

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INFARTO DEL MIOCARDIO"

(Análisis de los 115 casos atendidos en el Hospital
Roosevelt).

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

RODOLFO MOISES GONZALEZ LAYLLE

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1969.-

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

Antecedentes y Objetivos

II. MATERIAL Y METODOS

III. RESULTADOS

IV. DISCUSION

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

Cuando por necesidades de estudio debemos conocer datos sobre diferentes aspectos del cuadro clínico o de - la evolución del infarto del miocardio, nos encontramos que la literatura sobre este tema es muy escaso en nuestro medio, teniendo que recurrir a estadísticas de otros países, que aunque son muy documentadas y serias, carecen de valor absoluto entre nosotros al no poderlas comparar - con datos propios de nuestro medio.

Esto indudablemente tiene que redundar en una mala, o por lo menos poco satisfactoria interpretación de los hallazgos, ya sea del cuadro clínico o en los datos de laboratorio, puesto que, aunque la entidad es una, indudablemente tiene que estar influída por ciertos aspectos ambientales propios de cada país.

No es sino hasta Diciembre de 1968, que encontramos en ocasión del XIX Congreso Nacional de Medicina de Guatemala, los primeros trabajos sobre este tema tan apasio--

nante, como son los presentados por el Dr. J.R. Herrera y colaboradores (7), donde se discute la incidencia de mortalidad, según los hallazgos de 3,000 autopsias clínicas analizadas en el Hospital Roosevelt, dando por lo tanto valiosos datos respecto a la mortalidad por infarto del miocardio; además, está el trabajo presentado en el mismo congreso por el Dr. R. Arévalo y colaboradores -- (2) que al discutir la incidencia del infarto del miocardio en la población hospitalaria proporciona datos interesantes sobre la incidencia del infarto del miocardio en distintos grupos de pacientes, así como su localización y mortalidad.

Fueron estos trabajos anteriormente mencionados, los que nos dieron la idea de iniciar este estudio, con fines de aprovechar y ampliar los datos encontrados en autopsias clínicas, correlacionándolas con los hallazgos clínicos de laboratorio de todos los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Roosevelt con diagnóstico de infarto del mio-

cardio, obteniendo conclusiones sobre incidencia según grupos de edad, sexo, ocupación, el lugar de origen, - analizando críticamente los hallazgos de examen físico y de laboratorio, así como los datos sobre localizaciones más frecuentes, tiempo que tardaron en consultar al hospital, evolución de la enfermedad y su tratamiento.

Hubo algunos factores a los cuales no se les dió mucha importancia estadística, los cuales nos hubieran proporcionado indudablemente datos de mucho interés para los fines que perseguimos con este trabajo, como sería la evaluación sobre la incidencia y la mortalidad de los factores raciales de nuestro medio, así como la titulación de enzimas, pero lamentablemente como decíamos éste y otros muchos ejemplos o no se investigaron, o bien se hizo en una forma arbitraria, inconvenientes ambos de importancia para su utilización en esta oportunidad.

Sin embargo, nuestro deseo es contribuir con esta modesta aportación al estudio del infarto del miocardio en -

nuestro medio, para que el estudiioso al reunir todos los datos pueda planear un estudio en prospectiva que, al encontrar patrones sobre incidencia en distintos grupos, sobre hallazgos de examen físico y de laboratorio, así como de localización, morbilidad y mortalidad, sirva para mejorar nuestro diagnóstico, brindar un tratamiento más racional según las variaciones que impone la influencia de nuestro medio, mejorando por lo tanto la morbilidad y el pronóstico del infarto del miocardio en pacientes guatemaltecos.

MATERIAL Y METODOS:

Para este estudio se procedió a la revisión de 13,195 papeletas, comprendidas entre los egresos efectuados en el departamento de medicina del Hospital Roosevelt, del 1º. de Enero de 1961, al 31 de Diciembre de 1968; de los cuales se obtuvo un total de 115 casos diagnosticados como infarto del miocardio comprobados clínicamente por electrocardiograma y procedimientos de laboratorio, así como los efectuados como hallazgos de autopsia.

