

Estado actual de los pacientes con infarto de miocardio en el poblado de Majagua
The patients' current state with miocardio infarto in the town of Majagua

Dr. Julio Guirola de la Parra(1), Dr. Omar Llauger Arcia(2), Ivan Padrón Rendón(3), Dra. Raquel Fernández(4), Dr. Raúl Herrera Collado(5).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de 25 pacientes residentes en el poblado de Majagua que habían sufrido un infarto del miocardio (IMA), comprobándose que todos tenían una o más complicaciones como consecuencia de este; la incidencia de algunos factores de riesgo coronarios se logró reducir en esta población mientras que otros no. El seguimiento médico de estos pacientes solo se cumplió en los dos primeros años de evolución, los antiagregantes plaquetarios fueron las drogas más empleadas en la prevención del reinfarcto y el programa de rehabilitación cardíaca en la comunidad se cumplió en un número pequeño de casos.

PALABRAS CLAVES: CARDIOPATIA ISQUEMICA, INFARTO DEL MIOCARDIO, REINFARTO, REHABILITACION CARDIACA.

- 1.Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
- 2.Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.
- 3.Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Cardiología.
- 4.Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Verticalizada en Cuidados Intensivos.
- 5.Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.

INTRODUCCION

En Cuba en el momento actual 9 de las 10 primeras causas de muerte corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de ellas la Cardiopatía Isquémica (C.I) representa la principal causa(1).

Dentro de la C.I el Infarto Agudo del Miocardio (IMA) es la forma clínica de mayor mortalidad; es conocido que 1 de cada 4 fallecidos muere por IMA (2).la lesión aterosclerótica de las coronarias, la cual se asocia a un grupo de factores de riesgo susceptibles de suprimirse como: el hábito de fumar, obesidad y sedentarismo, otro grupo susceptible de modificarse como: Hipertensión arterial, diabetes mellitus e hiperlipidemia y un 3er grupo dudosamente modificable como: personalidad, edad, sexo y herencia, que si bien poco se puede hacer sobre ellos si son de gran importancia para establecer un diagnóstico precoz de C.I.(3,4,5).

Hoy en día la prevención primaria del IMA es preconizada como el elemento fundamental en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad y hacia ellos van dirigidos los mayores esfuerzos de nuestro sistema de salud; por otro lado, el diagnóstico precoz y el tratamiento con un nivel científico altamente calificado en las Unidades de Terapia Intensiva (UCI) empleando modernas técnicas de cuidados progresivos y de nuevas drogas, han permitido reducir en un 5 % la mortalidad. Esto a conllevado a que cada día regresen a su área de salud pacientes que han sufrido un IMA y sobre los cuales nosotros como médicos tenemos que desarrollar el programa nacional de rehabilitación cardíaca en la comunidad y con ello prevenir el reinfarcto y las complicaciones derivadas de este. (6,7,8). Es por ello que nos propusimos hacer un estudio de este grupo poblacional con el objetivo de conocer el estado actual en lo referente a complicaciones que padecen como secuela del IMA, comportamiento de factores de riesgo coronario antes y después, seguimiento médico, drogas empleadas en la prevención del reinfarcto y cumplimiento del programa de rehabilitación cardíaca en la comunidad, de tal forma que nos permita aplicar acciones de salud para mejorar los índices de morbimortalidad en este grupo de personas.

METODOS

Se realizó un estudio observacional de los 25 pacientes que han sufrido un IMA residentes en el poblado de Majagua, en el municipio del mismo nombre durante el año 1995, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad.

Se confeccionó una encuesta que fue llenada por los autores mediante el interrogatorio, exámen y revisión de la historia clínica ambulatoria y hospitalaria.

La información obtenida fue procesada utilizando una calculadora eléctrica y transcrita a tablas permitiéndonos hacer un análisis descriptivo de los resultados y compararlos con lo publicado en la literatura.

