

Facultad de Ciencias Médicas
"Ernesto Ché Guevara de la Serna"
Pinar del Río

COMPORTAMIENTO DE LA LETALIDAD POR IMA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
CORONARIOS DEL H.A.S. EN EL AÑO 2004.

Ivette González Fajardo (1), Eduardo Rojas Álvarez (2), Gustavo Moreno Martín (3),
Osbel Vargas González (4), Dr. Juan R. Cabrera Cabrera (5).

1. Estudiante de 5to año de Medicina.
2. Estudiante de 6to año de Medicina.
3. Estudiante de 5to año de Medicina.
4. Estudiante de 5to año de Medicina.
5. Especialista 2do grado en Cardiología Clínica.

RESUMEN

Se realizó estudio retrospectivo a un total de 41 pacientes fallecidos por infarto del miocardio (I M. A.) en el año 2004 en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) del Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río con el objetivo de Investigar el comportamiento de la letalidad por esta patología, la incidencia en cuanto a sexo, edad, uso de medicamentos que disminuyen la morbimortalidad, así como las principales complicaciones. Se evidenció un predominio de fallecidos por IMA a partir de la 6ta década de la vida con una proporción similar en ambos sexos. Se determinó que las caras posterior y anterior del corazón fueron donde mayormente se localizaron los infartos. Los medicamentos para la disminución de la letalidad por IMA fueron indicados en baja proporción. Se identificaron, el shock cardiogénico, el tromboembolismo pulmonar, y la ruptura ventricular como las principales complicaciones del IMA.

Descriptores DeCS: INFARTO DEL MIOCARDIO/mortalidad, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón constituyen la principal causa de muerte en el país desde hace más de cuatro décadas. En la actualidad, solo por esta causa, fallecen anualmente más de 20 000 personas, de las cuales aproximadamente el 85% corresponden a la población mayor de 60 años. Su tendencia al incremento en los últimos años se debe entre otras razones al envejecimiento poblacional (1)

Dentro de este grupo de enfermedades, la cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte en el país, responsable del 75-80% del total de fallecidos por estas enfermedades. Su importancia crece si se tiene en cuenta que de cada cinco muertes ocurridas en nuestro país, una es debida a esta causa. Según fuentes oficiales de mortalidad, publicadas en el Anuario Estadístico de la OMS, comparativamente con 16 países seleccionados, Cuba ocupa el segundo lugar de importancia en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en las edades comprendidas entre los 35 y 64 años de edad, y se sitúa en el noveno lugar, en las edades más avanzadas (75 años y más). (2)

Es por esto desde el inicio del pasado siglo se comenzó a analizar la alta morbimortalidad por enfermedades cardíacas y se analizó el hecho del ascenso en cada década, por lo que muchos autores han utilizado el término "epidemia" al referirse a alguna de ellas (3,4). y por supuesto dentro de éstas, la cardiopatía isquémica y específicamente el IMA son, sin dudas la que mayor número de muertes aporta, sobre todo en las primeras 72 horas.

Incontables investigadores realizan múltiples esfuerzos para lograr un mayor conocimiento y control de lo que en el pasado siglo y seguramente en el actual, se llamó: "la gran plaga del siglo 20" (4). En la actualidad, junto a las medidas epidemiológicas y farmacológicas capaces de evitar éstos males se desarrollan medidas para actuar una vez ya instauradas y es así que en el IMA se ha pasado de una etapa contemplativa a una actitud intervencionista y a través de los distintos métodos de reperfusión miocárdica se estudian y desarrollan otros fármacos que logran reducir la mortalidad como la aspirina, los betabloqueadores y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).(5-6)

Si consideramos entonces que la cardiopatía isquémica es una de las cuestiones de mayor envergadura que golpea a la humanidad en el momento actual, y que además representa la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo (7). El infarto agudo del miocardio (IMA) puede ser su primera manifestación el cual se ha mantenido año tras año en la cumbre de las causas de muerte en muchos países desarrollados (8), entonces sería más fácil comprender las motivaciones en la realización de este trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1 refleja la distribución por edades. Es evidente que predominan los casos a partir de la sexta década de la vida. Esto ha sido observado ya por otros autores (9-11) y se corresponde con el hecho de que con el aumento en la edad, el deterioro del árbol coronario tiende a ser mayor y sobre todo debido a la co-morbilidad frecuente en este tipo de paciente.