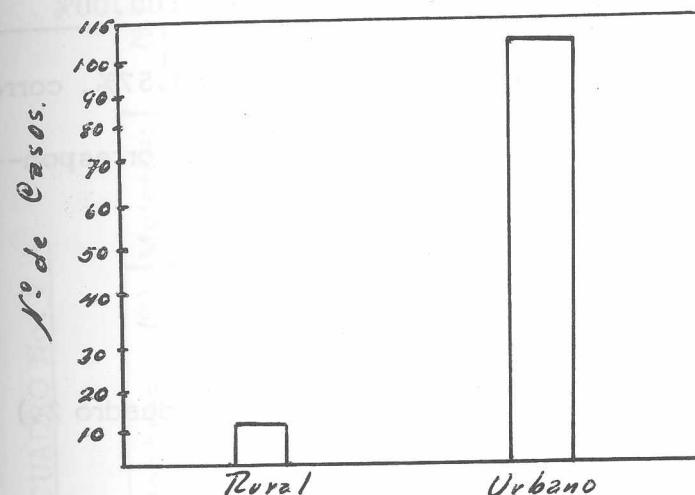
Para los fines de este trabajo los analizamos en distintos grupos que se presentarán en los cuadros siguientes y de los cuales excluimos la raza, la cual no fué posible determinar a satisfacción, así como procedimientos de Laboratorio que por su naturaleza no contribuían o no significaban datos para este trabajo, también iniciamos la clasificación por grupos de edad a partir de los 12 años, por ser desde esta edad que se atiende en el departamento de medicina en cuestión.

Tomamos en cuenta para los distintos cálculos y cifras, los datos sobre número de egresos de pacientes, para así tener como base para este estudio, diagnósticos ya comprobados y estandarizados, extremos que no hubieramos obtenido al tomar en cuenta, por ejemplo, los diagnósticos de ingreso.

R E S U L T A D O S :

ORIGEN:

GRAFICA No. 1.-



La gráfica No. 1. nos muestra una palpable diferencia entre el origen de los pacientes que consultaron y en quienes se hizo el diagnóstico de infarto del miocardio, siendo el 88.70% de origen urbano y el 11.30% de origen rural.

SEXO:

Cuadro No. 1.-

Sexo:	Casos:	Porcentaje:
Masculino	103	89.57%
Femenino	12	10.43%
Total:	115	100.00%

El cuadro número 1 nos muestra el 89.57%, correspondiente al sexo masculino y el 10.43% correspondiente al sexo femenino.

(En la siguiente página ver cuadro 2.)

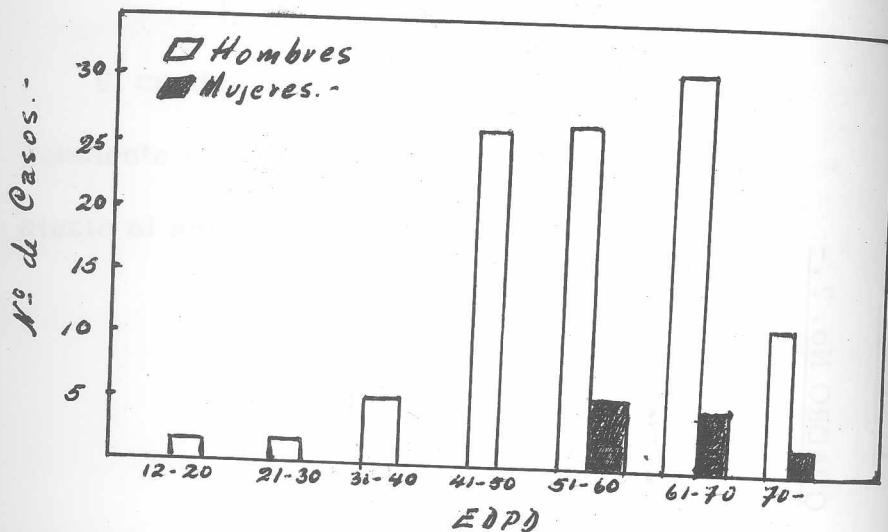
E D A D :

CUADRO No. 2.-

Edad:	Hombres: (%)	Mujeres: (%)	(%)
De 12 a 20 años	1	0.87%	0 .00%
De 21 a 30 años	1	0.87%	0 .00%
de 31 a 40 años	5	4.35%	0 .00%
de 41 a 50 años	26	22.61%	0 .00%
de 51 a 60 años	27	23.04%	4 .35%
de 61 a 70 años	31	30.10%	4 .35%
de 71 o más años	12	10.43%	1.74%
Total:	103	89.56%	12 10.44%

CORRELACION EDAD Y SEXO:

Gráfica No. 2.-



La edad más frecuentemente encontrada en el infarto del miocardio fué a partir de los 41 años de edad, con 96 casos en el sexo masculino, siendo notorio que el total de diagnósticos en mujeres (12 casos), fuera a partir de los 51 años de edad.

