

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "CARLOS MANUEL DE CESPEDES".  
BAYAMO, GRANMA

## Análisis del infarto agudo en nuestro hospital durante el año 1980

Dr. Cosme Manuel Cand Huerta\*

Cand Huerta, C. M.: *Análisis del infarto agudo en nuestro hospital durante el año 1980.*

Se realiza un análisis multifactorial de los Infartos agudos del miocardio debidamente confirmados e ingresados durante el año 1980. Se determina la letalidad neta por causas, se correlacionan en forma numérica sexo, edad, complicaciones y causas de muertes al igual que influencias personales y familiares. Los resultados se exponen en cuadros y se hacen las conclusiones pertinentes en forma objetiva.

### INTRODUCCION

Como ya es conocido, las cardiopatías isquémicas constituyen la primera causa de muerte en el mundo.<sup>1</sup> Durante 1973 representaron el 19% de todas las muertes en Cuba.<sup>2</sup> La forma clínica más grave está dada por el infarto miocárdico agudo (IMA), cuyo pronóstico, siempre malo, es un reto a los conocimientos médicos actuales. Nuestro objetivo radica en conocer los diferentes factores que influyeron en la evolución de los ingresados por IMA durante 1980.

### MATERIAL Y METODO

El Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital cuenta con 92 camas, 46 para mujeres y el resto para hombres. A la vez, poseemos un modesto sistema de cuidados especiales con 4 camas, donde también ingresan otras especialidades. Teóricamente, siempre y cuando la capacidad lo permita, todo IMA ingresa en dicho cubículo, o si se agrava en la sala es trasladado al mismo y, en todos los casos, procedemos al monitoreo constante, oxígeno por catéter nasal, estupefaciente circunstancial, antiagregantes plaquetarios, profilaxis antidisrítica con lidocaína endovenosa continua, a razón de 2 mg/min y control osciloscópico periódico del pulso capilar. Utilizamos anticoagulantes si existen motivos justificados y no hay contraindicaciones, y no realizamos

\* Especialista de I Grado en Medicina Interna.

abordaje venoso profundo a todos los casos por motivos económicos específicos. El diagnóstico de IMA se basó en los criterios de *Lester y Wagner*,<sup>3</sup> de acuerdo con nuestros recursos, teniendo presente: un cuadro clínico sugestivo, cambios evolutivos específicos de tipo electrocardiográfico y valores enzimáticos (TGO) superiores a UI. Fijamos las siguientes pautas: a) hipertensión arterial (HTA) si la diastólica era superior a 90 mm;

b) obesidad si el peso real sobrepasaba 10 kg al ideal; c) tabaquismo si se consumía media caja o más de cigarrillos; d) estrés si estaba presente una carga emocional mantenida de origen laboral y e) hiperglicemia, si al utilizar el método de glucosa oxidasa, los valores excedían de 100 mg/%.

No se contempló el factor climatológico<sup>4</sup> ni las diferencias de sala.<sup>5</sup> En todos los casos con evolución satisfactoria, iniciamos al cabo de las 72 horas la rehabilitación cardiovascular<sup>6</sup> modificada para nuestro medio.

#### RESULTADOS Y DISCUSION

El total de ingresos en nuestro servicio en 1980 fue 3 080, de los cuales 100 poseían confirmación diagnóstica de IMA.

En la tabla 1 ofrecemos la distribución por edad y sexo, mientras que en la tabla 2 presentamos el número de casos según la clasificación internacional de la OMS.

Tabla 1. Distribución por edad y sexo (totales)

Edad en sexos	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	M	F
	(M)	(F)		
30-34	2	2		
35-39	4			
40-44	10	2	16	4
45-49	6	2		
50-54	6	2		
55-59	3	2		
60-64	16	5	31	11
65-69	3	3		
70-74	8	2		
75-79	9	4		
80 y más	4	5	24	14
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>71</b>	<b>29</b>

Tabla 2. Distribución etaria internacional

Intervalo etario	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	M + F
25-44	16	4	20
45-64	31	11	42
65 y más	24	14	38
{Véase en el cuadro anterior)			
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Aunque el sexo masculino predomina, nos preocupa la incidencia en adultos jóvenes, que suman 20, si bien los maduros y los de edad avanzada casi duplican a los primeros. Detectamos 60 hombres y 15 mujeres fumadores habituales, mientras las procedencias, urbana y rural, se igualaron. Sometidos a estrés había 23 hombres y 7 mujeres y hallamos correlación entre la tensión emocional y la gravedad y/o muerte por IMA.

La leucocitosis (50%), la eritrosedimentación acelerada (50%) y la hiperglicemia no diabética (40%) fueron aquí contempladas.