Tabla 1. Letalidad según grupos etéreos.

Edades (años)	Nº	%
40-49	2	4,87
50-59	7	17,07
60-69	10	24,39
70-79	15	36,58
+80	7	17,07
Total	41	100,00

Fuente: Historias Clínicas

La distribución por sexo se expresa en la tabla 2. Se reserva proporción similar en ambos sexos lo cual pudiera interpretarse a primera vista común un hecho casual dado lo pequeña de la casuística. Sin embargo, creemos que esto puede explicarse por el hecho de que, después de la edad de la menopausia, la tendencia epidemiológica en la incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica entre los sexos es primero a hacerse iguales y posteriormente a predominar ligeramente el sexo femenino (12). Este hecho se cumple en nuestro estudio, donde como refleja la tabla 1, la gran mayoría de los casos está por encima a los cincuenta años de edad.

Tabla 2. Letalidad según sexo.

Sexo	Pacientes fallecidos	
	Nº	%
Femenino	20	48,78
Masculino	21	51,22
Total	41	100,00

Fuente: Historias Clínicas

La localización anatómica del infarto según la necropsia, se refleja en la tabla 3. Obsérvese que predominan los de cara posterior y anterior en igual proporción y en menor cantidad el resto. No incluimos en este caso las combinaciones sino la zona principal afectada pero hubo varios casos con más de una zona afectada.

Tabla 3. Localización del IMA *

Localización	Nº	%
Pared Posterior	20	48,78
Pared Anterior	20	48,78
Tabique Interventricular	13	31,70
Cara Lateral	9	21,95
Otros	1	2,43

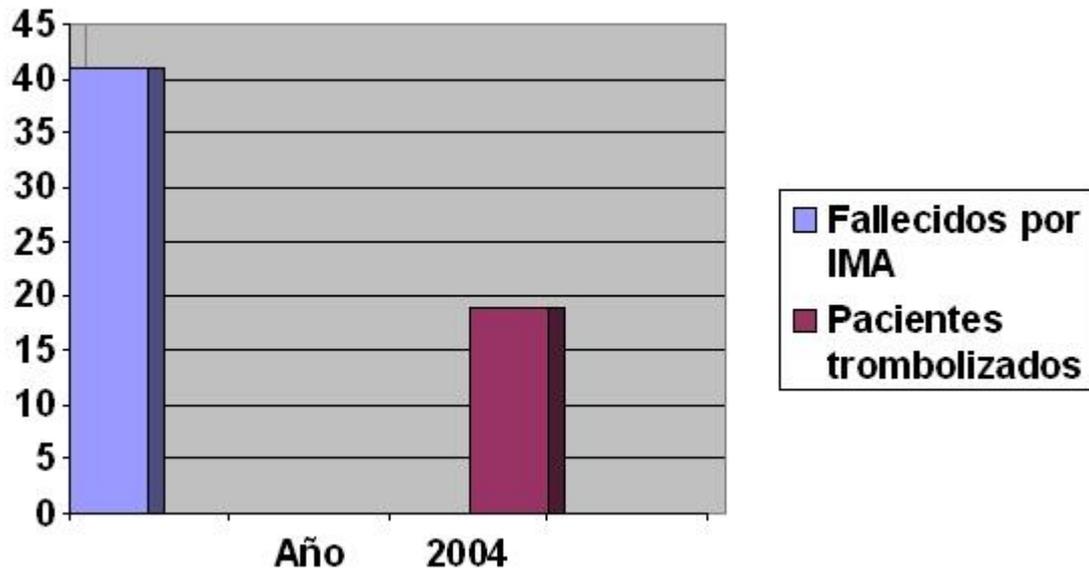
Fuente: Resultados de la Necropsia

*Hubo pacientes con afectación de más de una zona

Debemos recordar, que mientras mayor es la zona afectada, más probabilidad existe de que ocurran complicaciones fatales, como en el shock y la ruptura ventricular (13). Antes de la era trombolítica, casi siempre predominaron los infartos de cara anterior y después los de cara inferior (14,15) siguiéndole las otras localizaciones. En nuestro estudio vemos una proporción igual pero esa expresión numérica puede ser interpretada también de otra forma.

