INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA LEON XIII. MEDELLIN. 1986 - 1990

*M. Schober M., A. Tobón V.**

PALABRAS CLAVES: *Infarto Agudo del Miocardio, Factores de Riesgo Coronario y Prevención Secundaria en el IAM.*

RESUMEN

Estudio descriptivo realizado con el fin de trazar el perfil social de los pacientes atendidos en la Clínica León XIII entre 1986 y 1990 por infarto agudo del miocardio (IAM), con énfasis en la presencia de factores de riesgo conocidos para enfermedad coronaria.

Se encontró un predominio del sexo masculino, la educación primaria y el estado civil casado. La edad promedio fue de 53 años. El factor de riesgo más común fue el sedentarismo, seguido del tabaquismo pasado o actual mayor de 10 paquetes año, antecedente familiar o personal de IAM e hipertensión arterial.

La sobrevida al primer año fue de 97.1% y a los cuatro años de 88%. Durante el seguimiento se observó ligera disminución en la incidencia de angina y el 61.6% no presentó síntomas de enfermedad coronaria. La mayoría modificó la dieta, dejó de fumar, emprendió programa de ejercicios, pero no cambió en el índice de colesterol/ HDL.

* Michelle Schober M.
Alejandra Tobón V.
Internas Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Asesor: Dr. Fernando Tirado
Medellín, Colombia

SUMMARY

The objective of the following descriptive study was to draw the social profile of those patients hospitalized in the Leon XIII Clinic between 1986 and 1990 due to an acute myocardial infarction (AMI), placing emphasis on the presence of known coronary risk factors.

Male gender, primary education and the married state predominated among the group studied. The mean age was 53. The most common risk factor was a sedentary life style, followed by past or present habit of smoking (more than 10 pach-years), personal or familiar history of AMI, and by arterial hypertension.

The 1-year survival was 97.1% and that at four years was 88%. A slight decline in the incidence of angina was observed at follow up, and 61.6% had no coronary symptoms. The majority modified their diet, quit smoking and started an exercise program but there were no significant changes in the TC/HDL index.

KEY WORDS: Acute Myocardial Infarction (AMI), Coronary Risk Factors, Secondary Prevention in AMI.

INTRODUCCION

El presente trabajo describe la presencia de factores de riesgo conocidos para enfermedad coronaria en un grupo de 403 pacientes atendidos por IAM en la Clínica León XIII de Medellín en el período de 1986 - 1990.

La importancia de este estudio radica en la gran contribución a la mortalidad por enfermedades del

aparato circulatorio dado por la cardiopatía isquémica (41.9 por millón en 1981), comparable ésta únicamente con la mortalidad por otras cardiopatías (42.9 por millón), siendo superior a otras causas tales como la hipertensión (21.6 por millón) (3). Además constituye un aporte a la información existente sobre la presencia de factores de riesgo en nuestro medio, tan necesaria para el diseño de programas preventivos adecuados.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes atendidos en la Clínica León XIII entre 1986 y 1990. El universo fueron todas las personas del ISS que acudieron a dicha clínica en el mismo período por motivos coronarios. El muestreo realizado no refleja toda la población "coronaria" del ISS ya que muchos acudieron a otras clínicas, murieron en sus casas o durante la hospitalización, y por ende no se incluyeron en el estudio.

Durante la hospitalización se llenó una encuesta general donde se anotaron, entre otros, características como el tabaquismo y antecedentes personales y familiares de importancia. Una nutricionista completó la encuesta antropométrica y dietética y cuantificó si era de alto, mediano o bajo riesgo, según relación grasa poliinsaturada/insaturada, ingesta de sal y calorías totales. Entre el segundo y sexto mes postinfarto se hizo un perfil lipídico a un buen número de pacientes.

Se logró hacer un seguimiento de 179 pacientes. La mayoría se siguió mediante encuestas llenadas telefónicamente o durante las citas de revisión. Los pacientes se citaban además para realizar nuevos perfiles lipídicos y llenar una encuesta sobre la calidad de vida comparada con la que tenían anteriormente. Un pequeño subgrupo (22 personas) acudió al programa de rehabilitación cardíaca. En ellos el seguimiento se realizó mediante las mismas encuestas. Con esta información se pretendió evaluar sobrevida, mortalidad post-IAM, y modificación de los factores de riesgo preexistentes.