En la tabla 3 tenemos que la precordialgia (74%) predominó, y sufrieron de HTA 28 sujetos con tal síntoma. La disnea concomitó con el dolor significativamente. Seis casos estaban asintomáticos; de ellos, 4 eran diabéticos, mientras que 5 comenzaron con un cuadro sincopal, de los cuales 2 mujeres hipertensas evidenciaron un bloqueo AV de tercer grado. Al examen físico inicial obtuvimos mayor frecuencia en los trastornos de la tensión arterial y el pulso radial, falta de aire y signos derechos de insuficiencia cardíaca. La obesidad no demostró el sugerido factor de riesgo coronario (tabla 4). En cuanto a la historia familiar, el 40% tenía antecedentes de IMA, resultando indudablemente la frecuencia de la topografía anterior, así como la diafragmática al inicio del proceso (tabla 5). La HTA es más frecuente en la primera y la caída tensional en la segunda. La taquicardia frecuente fue superada por la bradicardia para ambas topografías señaladas (tablas 6 y 7).

Para analizar las complicaciones, veamos la tabla 8, donde aparecen, simultáneamente, el *distress* respiratorio, la extensión del IMA y las disritmias mantenidas y graves. La rotura de pared libre, el taponamiento, el estado de *shock* y la tromboembolia pulmonar, casi siempre determinaron la muerte.<sup>7</sup> La frecuente neumonía exige mayor vigilancia higiénica y bacteriológica. La taquicardia continua y persistente fue el signo más sombrío en el pronóstico.

Tabla 3. Relación de la sintomatología inicial con el sexo. Enfermedad previa

Motivo de ingreso al hospital (síntoma inicial)	Sexo		Antecedentes patológicos personales			
	Masculino	Femenino	Diabetes mellitus		Hipertensión arterial	
			M	F	M	F
Precordialgia	54	20	9	8	20	8
Epigastralgia	10	5	-	-	3	2
Ambas a la vez	7	4	-	-	2	1
No síntomas	4	2	3	1	2	-
Síncope	3	2	-	-	1	2
Fala de aire	40	14	7	5	16	7
Otros	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>1</b> <b>2</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>12</b>

Nota: No se incluyen en el total "ambas a la vez" ni "falta de aire".

Tabla 4. Examen físico del ingreso

Examen físico inicial	Sexo	
	Masculino	Femenino
Hipertensión arterial	20	8
Bradicardia	16	8
Falta de aire	16	7
Hipotensión arterial	14	7
Crepitantes	16	5
Disritmia	12	4
Cianosis	10	3
Obesidad	6	4
Signos derechos de insuficiencia cardíaca	39	16

Tabla 5. Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes patológicos familiares	Sexo	
	Masculino	Femenino
Hipertensión arterial	8	8
Diabetes mellitus	8	14
Infarto miocárdico en familiares cercanos	28	12
Total por sexo	44	34

Tabla 6. Localización del infarto (código de Minnesota) tensión arterial

Topografía IMA M	Sexo		Cifra de tensión arterial	
	F		Altas	Bajas
Anteroseptal 18	6		8	2
Anterior extenso 26	16		10	6
Lateral 3	1			
Diafragmático 15	5		8	12
Septal profundo 2	1			
Diafragmático antiguo + anterior reciente 5			2	
Posterolateral 2	—		1	—

Nota: Se incluyen los casos que llegaron con *shock* y los que fallecieron en el servicio de urgencia.

frecuencia central

Tabla 7. Localización del infarto (código de Minnesota) y

Topografía IMA	Sexo		Frecuencia central	
	Masculino	Femenino	Alta	Baja
Anteroseptal	18	6	2	6
Anterior extenso	26	16	6	14
Diafragmático	15	5	8	10
Septal profundo	2	1	2	
Diafragmático antiguo + anterior extenso	5			4
Posterolateral	2	—	—	

Véase la nota aclaratoria al pie de la tabla 6.

Tabla 8. Del tipo de complicaciones

Complicaciones ocurridas	Número	Fallecidos
<i>Distress</i> respiratorio	40	10
Neumopatía inflamatoria	35	—
Disritmia	30	10
Extensión del IMA	20	12
Insuficiencia cardíaca	15	—
Fallo de bomba	15	4
Ruptura de pared libre	10	9
Disfunción del músculo papilar	2	—
Preshock-shock	8	6
Edema agudo pulmonar	8	—
Pericarditis	8	—
Psicosis	8	—
Taponamiento	7	7
Tromboembolismo pulmonar	4	4
Otras complicaciones	6	—

Tabla 9. Análisis del tipo de disritmia

Tipo de disritmia ocurrida	Número	Fallecidos
Bradicardia sinusal	22	8
Taquicardia sinusal	20	12
Extrasístoles ventriculares	10	7
Bloqueo completo rama izquierda	6	2
Bloqueo completo rama derecha	6	—
Bloqueo AV primer grado	3	—
Bloqueo AV segundo grado	4	1
Bloqueo AV tercer grado	2	1
HBFAIHH	3	—
Fibrilación ventricular	5	5
Otras disritmias y presencia de alternancia eléctrica	5	2

Nota: se detectaron varias disritmias en un mismo paciente.