Para ello, debemos ver el gráfico 1, resaltando en primer lugar, que el número de pacientes a los cuales se les realizó trombolisis fue bajo, lo cual da un porcentaje de trombolisis de 21,95 %. Este dato es muy importante si se tienen cuenta que este medicamento es clave en la disminución de la letalidad por IMA (16-18) Nuestro estudio no evaluó cuáles tenían o no indicación para este tratamiento lo cual pudiera elevar un poco este valor, pero pensamos que aún se mantendría bajo. Téngase presente que los datos estadísticos oficiales de esta sala en el mismo periodo, el porcentaje de trombolisis en el total de los IMA fue 37% y excluyendo los casos en que había contraindicación el valor sube a 48,2 %.

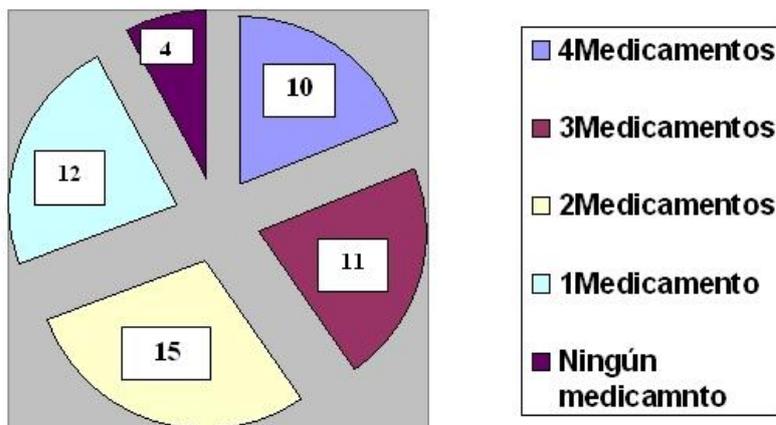
Gráfico 1. Uso de trombolíticos en fallecidos por IMA.



Fuente: Historias Clínicas

Veamos en el gráfico 2 el uso de otros medicamentos también importantes en la disminución de la letalidad (19) fueron indicados en una proporción baja de pacientes. Por ejemplo, el uso trombolisis más aspirina más betabloqueadores más IECA que resultan elementos claves en el tratamiento para disminuir la letalidad, se encontraron en solo 10 pacientes que representa 24,32 % del total lo cual consideramos notablemente insuficiente. Tampoco aquí consideramos cuales tenían o no indicación para dichos medicamentos. Lo cierto es que la ausencia de los mismos en el tratamiento aún por causas justificadas debió ser un factor importante en la letalidad.

Gráfico 2. Uso de medicamentos que disminuyen la letalidad por IMA.



Fuente: Historias Clínicas

Vamos a observar por último que la tabla 4 refleja las complicaciones. Probablemente aquí se representa la explicación objetiva más clara de nuestro estudio. El shock cardiogénico fue la causa en el 78 % de los enfermos seguido el tromboembolismo pulmonar (14,62 %) y la ruptura ventricular (12, 0%). La sepsis respiratoria fue incluida como causa en el 12, 0 %. Por supuesto hubo causas combinadas en más de un caso.

Tabla 4. Complicaciones más frecuentes de IMA.*

Complicaciones	Nº	%
Shock Cardiogénico	32	78
Infecciones Respiratorias	6	14,62
TEP	6	14,62
Ruptura Ventricular	5	12,22

Fuente: Resultados de la Necropsia

*Hubo pacientes con afectación de más de una zona

Estas tres causas son de una altísima mortalidad aún en los mejores centros del mundo. Debemos mencionar que ninguno de pacientes fue sometido a procedimientos como coronariografía y/o angioplastia primaria dada la lejanía a los centros capaces de ejecutarlos y la gravedad de los enfermos.

Queremos hacer por último una caracterización del enfermo con infarto y con alta probabilidad de morir a modo de resumen de nuestro trabajo. Es típicamente un hombre o mujer de más de sesenta años de edad, que debuta con complicación grave y al cual no se les suministra muchas veces medicamentos claves.

Puesto que en ellos la indicación de estos medicamentos pudo estar contraindicados, es imperioso evaluar para ellos desde el inicio, la llamada Angioplastia Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio retrospectivo a un total de 41 pacientes fallecidos por infarto del miocardio (I M. A.) en el año 2004 en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC) del Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río. Para ello se revisó el libro registro de dicha unidad, las historias clínicas, y resultados de necropsias de cada uno de los pacientes fallecidos. Los datos que se registraron fueron de tipo general (edad, sexo), además de localización del IMA, complicaciones que llevaron a la muerte y los medicamentos específicos de tratamiento que se indicaba en cada enfermo. Estos fueron recogidos en un modelo al efecto y se refleja en las figuras y tablas expresadas en proporciones porcentuales lo cual fue suficiente para obtener los resultados.