RESULTADOS Y DISCUSION

Con frecuencia después de haber sufrido un IMA los pacientes presentan un grupo de complicaciones derivadas de este, que repercuten sobre la calidad de la vida, entre las cuales se destacan: las arritmias, la insuficiencia cardíaca y las anginas. (9,10,11). En nuestro estudio todos los pacientes tuvieron una o más complicaciones (tabla 1), siendo las arritmias un 60 % más frecuentes en los pacientes con menos de 1 año de evolución, la insuficiencia cardíaca con 69.2 % y la angina con un 23.1 % sobresalieron en el grupo de 1 a 3 años de evolución. De forma general los pacientes con tiempo de evolución de 1 a 5 años fueron los que más complicaciones tuvieron, lo cual es de interés pues muestra la importancia del seguimiento médico periódico a largo plazo en pacientes con IMA.

Los factores de riesgo coronario bien conocidos y establecidos por la mayoría de los autores(12,13) tuvieron un papel importante en nuestro grupo de estudio (tabla 2), pues comprobamos que en todos los casos estaban presentes uno o más de ellos, así tenemos que 18 eran fumadores (72 %), 10 obesos (40 %) en 5 se pudo comprobar sedentarismo e hipertensión arterial (20 %) y en 4 hiperlipidemia (16 %). Como vemos muchos de estos factores pudieron ser controlados antes que apareciera el IMA, más lamentable aún es que después del IMA no hemos sido capaces de controlar los mismos, así tenemos que la obesidad y el sedentarismo se han mantenido con la misma frecuencia, mientras que el tabaco la hiperlipidemia y la hipertensión arterial logramos reducir, pero no a valores significativos. Pensamos que en dicha reducción no solo ha influido el papel persuasivo del médico, sino también el miedo a la enfermedad.

Nuestro Ministerio de Salud Pública ha normado el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en lo referente al número de consulta anuales (14,15). Como nosotros estudiamos un grupo de pacientes con una enfermedad incluida en este grupo reflejamos en la tabla 3 como se ha cumplido esto; los pacientes con el tiempo de evolución de menos de un año fueron vistos 3 veces en el 80 % de los casos y en el 20 % restantes más de 4 veces. En el grupo de 1 a 3 años el 76.9 % se vio 3 veces al año, los comprometidos entre 3 y 5 años de evolución fueron vistos 2 veces al año en su totalidad y en pacientes con menos se le hacía una consulta anual. Esto demuestra fehacientemente que a medida que aumenta el tiempo de evolución de los pacientes, estos son vistos con menos frecuencia, no cumpliéndose lo establecido.

Cuando estudiamos el empleo de fármacos para prevenir el reinfarto (tabla 4) pudimos comprobar que los nitratos eran los más usados (76 %) seguido de los antiagregantes plaquetarios (68 %) y los betabloqueadores (64 %). La mayor utilización de los nitratos estuvo en relación con la alta incidencia de insuficiencia cardíaca y angina que desarrollaron dichos pacientes. En cuanto a los antiagregantes plaquetarios representados fundamentalmente por la aspirina a bajas dosis, pensamos que aún se debía haber usado en un mayor número de pacientes, si tenemos en cuenta la importancia de esta en la reducción de la mortalidad por IMA. Los betabloqueadores que han sido reconocidos como tratamiento de elección en la prevención de reinfarto, estuvo limitado su uso en nuestra serie por la alta frecuencia de insuficiencia cardíaca como complicación (16,17,18).

El programa de rehabilitación cardíaca (tabla 5) se cumplió en la totalidad de los pacientes en la primera fase hospitalaria, en la fase de convalecencia lo cumplieron el

16 % de los enfermos, la cual fue guiada y supervisada por el médico de la familia y solo en un paciente se continuaba cumpliendo la fase de mantenimiento.