O C U P A C I O N :

Cuadro No. 3.-

Ocupación:	Casos:	Porcentaje:
Jornaleros	17	14.78%
Oficios Domésticos	14	12.17%
Oficinistas	12	10.43%
Mecánicos	10	8.70%
Comerciantes	10	8.70%
Sin Oficio	9	7.81%
Choferes	6	5.22%
Carpinteros	4	3.48%
Médicos y Cirujanos	3	2.61%
Periodistas	3	2.61%
Barberos	3	2.61%
Peritos Contadores	3	2.61%
Sastres	3	2.61%
Pintores	2	1.74%
Albañiles	2	1.74%
Fontaneros	2	1.74%
Profesores	2	1.74%
Otros	10	8.70%
Totales:	115	100.00%

El Cuadro No. 3, nos muestra que la mayor incidencia del infarto del miocardio, fué en jornaleros con el 14.78%; siguiéndose los oficios domésticos con 12.17%.

Llama también la atención que las ocupaciones que

conllevan poca actividad física e intensa actividad mental, como oficinistas, choferes, médicos y cirujanos, periodistas, peritos contadores, profesores, diplomáticos, representan el 31.88%.

Bajo el título de "otros", agrupamos las ocupaciones de: Herrero, Diplomático, Ebanista, vendedor de periódicos, panificador, jardinero, pugilista, limpiabotas, visitador médico y radio técnico; con un caso cada uno.

Los pacientes clasificados "sin oficio", fueron aquellos que por su edad avanzada no podían desempeñar ocupación alguna.

(En la siguiente página ver Cuadro No. 4.)

MOTIVO DE CONSULTA:

Cuadro No. 4.-

Motivo de Consulta:	Casos:	Porcentaje:
Dolor precordial sin irradiación:	24	20.87%
Dolor precordial irradiado a miembro superior izquierdo.	21	18.26%
Dolor retroesternal irradiado a miembro superior izquierdo:	13	11.30%
Disnea de pequeños, medianos y grandes esfuerzos, ortopnea:	13	11.30%
Dolor epigástrico sin irradiación:	8	6.96%
Dolor epigástrico, náusea y vómitos:	6	5.22%
Dolor retroesternal sin irradiación:	5	4.35%
Pérdida de conciencia:	4	3.48%
Dolor y parestesias de miembros inferiores y superiores:	3	2.61%
Dolor precordial sin irradiación, náuseas y vómitos:	2	1.74%
Dolor precordial irradiado a miembro superior derecho:	1	0.87%
Otros:	15	13.04%
Total:	115	100.00%

Como se aprecia en el cuadro No. 4, el dolor precordial fué motivo de consulta en el 47.74%, de los casos, ocupando el segundo lugar el dolor retroesternal, con el 15.66%, agrupando por último a los pacientes clasificados como "otros" los cuales su sintomatología fué muy variable y sin relación al cuadro cardiovascular, haciendo un total de 13.04%.

EXAMEN FISICO:

Cuadro No. 5

Frecuencia del Pulso:

Frecuencia Pulso:	Casos:	Porcentaje:
Disminuida:	3	2.61%
Normal:	79	68.70%
Aumentada:	33	28.69%
Totales:	115	100.00%

PRESION ARTERIAL:

Cuadro No. 6.

Presión Arterial:	Casos:	Porcentaje:
Baja.	4	3.40%
Normal.	83	72.15%
Elevada.	28	24.35%
Totales:	115	100.00%

TEMPERATURA:

Cuadro No. 7.

Temperatura:	Casos:	Porcentaje:
Normal.	108	93.91%
Elevada.	7	6.09%
Total:	115	100.00%

Podemos observar en los cuadros 5, 6 y 7, que se encontró: la frecuencia del pulso normal en el 68.70% de los casos y aumentada en el 28.69%, así como disminuida en el 2.61%; la presión arterial normal en el 72.15%, elevada en el 24.35% y baja en el 3.04%; temperatura alterada en el 6.09% y normal en el 93.91%.

Entre los siete pacientes febriles hubo dos con -- diagnóstico de bronconeumonía e infección urinaria, -- por lo cual este porcentaje debe corregirse a 4.35%.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Glóbulos Blancos.

Cuadro No. 8.

Glóbulos Blancos:	Casos:	Porcentajes:
De 0 a 5,000	1	0.87%
De 5,000 a 10,000	48	41.73%
Arriba de 10,000	52	45.26%
Total:	101	87.87%
No efectuados:	14	

SEDIMENTACION:

Cuadro No. 9

Sedimentación:	Casos:	Porcentajes:
Normal.	22	19.13%
Anormal.	64	55.69%
Total:	86	74.12%
No efectuados:	64	

TITULACION DE ENZIMAS

Cuadro No. 10.