OBJETIVOS

General.

Investigar el comportamiento de la letalidad por I M. A. en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" durante el año 2004.

Específicos.

Identificar el grupo etáreo en que más frecuentemente aparece el IMA, así como su relación con el sexo.

Determinar las zonas de infarto con mayor incidencia.

Evaluar el uso de medicamentos (trombolíticos, betabloqueadores, IECA y Aspirina) relacionados con las muertes por IMA.

Identificar las complicaciones más frecuentes en los pacientes fallecidos por IMA.

CONCLUSIONES

Se evidenció un predominio de fallecidos por IMA a partir de la 6ta década de la vida con una proporción similar en ambos sexos.

Se determinó que las caras posterior y anterior del corazón fueron donde mayormente en se localizaron los infartos.

Los medicamentos para la disminución de la letalidad por IMA fueron indicados en baja proporción.

Se identificaron, el shock cardiogénico, el tromboembolismo pulmonar, y la ruptura ventricular como las principales complicaciones del IMA

RECOMENDACIONES

Realizar estudios semejantes donde se evalúe la co-morbilidad así como las causas que realmente motivan el uso o no de determinados medicamentos que disminuyen la letalidad por IMA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP, Ciudad de la Habana, febrero del 2001.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de la Cardiopatía Isquémica. 2000.
3. Frank Ch, Weinblatt E Shapiro. Angina Pectoris in man. Prognostic, Significance of selected medicals factor. Circulation 48:517-521. 1999.
4. Anderson HV. Wilkerson J.T. Thrombolysis in acute myocardial infarction. N Eng. Med, 1993, 329:703-709.
5. D Collen. Fibrin-Selective thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. Circulation, 1996, 93:857-865.
6. Kimura T, Hiroyochy Y, Yushihis N. et al. Three years follow up after implantation of metallic coronary artery stents. N Eng. J Med, 1996. 334:561-6.
7. Landan C, Lange R. A, and Hillis L. D. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. N Eng J Med, 1994; 330:981-93.
8. Frishman WH. Beta-adrenergic blocker withdrawal. AMJ Cardiol 59:26F-32F. 1987.
9. Peterson TR for the Norvegan Multicenter study group. Six Year follow-up of the Norvegan Multicenter study of timolol after Myocardial Infarction. N Eng. J Med 313; 1055. 1985.
10. Frishman W.H, Furberg C.D, Friendwald W.T. Beta-adrenergic blockade for survivals of acute Myocardial Infarction. N Eng. J Med 310: 830. 2004.
11. Clínicas Médicas de Norteamérica. Farmacoterapia cardiovascular I: Antisquémicos. Vol I. 1988.
12. Directrices de la ACC, AIIA para el tratamiento de los pacientes con IMA.
13. Gutiérrez Fernández F y col. Protocolo para el manejo del IMA. Grupo Multidisciplinario de trabajo para la Cardiopatía Isquémica del Hospital Universitario "General Calixto García". Ciudad Habana. 1996.
14. Ball S. G et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors after myocardial infarction: Indication and timing. J Am Coll Cardiol. 1995; 25 [supplement]: 42-6.
15. ISIS I (International Studies of infarct survival) collaborative group. Randomised trial of Intravenous Atenolol among 16027 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-I Lancet 1996: II 57-66.

16. The MIAMI trial research group. Metoprolol in acute myocardial infarction (MIAMI). A randomised placebo controlled international trial. *Eur Heart J*; 6: 199-226.
17. Hjalmarson A, Herlitz J, Holmberg S, Ryden L et al. The Gutenberg Metoprolol trial: Effects of mortality and morbidity in acute myocardial infarction. *67*: 126-132. 2003.
18. García Barreto D, Toruncha Chuckram A. Los inhibidores de la enzima conversora de angiotensina. *Rev. Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. 1997; 11(1): 29-46.
19. Pitt B. Papel de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina en la fase precoz del infarto. En: Braunwald E. *Infarto del Miocardio agudo*. 1 Ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 269-83.