INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

1981 - 1986

Drs. MIGUEL MOLINA, IVAN T. ORTIZ, GLORIA ZAPATA

Servicio de Cardiología del Hospital del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social, Cuenca

La cardiopatía isquémica en todas sus formas es una enfermedad que ha tomado gran auge en los últimos años, hasta el punto de ser considerada como un problema médico - social. Hace poco tiempo era considerada como una patología propia de países industrializados; mas, en la actualidad a pesar de que el Ecuador es un país del tercer mundo, la incidencia aumentó notablemente, por lo que la consulta de esta dolencia cada vez es más frecuente. Este aumento se debe a dos razones:

1.— Aumento de stress en el convivir diario.

2.— Mejores medios de diagnóstico (laboratorio, electrocardiograma de esfuerzo, etc.).

MATERIALES Y METODOS

Se incluye en el estudio a 40 pacientes, ingresados en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad So-

cial y en la Clínica Santa Inés de Cuenca-Ecuador, desde el 1º de octubre de 1981 al 31 de mayo de 1986, con diagnóstico comprobado de "Infarto Agudo de Miocardio", en base de los tres parámetros universales aceptados (clínico, enzimático y electrocardiográfico).

PROTOCOLO

El protocolo aplicado es el mismo que se utiliza en la unidad del "Memorial Hospital", con ligeras modificaciones. (Terapéutica Cardiovascular, Memorial Hospital, 1981).

EDAD

Se agrupa por décadas: Los más jóvenes son 2 (8%), que corresponden a la tercera década de la vida. En la cuarta década no se registran infartos. En la quinta década se observa 21 (52.5%) pacientes. En la sexta década,

6 pacientes (15%). En la séptima década, 9 pacientes (22.5%) y en la octava década, 2 pacientes (8%).

SEXO

En 32 (80.0%) pacientes pertenecen al sexo masculino y 8 pacientes (20.0%) al sexo femenino.

FACTORES DE RIESGO

- a) **Hiperlipemia:** El 70% de los pacientes tienen alterados uno o varios de los siguientes valores: colesterol, triglicéridos, lípidos totales, aisladamente o en combinación a sabiendas que estos podrían ser modificados por la reacción adrenérgica al stress.
- b) **Tabaquismo:** El 62.5% son fumadores de más de 10 cigarrillos al día.
- c) **Stress:** El 57.5% son de personalidad tipo "A"; la mayoría de ellos son doctores en leyes, que desempeñan cargos en la Corte de Justicia local.
- d) **Sedentarismo:** El 70% son considerados dentro de esta categoría (mínima actividad física).
- e) **Obesidad:** El 37.5% tenían sobrepeso.

LOCALIZACION DEL INFARTO

Se utiliza el trazo electrocardiográfico de 12 derivaciones, círculo torácico y derivaciones M/1 - M/2 - M/3, para el diagnóstico de infarto de ventrículo derecho. Las derivaciones derechas ocupan la imagen en espejo de las

derivaciones normales, agregando a la identificación de la derivación convencional la letra R de la palabra inglesa "right" (derecho). M/1. El electrodo explorador colocado en el cruce de la línea media clavicular en el reborde costal derecho. M/3, en el cruce del reborde costal izquierdo en la línea media clavicular izquierda y M/2 a distancia equidistante de M/1 y M/3.

- 42.5% Corresponde a infarto diafragmático (DII-DIII-AVF).
- 17.5% Septal (VI a V3).
- 17.5% Anterolateral (VI a V6 DI y AVL).
- 10.0% Septo apical (VI a V4).
- 2.5% Septo diafragmático (VI a V3, DII-DIII-AVF).
- 2.5% Lateral bajo y dorsal (V5-V6-VI-V8-V9).
- 5.0% Diafragmático con extensión a ventrículo derecho (DII-DIII-AVF-V3R a V8R-MI-M2-M3).
- 2.5% Diafragmático dorsal (DII-DIII-AVF-VI-V8-V9).

VALORACION RADIOLOGICA

Se estudia el tamaño del área cardíaca y los datos de hipertensión venocapilar pulmonar que nos sirven, en parte, para la clasificación funcional.

— AREA CARDIACA

- Sin cardiomegalia: 57.5%.
- Cardiomegalia grado I: 10%.
- Cardiomegalia grado II: 22.5%.
- Cardiomegalia grado III: 7.5%.
- Cardiomegalia grado IV: 4%.

— HIPERTENSION VENOCAPILAR PULMONAR:

Sin HVCP: 60% de pacientes.

Con HVCP: + 10%.

Con HVCP: ++ 20%.

Con HVCP: +++ 10%.

CLASE FUNCIONAL

Seguimos la clasificación de Killip-Kimball que va del grado I al IV.

I.— Paciente con infarto agudo de miocardio sin complicaciones.