Exámenes:	Normal:	Porcentaje:	Anormal:	Porcent:	Total:
Transaminasa Oxalacética	21	31.34%	46	68.66%	67+
Transaminasa Pirúvica	35	52.43%	32	47.77%	67++
Deshidrogenasa Láctica	0	0.00%	32	100.00%	32+++
Total:	56	33.73%	110	66.27%	166
+ No efectuados:	48				
++ No efectuados:	48				
+++ No efectuados:	83				

Como lo demuestran los exámenes complementarios, analizados desde el cuadro No. 8, al No. 10; el mayor porcentaje correspondió a los pacientes que presentaron Leucocitosis (51.49%), sedimentación elevada en el 74.42%. Transaminasa Glutámico Oxalacética elevada en el 68.66%, como la Pirúvica en el - 47.76% y la Deshidrogenasa Láctica en el 100% de los casos.

QUIMICA SANGUINEA:

Cuadro No. 11.

	Normal	Porcent.	Anormal	(%) Total
Nitrógeno de Urea:	30	26.06%	40	34.78 70+
Creatinina	24	20.87%	6	5.22 30++
Glucosa	22	19.13%	24	20.87 46+++
Total:	76	52.05%	70	47.95 146
+ No efectuados:	45			
++ No efectuados:	85			
+++ No efectuados:	69			

El cuadro No. 11, muestra que el 52.17% de los casos presentaron glicemia elevada en los cuales - por exámenes ulteriores se comprobaron Diabetellos Mellitus, así como observamos que el nitrógeno de ures - estuvo elevado en el 57.14%; al contrario de la creatinina que se encontró elevada sólo en el 20% de los casos.

(Ver en la siguiente página Cuadro No. 12).

LOCALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA DE LOS INFARTOS.

Cuadro 12.

Localización:	Casos:	Porcentaje
Diaphragmáticos y Diafragma-ticos con exten-sión.	33	28.69%
Septal y antero Septal	32	27.85%
Anterolateral	20	17.39%
Lateral.	7	6.08%
Ventrículo derecho	1	0.86%
Total:	93	80.87%
No efectuados:	22	

El cuadro anterior nos muestra que la mayor localización electrocardiográfica, corresponde a diafragmática con extensión y septal y anteroseptal, con el 56.54%.

ARRITMIAS:

CUADRO No. 13.

	Casos:	Porcentaje:
Taquicardia supraventri-cular y extrasistolia:	8	61.53%
Fibrilación auricular	4	30.76%
Bloqueo aurícu-lo ventri-cular completo.	1	7.71%
Total:	13	100.00%

TIEMPO DE EVOLUCION ANTES DE LA CONSULTA.-

Cuadro No. 14.

Tiempor de evolución antes de la Consulta:	Casos:	Porcentaje:
Menos de 24 horas	10	8.70%
De 1 día a una Semana	30	26.10%
De 1 a 2 semanas	35	30.45%
De 2 a 3 semanas	16	15.65%
De 3 a 4 semanas	13	13.04%
De 4 a 10 semanas	0	0.00%
De 10 semanas o más	11	9.53%
Total:	115	100.00%

El cuadro No. 14, muestra que la mayoría de los pacientes (72.20%), se presentaron al hospital entre la primera y tercera semana del inicio de sus síntomas siendo llamativo que hubo 9.53% que consultaron con más de 10 semanas de evolución de síntomas de disnea de esfuerzos.

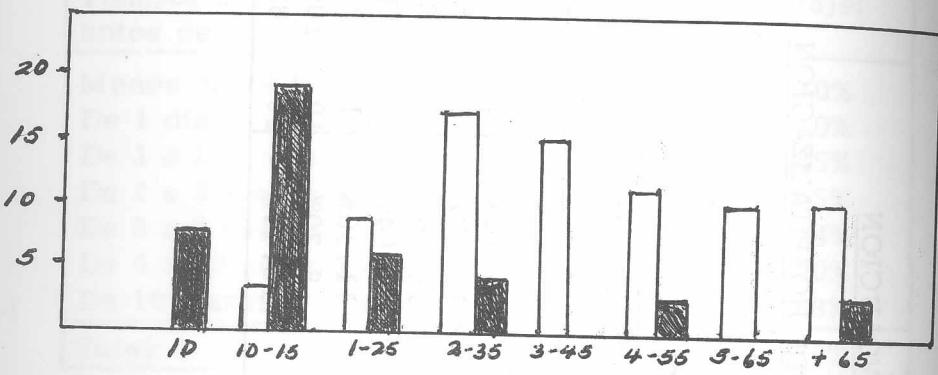
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Cuadro No. 15