Los datos obtenidos se tabularon en Lotus 1-2-3 y se hicieron con ellos tablas de distribución de frecuencias tanto absolutas como relativas. A las variables cuantitativas se les aplicó medidas estadísticas como media, mediana, varianza, rango y desviación estándar. A las restantes se buscó encontrar únicamente la moda. En cuanto al seguimiento, se comparó para cada factor de riesgo la incidencia de éste antes y después del IAM en el mismo subgrupo, usando la moda o las otras medidas según el tipo de variable. La sobrevida se calculó con base en la mortalidad encontrada en cada intervalo de tiempo.

RESULTADOS

Para fines de comparación se usó como total la cifra de 403 pacientes y con base en ella se definió el comportamiento porcentual de cada factor de riesgo. Estos fueron, en su orden:

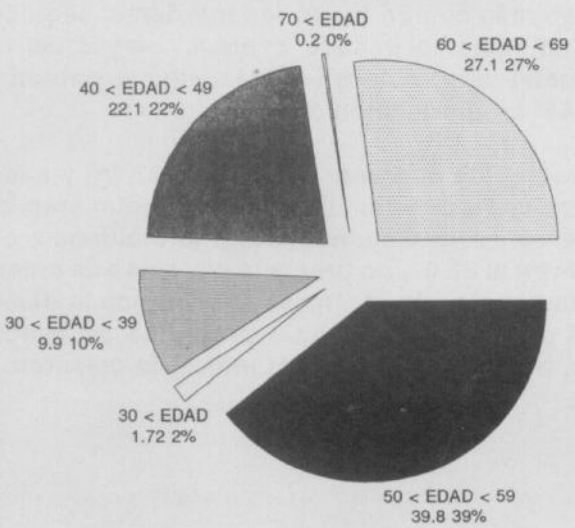
Sexo: Predominó el sexo masculino con 78.7% pero cabe anotar que la población con acceso a la Clínica León XIII la constituyen los afiliados (generalmente son hombres) y las beneficiarias cuyo esposo vivo o muerto recibe pensión por parte del ISS.

Sedentarismo: el 70.7% del total no realizaba ninguna actividad física.

Edad: el 62% de los pacientes tenía entre 40 y 59 años. La edad promedio de la población estudiada fue de 52.67 años (Gráfico 1).

GRAFICO 1.

DISTRIB. POR EDAD. INFARTO DEL MIOCARDIO
Clínica León XIII 1986 - 1990



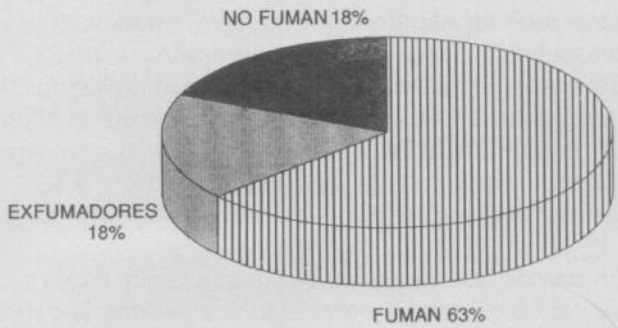
Tabaquismo: el 63.2% fumaba actualmente y el 18.4% eran exfumadores (Gráfico 2).

En total, entonces, el 56.6% fumaba o había fumado más de diez paquetes-año en su vida. Cabe anotar que se escogió la variable paquetes-año no sólo para fumadores sino para exfumadores, a pesar de que es bien conocido que el dejar de fumar altera el

riesgo para enfermedad coronaria atribuible a tabaquismo, ya que no se tienen datos acerca del tiempo de abstinencia. Se sospecha además que un buen número de pacientes quienes dejaron de fumar justamente durante su hospitalización por IAM dijeron que eran "ex-fumadores" y por esto se escogió la variable mencionada.

GRAFICO 2.

DISTRIB. POR PRESENCIA DEL TABAQUISMO I.M. Clínica Léon XIII 1986 - 1990



Antecedente Personal o Familiar de IAM: Se encontró que el 43.4% del total de encuestados tenían antecedentes familiares de IAM (se anota que no se tomaron en cuenta las edades de los familiares afectados) y que el mismo porcentaje del total reportó haber tenido un IAM previo (se debe tener en cuenta que a pesar del entrenamiento que se le dio al personal encuestador es posible que la respuesta positiva del paciente a este respecto se refiriera al IAM actual).

Hipertensión Arterial: Se halló que el 41.4% del total relataba ser hipertenso, de los cuales el 68.9% recibía tratamiento médico.