II.— Infarto agudo de miocardio con disnea, estertores en bases y datos radiológicos de hipertensión venocapilar pulmonar.

III.— Franco edema agudo pulmonar.

IV.— Shock cardiogénico.

A la clase funcional I corresponden: el 57.5%; a la II, el 10%; a la clase III, 22.5% y a la clase IV, el 10%.

COMPLICACIONES

El 57.5% de los pacientes cursan su cuadro agudo sin complicaciones.

Insuficiencia cardíaca congestiva tienen 12.5% de los pacientes. Con shock cursan el 7.5%.

Aneurisma de ventrículo izquierdo, trastorno de la conducción aurículo ventricular y tromboembolia pulmonar se observó en el 5%.

Bradicardia sinusal, fibrilación ventricular e hipotensión arterial se identificó en el 2.5% de los casos.

DEAMBULACION

Preconizamos la deambulación temprana luego del infarto agudo de miocardio; aunque existen escuelas que obligan a guardar reposo al paciente infartado hasta los 20 días; otras, en contraposición, permiten la deambulación al tercer día.

En nuestro servicio, a no ser que presente una complicación, el paciente deambula al quinto día, como lo demuestra el 72.5% de los pacientes de nuestra serie.

A los 8 días, deambulan el 22.5%; a los 10 días, el 2.5% y a los 20 días, el 2.5% restante, por complicaciones ajenas a su cuadro cardiológico de base.

MORTALIDAD

De la serie de 40 pacientes ingresados y tratados de infarto agudo de miocardio fallecieron 7 que corresponden al 17.5%.

Un fallecimiento se debió a patología abdominal aguda (probablemente trombosis mesentérica) que no fue resuelta quirúrgicamente.

Otra defunción se debió a arritmia de marcapaso temporal, y, las 5 muertes restantes, por shock cardiogénico.

RESULTADOS Y DISCUSION

Mayor incidencia se observó en el sexo masculino (77.5%) sobre el femenino (22.5%). Los portadores de riesgos aislados o combinados se encontraron los siguientes porcentajes: Hiper-

lipemia: 70%; sedentarismo: 70%; tabaquismo: 62.5%; stress: 57.5% y obesidad: 27.5%.

La localización más frecuente es en cara diafragmática (42.5%); luego la localización septal y anterolateral (17.5%) respectivamente. Al septo apical corresponde el 10%, al diafragmático con extensión a ventrículo derecho se presenta en el 5% de los casos. Esta condición obliga a usar terapéutica específica diferente a la del protocolo en lo que a líquidos se refiere. Las combinaciones de septo diafragmático lateral bajo más posterior y diafragmático más dorsal corresponden al 2.5% respectivamente.

La radiografía de tórax muestra que el 57.5% de los pacientes, cursan sin cardiomegalia, el 10% la tiene grado I, el 22.5% grado II y el 25% grado III.

La diferencia en el exceso del porcentaje se debe a que existen grados intermedios de cardiomegalia. Sin hipertensión venocapilar pulmonar cursan 60%; el 10%, con ligera HVCP; el 20% con moderada y el 10% con severa (edema agudo de pulmón).

CLASE FUNCIONAL

Corresponden a primera clase 57.5%; en clase segunda, el 10%; en clase tercera, el 22.5% y en clase cuarta, el 10%.

El 57.5% no tienen complicaciones; 12.5% presentan insuficiencia cardíaca congestiva venosa.

Con shock cursa el 7.5%. Los otros pacientes tienen aneurisma ventricular, trastorno de conducción aurículo ventricular y tromboembolia pulmonar

(5%); otros presentaron bradicardia sinusal, fibrilación ventricular o hipotensión arterial sistémica.

El 72.5% de pacientes deambula el quinto día; los otros más tardíamente por complicaciones que ameritan más reposo.

La mortalidad es baja (17.5%), debiendo aclararse que un paciente murió por trombosis mesentérica y otro por arritmia de marcapaso temporal colocado por bloqueo articular completo. Los cinco murieron con shock cardiogénico pese al tratamiento convencional; esta complicación se presentó durante las primeras 24 horas de iniciado el infarto.

Concluimos que el protocolo del Memorial Hospital adaptado a nuestra realidad es un buen esquema de tratamiento y fácilmente aplicable.

RESUMEN

Se estudia en forma prospectiva con protocolo modificado del "MEMORIAL HOSPITAL" 40 pacientes con infarto agudo de miocardio, ingresados desde octubre de 1981 hasta mayo de 1986.

De ellos, 23 corresponden al Hospital del IEISS (Cuenca) y 12 a la Clínica Santa Inés. Del total de casos, 32 son del sexo masculino y 8 del sexo femenino. Se estudian los factores de riesgo, localización del infarto, clase funcional, radiografía de tórax (valoración), complicaciones, época de deambulación y mortalidad. Los resultados generales observados pueden considerarse como comparables a los de otros centros.