Tiempo de Hospitalizacion:	Casos:	Porcentaje:	Egresados (%)		Muertos (%)
			Vivos (%)	Egresados (%)	
Menos de 1 día	8	6.96%	0	0.00%	8 100%
De 1 día a 1 Semana	22	19.14%	3	13.64%	19 86.36%
De 1 a 2 semanas	14	12.17%	8	57.14%	6 42.86%
De 2 a 3 semanas	21	18.26%	17	80.95%	4 19.05%
De 3 a 4 semanas	15	13.04%	15	100.00%	0 100.00%
De 4 a 5 semanas	13	11.30%	11	84.62%	2 15.38%
De 5 a 6 semanas	10	8.70%	10	100.00%	0 0.00%
Más de 6 semanas	12	10.43%	10	83.33%	2 16.67%

CORRELACION MORTALIDAD Y TIEMPO DE EVOLUCION:

Gráfica No. 3.-



◻ = VIVOS
■ = MUERTOS.

Los datos anteriores demuestran claramente, que la mortalidad decrece de 100% el primer día al 0% a las cuatro semanas de evolución, aumentando desde esta semana en adelante, para llegar a las 6 semanas al 16.67%, la gran mayoría de los egresos vivos antes de la cuarta semana, son debidos a transferencias de pacientes, especialmente a centros privados.

CAUSAS DE MUERTE:

Cuadro No. 16.

Causas de Muerte:	Casos:	Porcentaje:
Insuficiencia cardíaca -- congestiva.	33	80.48%
Infarto del miocardio	4	9.76%
Bronconeumonía bilateral	1	2.44%
Miocarditis chagásica	1	2.44%
Sin autopsia y causa definida de muerte.	2	4.88%
Total:	41	100.00%

Este cuadro nos muestra que la principal causa de muerte, es la insuficiencia cardíaca congestiva con 80.48%, asimismo, se menciona como causa de muerte el infarto del miocardio y la miocarditis chagásica por ser éstas encontradas en el protocolo de autopsias.

(Ver en la página siguiente, Cuadro No. 17).

RELACION ENTRE EGRESOS, INFARTOS
DEL MIOCARDIO Y FALLECIDOS POR AÑO DE LOS
AÑOS 1961-1968.

Cuadro No. 17.-

Año:	Total:	Infartos:	Fallecidos:
1961	1,088	6 - 0.55%	2 - 33.33%
1962	1,098	8 - 0.72%	2 - 25.00%
1963	1,093	10 - 0.92%	3 - 30.00%
1964	1,159	14 - 1.21%	7 - 50.00%
1965	1,492	11 - 0.74%	5 - 45.46%
1966	2,132	19 - 0.89%	8 - 42.11%
1967	2,537	26 - 1.03%	5 - 19.33%
1968	2,596	21 - 0.81%	9 - 42.86%

Como se podrá apreciar en el cuadro anterior, durante los años correspondientes a 1961 a 1968, la población hospitalaria sufre un aumento de 1,088 en el año 1961 a 2,596 en el año de 1968; asímismo un aumento proporcional en el número de infartos y muertes.

TRATAMIENTO:

Cuadro No. 18

Sedantes y tranquilizantes:

Fenobarbital	38
Meprobamato	25

Continuación Cuadro No. 18...

Benzodiazepina	2
	<u>65</u>

Vasodilatadores:

Dipiradaml I.V. y PO.O	48
Dimetixofenil Acetonitri- lo	3
Tetranitrato de Pentaeri- tritol.	1
	<u>52</u>

Laxantes y lubricantes intestinales:

Leche de magnesia	35
Aceite mineral	5
	<u>40</u>

Diuréticos:

Furcémide.	26
Hidrocloroteacida	5
Ácido Atacrínico	3
Espironolactona	2
Clortalidona	2
Metracloruro sódico	1
	<u>39</u>

Digitálicos:

Lanatócido "C" y Digoxina	32
	<u>32</u>

Anticoagulantes:

Fenindione	21
Warfarina	3
Heparina	2
	26

Soluciones Electrolíticas:

Soluciones polarizantes	21
	21

Analgésicos:

Meperidina	20
	20

Hipotensores

Ergotamina	5
Reserpina	3
	8

Reguladores del Ritmo:

Propanol	1
	1

Oxígeno:

20
20

D I S C U S I O N

El análisis de los cuadros que se presentan en el capítulo correspondiente, muestra que nuestros hallazgos - corresponden plenamente a lo descrito en otras series estadísticas (4.5,6.), especialmente desde el punto de vista del origen de los pacientes estudiados, en los cuales vemos que el 88.70% corresponde a ambientes urbanos, estando de acuerdo con lo descrito en las series del Instituto Nacional de Cardiología de México (4), donde clásicamente encontramos los factores que se han descrito, que predisponen al infarto del miocardio, como las dietas -- más balanceadas y cargadas de lípidos, además de que los individuos de éstas áreas están más sujetos a situaciones de stress, la mayoría de las ocupaciones urbanas son predominantemente sedentarias o, tomándolo de otro punto de vista, que las actividades del medio rural son -- principalmente de esfuerzo físico; lo cual también es lo descrito tradicionalmente (1,4,6.) como causas condicio-

nantes de arterioesclerosis y de enfermedades coronarias secundarias.

Es interesante también observar, que el 89.57% de los casos corresponde al sexo masculino, lo cual es fácil de explicar, ya que según costumbres en nuestro medio es el hombre el que predominantemente realiza trabajos - fuera de casa.

Tomando en cuenta los datos que se encontraron respecto a ocupación, tenemos que el mayor porcentaje (14.78%), corresponde a los dedicados a labores como jornaleros, ocupación que es principalmente desarrollada en ambientes rurales y por individuos de bajo nivel económico y social, malnutridos consiguientemente, que son los que comúnmente consultan a centros de caridad como el Hospital Roosevelt.

Se ha descrito que el infarto del miocardio tiene su incidencia en individuos del sexo masculino, (3, 4, 6, 8), de origen urbano (4, 5, 6.), dedicados a actividades se-

dentarias y condiciones de stress (3, 4, 6.), lo cual corresponde a nuestros hallazgos si sumamos las condiciones del tipo descrito que nos da un 31.88%, aunque en algunas, la mayor incidencia es en comerciantes con el 23.08% y la menor para jornaleros 2.64% (5).

Nos parece también interesante la correlación según sexo y edad de los grupos de pacientes revisados, ya que la misma nos permite determinar que si bien en el hombre el grupo de mayor incidencia es a partir de los 41 años de edad y que corresponde a lo descrito (4, 5, 6), de que en el sexo masculino predomina el infarto del miocardio a partir de esta edad, puesto que los dos pacientes encontrados bajo esta edad, no pertenecen a la clase de pacientes en general considerados, sino que el más joven (20 años), presentó el cuadro de infarto del miocardio durante una crisis hipertensiva severa, secundaria a feocromocitoma demostrado anatomo-patológicamente y el otro de 28 años de edad, que por controles diversos -

en toda la familia, se hizo el diagnóstico de hipercolesterolemia familiar. En el grupo de pacientes del sexo femenino encontramos un dato que nos parece significativo como es que se presenta el infarto del miocardio a partir de los 51 años de edad, sin ningún caso por debajo de esta cifra, lo cual corresponde plenamente a los descrito (1), de que la incidencia de padecimientos coronarianos es igual en el hombre y en la mujer, cuando esta pasa de la menopausia, que es el estado en el cual se encuentra el grupo de pacientes de sexo femenino por nosotros encontrado.

Llama la atención que los pacientes que tuvieron como principal motivo de consulta, dolor con un porcentaje de 50.43% y en que consultaron por shock y pérdida de la conciencia (3.48%), sólo en el 8.70% de los casos consultaron en un fermino menor de 24 horas de evolución, siendo el grupo de mayor incidencia (30.45%) el que consultó entre la primera y segunda semana de -

sentar síntomas, hallazgo sobre el cual no logramos determinar una razón, pues como lo mencionamos al principio, los grupos de mayor incidencia encontrados, corresponden a individuos que por su origen y ocupación puede suponerseles un nivel cultural lo suficientemente elevado como para tomar en consideración un cuadro de dolor opresivo precordial.

Respecto a las alteraciones encontradas en los signos vitales, durante los exámenes físicos efectuados, es interesante que nuestra revisión, muestre una incidencia francamente mayor de datos dentro de límites normales, lo cual no está de acuerdo con las estadísticas publicadas en trabajos semejantes a éste (4,6.) donde típicamente se refiere que el infarto del miocardio se acompaña en la gran mayoría de los casos de hipotensión, taquicardia y fiebre (4-6.).