Hiperlipidemia: Se logró realizar perfil lipídico completo o incompleto en 175 pacientes. De ellos, el 86.1% presentaba un índice de CT/HDL mayor de 4.5 (el 35.5% de la población total de 403 pacientes). Es importante anotar que la selección de este subgrupo fue afectada por factores tales como dificultades por parte del paciente para acudir a la clínica y la escasez ocasional de reactivos. El 21.1% (9.2% del total) tenían colesterol mayor de 260 mg% y LDL mayor de 185 mg%; el 30.8% (13.2% del total) presentaba HDL menor de 30. El colesterol promedio fue de 241 mg%, el índice CT/HDL promedio fue de 6.91 y el HDL promedio fue de 37.2 mg%. Resumiendo lo anterior, el 38% de la población total presentaba algún índice de hiperlipidemia según nuestros criterios.

Por el reducido número de pacientes estudiados, los porcentajes con base en un total de 403 dejan de ser válidos como punto de comparación con los otros factores de riesgo. Sin embargo, se piensa que la hiperlipidemia probablemente tiene una alta incidencia en el grupo total ya que a pesar del reducido número estudiado sigue ocupando un porcentaje relativamente alto en éste. (38%).

Dieta de Alto Riesgo: El 21.6% ingería una dieta de alto riesgo para enfermedad coronaria.

Indice de Quetelet: el índice promedio fue de 23.63 (riesgo medio) y sólo el 18.1% del total presentaba un índice de alto riesgo (mayor de 27).

Angina: El 18.4% del total reportó haber sufrido angina previamente.

Diabetes Mellitus: El 13.2% del total padecía esta enfermedad.

El seguimiento de los pacientes refleja un grupo que ya había pasado los momentos de mayor mortalidad: El tiempo antes de y durante la hospitalización inicial. Además, se excluyeron del seguimiento a aquellos pacientes que por uno u otro motivo no se pudieron encontrar.

Se encontró una sobrevida del 88% a los tres y los cuatro años. De los 179 pacientes seguidos, 22 estuvieron en un programa formal de rehabilitación cardíaca. El 61.6% cursó sin ninguna morbilidad posterior; la incidencia de angina disminuyó de 19.2 a 14.6% y la calidad de vida fue predominantemente excelente o buena.

En cuanto a los factores de riesgo, se halló que el 73.8% modificó la dieta y que el peso no tuvo comportamiento marcado en ninguna dirección. Sin embargo, hubo un descenso significativo en el número de fumadores (cayó de 63% a 30.7%) y de sedentarios (cayó del 74% a 38.3%).

Es interesante observar que las HDL ascendieron de 36.7 a 39 mg% y el índice CT/HDL disminuyó de un promedio de 6.95 a 6.38. El colesterol predomino, sin embargo, no se presentó cambios importantes y las LDL tuvieron un pequeño ascenso; pero ninguno de estos cambios es significativo (gráficos 3, 4 y 5).

GRAFICO 3.

DISTRIB. PROMEDIOS DE COLESTEROL SEGUN TIEMPO I.M. Cl. León XIII 1986 - 90

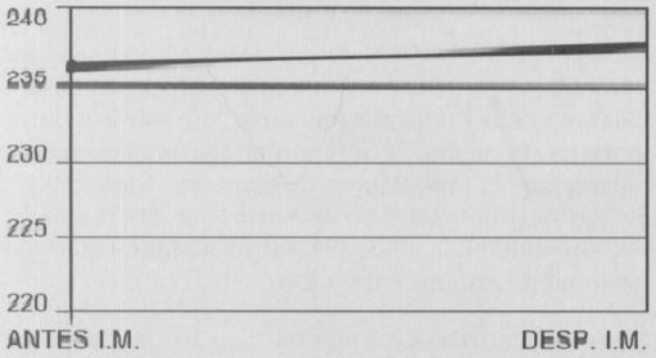


GRAFICO 4.