Consideramos que el desconocimiento por parte de nuestros médicos del programa de rehabilitación en la comunidad ha contribuido a que la mayoría de nuestros pacientes no se hallan rehabilitado correctamente, favoreciendo la alta incidencia de complicaciones encontradas, con posibilidad real y potencial de una mayor morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Roca R, Smith VV, Paz E, Lozada J, Prez HM. Medicina Interna. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987:12-17.
- 2.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual. La Habana, 1993.
- 3.- Alvarez J, Debs J, Quintana C, Reyes M. Comportamiento urbano y rural de factores de riesgo coronario en un estudio comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(1):33-38.
- 4.- Licata G, Seaglione R, Avellone G, Parrinello G, Mevlino F, Corran S. Obesity, hypertension and atherosclerosis. Int. Angiol 1993;12(4):326-30.
- 5.- García J. Tratamiento del paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica. Industria M Farmacéutica 1987;10(1):3-60.
- 6.- Rivas E, Ponce de León O, Sin C, Gutierrez F. Rehabilitación integral con entrenamiento físico temprano en pacientes con IMA. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1990;4(2):177-89.
- 7.- Rivas E, Ponce de León O, Hernández A. Rehabilitación cardiopática. La Habana: Editorial Fico-Técnica, 1987.
- 8.- Dueñas A. Enfermedades cardiovasculares. Rev Cubana Med Gral Integral 1992;8(3):195-213.
- 9.- Pasternak RC, Braunwald E, Sobel BE. Infarto agudo del miocardio. En: Braunwald E, Testelli MR. Tratado de Cardiología, 1992:1350.
- 10.-Reschappelles, Rodríguez J, Chiong R. Infarto del miocardio 10 años de seguimiento. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1992;6(2):116-21.
- 11.-Laungjerg J, Fruergaard P, Madien JK, Mortensen L, Hansen JF. Ten year mortality in patients with suspected acute myocardial infarction. BMJ 1994; 308(6938):1196-9.
- 12.-De Busk RF, Miller NH, Superko HR, Denis CA, Thomas RJ, Lew HT. A case management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med 1994;120(9):721-9.
- 13.-Braunwald E, Sobel BE. Riesgo coronario y isquemia miocárdica. En: Braunwald E, Testelli MR. Tratado de Cardiología 1992:1299.
- 14.-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de sticas. Instructivo. Historia Clínica Familiar. Programación de Consultas y Terrenos. La Habana: MINSAP, 1993.
- 15.-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo médico y Enfermera de la Familia. La Habana: MINSAP, 1988.
- 16.-Rutherford JO, Braunwald E. Cardiopática. En: Braunwald E, Testelli MR. Tratado de Cardiología 1992:1491.
- 17.-Caramelli B, Dos Santos RA, Abensor H, Gebana OC, Trauchesi B, Belloti G. Beta-blocker infusion did not improve left ventricular diastolic function in myocardial infarction a doppler echocardiography and cardiac catheterization study. Clin Cardiol 1993; 16(11):809-14.
- 18.-Herlitz J, Karlson BW, Hjalmarson A. Ten-year mortality among patients with suspected acute myocardial infarction in relation to early diagnosis. Cardiology 1994;84(2):114-20.

ANEXOS

TABLA 1 COMPLICACIONES SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION DEL INFARTO

Complicaciones	Tiempo de evolución							
	≤1A		01-3		4-5		<De 6A OS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Angina	2	40	3	21.1	2	33.3	1	100
Insuf. Card	0	0	9	69,2	2	33,3	0	0
Arritmias	3	60	1	7,7	2	33,3	0	0
Total	5	100	13	100	6	100	1	100

FUENTE: ENCUESTA

TABLA 2 COMPORTAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGOS ANTES Y DESPUES DEL INFARTO

Factores	Antes		Después	
	No	%	No	%
Tabaco	18	72	10	40
Obesidad	10	40	10	40
Sedentarismo	5	20	5	20
Hiperlipidemia	4	16	1	4
HTA	5	20	3	12

FUENTE: ENCUESTA

TABLA 3 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES POR EL MEDICO DEL AREA SEGUN EL TIEMPO DE EVOLUCION

Tiempo	Número de Consultas									
	1		2		3		4		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<1 A 0	0	0	0	0	4	80	1	20	5	100
1 A 3	0	0	1	7,7	10	76,6	2	15,4	13	100
4 A 5	0	0	6	10	0	0	0	0	6	100
>de 6	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100

FUENTE: ENCUESTA

TABLA 4 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA PREVENIR EL INFARTO

Tratamiento	No	%
Nitratos	19	76
Antiagregantes	17	68
Betabloqueadores	16	64
Anticalcicos	6	24

FUENTE: ENCUESTA

TABLA 5 CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR

Fases	No.	%
I	25	100
II	4	16
III	1	4

FUENTE: ENCUESTA