Lo contrario a lo que se describe en el párrafo anterior, fue lo encontrado en los análisis de laboratorio e--

fectuados, tales como recuento de glóbulos blancos, sedimentación, transaminasas glutámico fenil pirúvica y oxalacética, así como deshidrogenasa láctica, los cuales se encontraron significativamente elevados. (11).

En el cuadro correspondiente a la relación entre número de egresos efectuados, los porcentajes de incidencia de infarto del miocardio y la cifra de fallecidos por año, podemos observar que mientras el número de egresos sube progresivamente desde 1961 a 1964, en el mismo número de años vemos que la incidencia porcentual de infartos permanece prácticamente estable con variaciones estadísticas poco significativas, decreciendo posteriormente hasta llegar a ser en 1968 de 0.81%. Al mismo tiempo, tenemos -- que las cifras de mortalidad son sumamente variables no siguiendo ningún patrón, pues como podemos observar, la cifra más baja la tenemos en 1967 (19.23%), y

la más alta (50%) en 1964.

El aumento progresivo del número de egresos es la muestra del incremento de la población hospitalaria en general, asimismo el porcentaje de incidencia de infartos según el número total de egresos, permanece inalterable como se dijo anteriormente, ya que sus variaciones no son estadísticamente significativas, mostrando únicamente la baja incidencia del infarto del miocardio en nuestro medio en comparación con otros datos revisados (1-4-6-10).

Lo que evidentemente es demostrativo es la mortalidad encontrada y que se demuestra en el cuadro en cuestión, donde vemos que a pesar de las grandes variaciones mencionadas, el promedio en general es del 35.99% de mortalidad por infarto del miocardio, cifra muy por encima de cualquier serie consultada y como se muestra en los cuadros del análisis, esta mortalidad es principalmente durante las primeras veinticuatro horas de hos-

-34-

pitalización, donde alcanza el 100% para ir decreciendo progresivamente hasta llegar al 0% en el grupo entre tres y cuatro semanas de hospitalización, siendo después de este tiempo la mortalidad muy variable y que no vuelve sino a ser la comprobación de lo publicado por distintos autores (1-4-6-), de que la mortalidad del infarto del miocardio, es máxima durante el primer día, para decrecer hasta la cuarta semana, aduciendo como causas principales de muerte (4-9), la insuficiencia cardíaca congestiva y trastornos del ritmo. Al demostrar en este estudio que la principal causa de muerte en los pacientes con infarto del miocardio en nuestro medio es la insuficiencia cardíaca congestiva con el 80.48% de incidencia y que como se dijo con anterioridad, nuestros casos tienen el 100% de mortalidad durante las primeras veinticuatro horas, podemos deducir que la gran incidencia de mortalidad demostrada en esta revisión, es el reflejo de cierta deficiencia en el

control de nuestros pacientes, la cual se nos ocurre puede existir en la falta de asistencia y control adecuados durante las veinticuatro horas siquiera que ingresen con un cuadro agudo de infarto del miocardio y poder así tratar a tiempo o prevenir principalmente trastornos del ritmo como condiciones precipitantes de falla cardíaca, deficiencia que podemos comprobar con la cifra tan baja (11.30%) encontrada en el análisis detenido de los distintos estudios electrocardiográficos de los pacientes, respecto a trastornos del ritmo, comparada con la elevada cifra de mortalidad.

La localización encontrada en primer término, fué diafragmática y diafrágmatica con extensión (28.69%), seguida de la septal y anteroseptal (27.85%), lo que corrobora lo dicho en el párrafo anterior, puesto que los distintos autores sobre este tema (8), están de acuerdo en aceptar que estas localizaciones por sus relaciones estrechas con el sistema conductor cardíaco,

favorecen los trastornos del ritmo.

Y para aportar otro factor contribuyente en la alta mortalidad encontrada, no tenemos más que mencionar la idiosincrasia propia de nuestro pueblo, que aún ante cuadros tan invalidantes y dramáticos como son los que se presentan en el curso del infarto del miocardio, los hace consultar en el 59.14% de los casos hasta después de la segunda semana de aparecimiento de los síntomas, perdiéndose como es natural durante este tiempo las mejores posibilidades de brindarles algo que mejore su pronóstico tan sombrío.