DISTRIB. VALORES DE HDL SEGUN EL TIEMPO I.M. Clínica León XIII 1986 - 1990

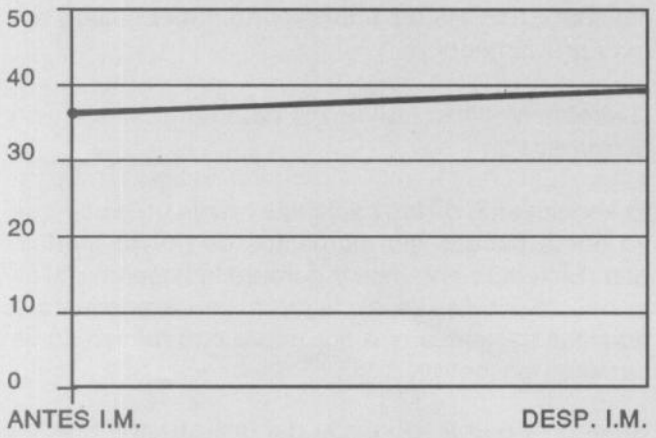
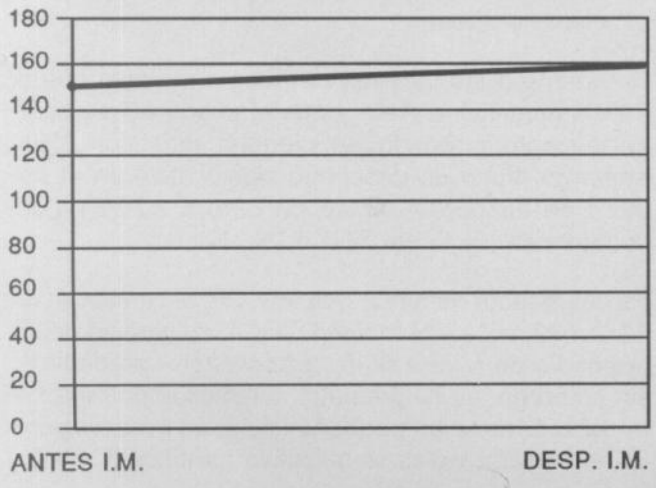


GRAFICO 5.

DISTRIB. VALORES DE LDL SEGUN EL TIEMPO I.M. Clínica León XIII 1986 - 1990



DISCUSION

La importancia de un factor de riesgo dado varía entre las diferentes poblaciones estudiadas. En el presente trabajo, se observó desviación del patrón general. En cuanto el sedentarismo, ocupó el segundo lugar en prevalencia. Sin embargo, es bastante probable que dicha prevalencia (70.7%) no sea demasiado diferente al de la población en general en nuestro medio y por lo tanto no sea significativo. Vale anotar de todas maneras que en un estudio retrospectivo como éste, realizado en Aligargh (4), se encontró que el sedentarismo y el tabaquismo ocuparon los dos primeros lugares. Se encontraron otras buenas correlaciones entre estos datos y los obtenidos en Aligargh: por ejemplo, en ellos el sexo masculino ocupó el 87.5%, comparado con un 78.7% del presente estudio, el rango de edad de incidencia máxima fue 51-60 años (comparado con 50-39 años). En cambio, la HTA y la diabetes mellitus tuvieron mayor importancia en este estudio (41.4% y 13.2% versus 24% y 12.32% respectivamente) (4).

En cuanto al tabaquismo se vio que la alta incidencia se correlaciona con otros estudios (5) donde ocupa uno de los tres primeros lugares. Es importante señalar que en este grupo era el factor de riesgo modificable más frecuente en esta población .

Es difícil evaluar la incidencia de hiperlipidemia en el grupo analizado en vista de que sólo se pudo estudiar un subgrupo, pero tomando en cuenta que este subgrupo no fue seleccionado y que probablemente refleja el grupo total, es probable que éste sea un factor de riesgo importante en la población total. Si vemos que el 86.1% (de la subpoblación) tenía CT/HDL > 4.5, 30.8% HDL < 29 y 21.1% CT > 260 y LDL > 185, se debe pensar que a nivel de la población general haya porcentajes similares.

En el North Karelia Project se encontró que la historia de IAM o angina en padres menores de 50 años no estaba relacionada significativamente con la incidencia de IAM. Tampoco se encontró relación con la historia familiar de ECV (6).

En nuestro estudio se encontró una incidencia relativamente alta de historia familiar, pero se carece de datos acerca de la edad y grado de consanguinidad además de datos comparativos de la población general.

Se encontró que en nuestra población el porcentaje de pacientes con dieta de alto riesgo no es muy elevado (21.6%) lo cual no se correlaciona con otros

estudios realizados en Norteamérica (7). Sin embargo es posible que este porcentaje de todas formas sea significativamente alto comparado con la población colombiana y por eso, al igual que con el sedentarismo, no podemos concluir sobre su importancia sin estudios comparativos.

En la población estudiada, el bajo porcentaje de pacientes con índice de Quetelet de alto riesgo se correlaciona con lo hallado en otros estudios (8) pero igualmente carecemos de datos comparativos para poder concluir sobre su significado.

Al parecer, el tabaquismo, la vida sedentaria y la hiperlipidemia, son los factores de riesgo modificables más importantes en nuestro medio; sin estudios comparativos, sin embargo, aún no lo podemos afirmar. Además, es posible que otros factores como estado civil, antecedente familiar de enfermedad cerebro-vascular, etc. sean importantes por estar presente en este grupo y no en un grupo control.

