 16.. **Deschapetles, D.** Estudio epidemiológico en la cardiopatía isquémica e hipertensión arterial entre los obreros de la industria textilera Ariguanabo. Tesis de grado. 1974.
17. **Dreifus; Likoff.** Arritmias cardíacas, génesis y tratamiento. 1971.
18. **Wood, P.** Enfermedades del corazón y de la circulación. II Edición. 1971.
19. **Peel, A.A. et al.** A coronary prognostic index for grading the severity of infarction. Rev Med J 24: 745-760, 1966.
20. **Gorodisky, M.; AL Cárdenas.** Epidemiología del infarto del miocardio en los pacientes del Instituto de Cardiología de México. Arch Card Mex. Abril, 1971.
21. **Lima Fernández, M.** La hipertensión arterial y su influencia en la evolución y pronóstico del infarto agudo del miocardio. Rev Cub Med 16: 3, 1977.
22. **Roberts, W.C** The hypertensive disease. Evidence that systemic hypertension is a greater risk factor in the development of other cardiovascular diseases than previously suspected. Am J Med 59: 523—532, 1975.
23. **Fernández Guerra, N. y otros.** Relación entre la hipertensión arterial, el infarto del miocardio y el accidente vascular encefálico. Rev Cub Med 16: 3, 1977.

Recibido: febrero 8, 1960.  
Aprobado: noviembre 10, 1980.

Dr. **Wahsan Leng Díaz**  
Aguila No. 124 (2do. piso)  
entre Trocadero y Colón  
Ciudad de La Habana.