No se discute en este trabajo el tratamiento por encontrarse un criterio unificado al respecto, dejando este aspecto tan interesante para futuras revisiones o estudios sobre este tema.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Conclusiones:

- 1.- Se analizan 115 casos de infarto del miocardio obtenidos en la revisión de 13,195 papeletas de la sección de adultos del Hospital Roosevelt.
- 2.- El tipo de pacientes encontrados fueron del sexo masculino, mayores de 41 años de edad, de origen urbano, dedicados a actividades sedentarias y condicionantes de stress. La mayoría consultó entre la primera y tercera semana de evolución, siendo el principal síntoma, el dolor precordial.
- 3.- Los signos vitales fueron normales en la mayoría, estando aumentadas las dosificaciones de transaminasas glutámico fenil pirúvica y oxalacética, predominantemente ésta última y la deshidrogenasa láctica en todos los casos, siendo la localización más frecuente en la cara diafragmática y diafrágmatica con extensión.

4.- Se encontró 13 casos de arritmias, siendo las más frecuentes taquicardia supraventricular y extrasistolia.

5.- La mortalidad fué del 35.65% durante la primera semana de evolución, la cual corresponde al 0.33% de la mortalidad general, siendo la causa más frecuente de muerte insuficiencia cardíaca congestiva.

Recomendaciones:

1.- es conveniente la creación de una unidad de tratamiento intensivo para pacientes coronarios en donde se disponga de equipo moderno para el diagnóstico precoz de arritmias y, especialmente atendido por personal médico y paramédico especializado en este tipo de afecciones.

2.- Por la dinámica de trabajo del Hospital Roosevelt, es fácil que se implanten pautas terapéuticas en el tratamiento de éstos enfermos, con una divulgación

adecuada de las mismas, para el conocimiento de todo el personal.

3.- Es importante que el departamento de fisioterapia le brinde a estos pacientes asistencia adecuada, tanto temprana para evitar complicaciones trombóticas, como tardías para que puedan incorporarse a la vida activa adecuadamente.

4.- Creemos conveniente que se pueda contar con tratamiento psiquiátrico especializado en éstos pacientes, para evitarles una invalidez de origen psicogénico en el futuro.

5.- Que el control en consulta externa sea llevado durante el tiempo que se crea conveniente, por la unidad de cardiología del hospital, para poder seguir adecuadamente la evolución del proceso y evitar en el tiempo preciso, las complicaciones que se presenten.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Anderson W.A.D., "Sinopsis de Patología", Argentina
López Libreros, 1963, pp. 222-224.
- 2.- Arévalo F. et al., "Infarto del Miocardio, su incidencia en la Población Hospitalaria", Guatemala,
XIX Congreso de Medicina, del 11 al 16 de noviembre de 1968. (sin publicar).
- 3.- Brainerd H. et al., "Diagnóstico y tratamiento", México, Manual Moderno, 1965, pp. 210-214.
- 4.- Friedberg C., "Enfermedad cardíaca Isquémica", En Cecil-Loeb "Tratado de Medicina Interna", -- lla. ed., México, Editorial Interamericana, S.A. 1964, pp. 660-682.
- 5.- Gorodezky et al., "Epidemiología del Infarto del Miocardio en los Enfermos del Instituto Nacional de Cardiología de México", México, Archivos del Instituto de Cardiología de México, enero/febrero 1967, pp. 720-724.-
- 6.- Harrison T.R. et al., "Medicina Interna", México
La Prensa Médica Mexicana, 1965, pp. 444-459.
- 7.- Herrera J. R. et al., "Consideraciones Epidemiológicas sobre anomalías congénitas del adulto", Guatemala, XIX Congreso de Medicina, del 11 a 16 de Nov. de 1968. (Sin publicar).

8.- Medina O., et al., Infarto del Miocardio y la -
Diabetes Mellitus", México, Archivos del
Instituto de Cardiología de México, mayo/
junio de 1968. pp. 1010-1013.

9.- Moleiro et al., "Infarto del miocardio en el --
adulto jóven", México, Archivos del Ins-
tituto de Cardiología de México, mayo/ju-
nio 1968, pp. 922-927.

10- Weinblatt et al., "Myocardial Infarction in --
men", Chicago, J.A.M.A., 198(12): -----
1241-1245, Dec. 19 1966.

11- West M. et al., Serum Enzymology In The Dyag-
nosis Myocardial Infarction and Related -
Cardiovascular Conditions, Illinois, The -
Medical Clinics of North America, 50(1):
171-190, January 1966.

Vo. Bo.


Sra. Ruth R. de Amaya.

BR. RODOLFO MOISES GONZALEZ LAYLLE

DR. ERNESTO GRAJEDA B.
Asesor.

DR. JULIO DIAZ CACEROS
Revisor.

DR. JOSE FAJARDO CRUZ
Director del Depto. de Medicina

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.