Es claro que los pacientes en general modificaron su comportamiento dietético, de tabaquismo y ejercicio, aunque éste no se refleje en los lípidos medidos. Este cambio de comportamiento (9) es similar al encontrado en otros estudios.

Finalmente, se menciona algunos factores de error. Existen los inherentes a los estudios retrospectivos donde el medio de recolección de información es una encuesta (en la mayoría de los casos no hecha por personal médico) están sujetos a la habilidad del encuestador, a la veracidad del paciente, a la subjetividad de ambos, etc. En el seguimiento se tiene el problema de localizar a los pacientes, por lo cual no se tienen datos reales sobre letalidad. Pueden existir errores en la transcripción de datos y el error humano al que todos están sujetos.

Se espera que con base en este estudio se haga otro comparativo y que se pueda entonces adecuar los programas preventivos hacia los factores más importantes en nuestro medio.

AGRADECIMIENTOS

Sin la valiosa colaboración de las siguientes personas no hubiera sido posible realizar este estudio.

Agradecemos al Dr. Fernando Tirado el haber compartido con nosotros su gran experiencia y conocimientos en el campo de la enfermedad coronaria para la asesoría de este trabajo, además de habernos brindado acceso a los archivos del ISS.

Al personal del Departamento de Epidemiología y del Departamento de Sistemas del ISS.

Al Ingeniero Gustavo Henao le debemos nuestra gratitud por su paciente y desinteresada colaboración en cuanto al análisis estadístico de los datos obtenidos.

A nuestros familiares agradecemos su comprensión y ayuda.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres de G., Yolanda. Epidemiología de la Enfermedad coronaria y Programas de prevención; Trabajo presentado en Foro Salud Siglo XXI, Medellín, Ediciones Gráficas, 1984. pp. 239-240.

2. Pasternak, Richard C. et al. Acute Myocardial Infarction, in: Braunwald, Eugene et al, ed. Harrison's Principles of Internal Medicine, New York, Mc. Graw Hill, 1987. V. 1, pp. 982-984.

3. Carmona, Francisco. La Salud de los colombianos. Diagnóstico integral de salud. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Serie Publicaciones Científicas #11. 1988. pp. 121-128.

4. Ramani, A. et al. Morbility and mortality of acute myocardial infarction in and around aligorgh.

5. Dagenais, G.R. et al. First coronary heart disease events in relation to major risk factors. Quebec Cardiovascular study. Canadian Journal of Cardiology, 6(7): 74-80, 1990.

6. Salonen, J.T. and Pusha, P. Relation of Serum cholesterol and triglycerides to the risk of acute myocardial infarction on eastern finish male population. American Journal of Epidemiology, 12: 26-31, 1983.

7 Mc. Gee et al. Ten Year Incidence of Coronary Heart Disease in The Honolulu Heart Program. Relationship to Nutrient Intake. American Journal of epidemiology, 119: 667-676, 1984.

8. Brand, R.J. et al. Multivariate predictor of coronary heart disease in the western collaborative group study compared to the findings of the framingham study. Circulation, 53: 348-355. 1976.

9. Siegel, David et al. Risk factor modification after myocardial infarction. Annals of Internal Medicine, 109: 213-218. 1988.

Suministre el toque de protección

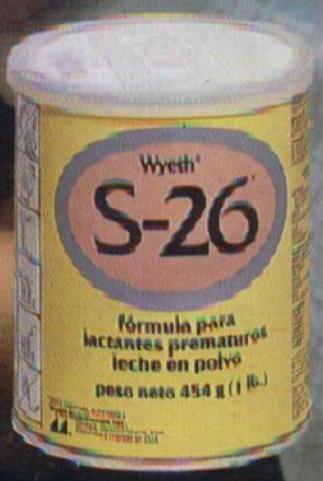
Wyeth*

S-26*

Para prematuros

Manejo especial moderno
para los bebés de bajo peso

- Satisface las críticas necesidades de proteína
- Promueve un rápido aumento de peso
- Satisface los elevados requisitos de energía
- Aporta 24 kcal/onza.



S-26 PARA PREMATUROS es una fórmula especialmente preparada para satisfacer los requisitos nutricionales particulares de los neonatos de bajo peso. Este producto debe utilizarse únicamente bajo supervisión profesional.

Colaborando para una mejor nutrición infantil

Wyeth

RSLM092M13788

* Marca Registrada