La bradicardia sinusal y las extrasístoles ventriculares multifocales a repetición alarmante, a pesar del flujo continuo de lidocaína, constituyeron otras características de malignidad. Ningún enfermo con fibrilación ventricular pudo soportar ese cuadro clínico tan agudo. En cuanto a la mortalidad, fue superior en los hombres, y en los casos de IMA anterior (tabla 10) extenso sobresalieron tres factores de riesgo: HTA, diabetes mellitus e IMA antiguo, a los que se suman el estrés y el tabaquismo.

Tabla 10. Análisis de los fallecidos

Topografía del IMA	Sexo		Antecedentes patológicos personales		IMA
	M	F	HTA	DM	
Anterior extenso	10	5	8	5	4
Diafragmático Diafragmático antiguo + anterior reciente	4	1	—	—	2
	1	—	1	—	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

Para finalizar, señalemos que el 80% de todos los diabéticos ingerían sulfonilureas, lo que nos convence aún más de la sugerida relación farmacotóxica.<sup>8</sup>

#### CONCLUSIONES

1. La letalidad por IMA en 1980 fue relativamente alta,<sup>9</sup> de un 20% con predominio masculino y en proporción directa con la edad. No obstante, es considerable la mortalidad entre 25 y 44 años.
2. Permanecen inmodificables los factores de peligrosidad.
3. La obesidad no se destacó en el estudio.
4. La precordialgia fue el síntoma primordial, comportándose desfavorablemente las alteraciones de la tensión arterial y frecuencia central, tanto al ingreso como evolutivamente.
5. El IMA anterior extenso fue más frecuente y mortal que el resto. De carácter grave son el *distress* respiratorio grado II o más, la extensión necrótica, la rotura de pared libre, el estado de shock, la taquicardia refractaria, la extrasistolia ventricular irrefrenable y la fibrilación ventricular.
6. No se descarta el sugerido factor coadyuvante aterógeno de las sulfonilureas en los diabéticos bajo tal tratamiento.<sup>10</sup>
7. Es imprescindible mejorar el aparato codificador de nuestro hospital.
8. En fin, requerimos más y mejor tecnología e instrumentación para el manejo del IMA en nuestro ambiente.

#### SUMMARY

Cand Huerta. C. M.: *Analysis of the acute infarction in our hospital during 1980.*

A multifactorial analysis of acute myocardial infarction, duly proved and hospitalized during 1980, is carried out. Net lethality by causes is determined; sex, age, complications and causes of death are numerically correlated, as well as personal and familial influence. Results are exposed in tables and concerning conclusions are made in an objective

## RÉSUMÉ

**Cand Huerta, C. M.:** *Analyse de l'infarctus aigu dans notre hôpital pendant l'année 1980.*

On fait une analyse plurifactorielle des cas d'infarctus aigus du myocarde confirmés et hospitalisés pendant l'année 1980. On détermine la létalité nette par causes, et on établit la corrélation numérique entre le sexe, l'âge, les complications et les causes de décès, de même que les influences personnelles et familiales. Les résultats sont exposés en tableaux; des conclusions sont signalées.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Silva Pantoja, E. M. et al.:* Prevalencia de las cardiopatías isquémicas. *Rev Cub Med* 19 (4): 387, julio-agosto de 1980.
2. *Rojas Ochoa, E.:* Tendencias demográficas recientes y perspectivas futuras de la población cubana. *Rev Cub Adm Salud* 1 (1-2), 1975.
3. *Lester, R. M.; G. S. Wagner:* Infarto miocárdico agudo. Tomado de las Clínicas Médicas de Norteamérica sobre urgencias cardíacas. Vol 1, México, Ed. interamericana, 1979. P. 3.
4. *Mier, F. et al.:* Factores de riesgo coronario y condiciones climatológicas. *Revista* 16 de Abril 16: 11, 1979.
5. *Méndez Peralta, T.; R. Moreira Cabrera:* Análisis del infarto agudo del miocardio durante tres años en una unidad de terapia intensiva de un hospital provincial. *Rev Cub Med* 19 (6): 627, nov.-dic. de 1980.
6. *Herlick, L.:* Care rehabilitaron after myocardial infarction. In: *Current Therapy*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1980. P. 233.
7. *Piñón Pérez, J. et al.:* Análisis necrópsico de pacientes fallecidos por infarto miocárdico agudo en nuestro hospital. *Rev Cub Med* 20 (2): 139, marzo-abril de 1981.
8. *Ucea Puig, M. et al.:* infarto del miocardio. Su relación con la diabetes mellitus. *Rev Cub Med* 19 (5): 575 sept-oct., 1980.
9. *Pila Pérez, R. et al.:* Morbimortalidad durante un nonestre en la unidad coronaria. *Rev Cub Med* 19 (6): 619, nov.-dic. de 1980.
10. *Krall, L. P.; V. A. Chabot:* Panorama actual de los hipoglicemiantes ingeribles. México, Clin Méd Norteam (sobre Diabetes Mellitus) Vol. 4, Ed. Interamericana, 1978.

Recibido: 23 de abril de 1984

Aprobado: 8 de enero de 1985

Dr. *Cosme M. Cand Huerta*  
Hospital Provincial Docente  
"Carlos Manuel de Céspedes"  
Bayamo, provincia Granma  
Cuba.