

REV MED POST UNAH
Vol. 5 No. 2
Mayo-Agosto, 2000.

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN AMBULATORIA DEL PACIENTE POST INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EGRESADOS DE LOS HOSPITALES ESTATALES Y PRIVADOS DE TEGUCIGALPA.

ANALYSIS OF THE AMBULATORY EVOLUTION OF PATIENTS DISCHARGED AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS IN TEGUCIGALPA.

Yadira Yamilet Alvarez-Moreno* Mauricio Várela-Ramos**

RESUMEN. OBJETIVO. Establecer la morbilidad y mortalidad del paciente Post Infarto Agudo del Miocardio egresado de los Hospitales estatales y privados de Tegucigalpa, y determinar el tipo de seguimiento y Rehabilitación Cardíaca que ha tenido el paciente. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio prospectivo, transversal, analítico y de cohorte en pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, egresados de los Hospitales: Escuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, La Policlínica y Centro Médico Hondureño desde enero de 1998 a marzo del 2000.

RESULTADOS. Del universo teórico, el 90% fueron egresados de Hospitales estatales, el 65 % fueron masculinos y 60% mayores de 60 años. La localización más frecuente fue la anteroseptal 35%, predominando el "infarto Q" 83%. El estado funcional de los infartos, de acuerdo a la clasificación de Killip fue I y II en el 60%. De los 113 casos estudiados, hubo complicación en el 72%, siendo mayores de 60 años el 55% y masculinos el 64%. El Killip II tuvo más complicaciones y 83% eran "Infarto Q". La Insuficiencia Cardíaca fue la complicación más frecuente y la primera causa de reingreso. El Re-Infarto se presentó en el 6% y la mortalidad en el 8%. En el 100% se detectó al menos un factor de riesgo. El 74% recibieron indicaciones médicas. Se citaron el 81% y se controlaron el 74%, atendidos por cardiólogos en el 79%. El 72% cumplieron las indicaciones médicas en forma parcial.

CONCLUSIÓN. No es suficiente la orientación que recibe el paciente que ha tenido un infarto que sea determinante para cambiar los factores de riesgo que predisponen a la ocurrencia del IAM.

PALABRAS CLAVE: Infarto Agudo del Miocardio, Evolución Ambulatoria.

ABSTRACT. OBJECTIVE. To establish the *marbidity* and mortality of the Post Acute Myocardial Infarction patients discharged from the state as well as private Hospitals in Tegucigalpa, and to determine the follow up and Cardiac Rehabilitation that the patients may have. **MATERIAL AND METHODS.** Through an analytical, prospective, transversal study in patients discharged from any of the following **Hospitals:** Escuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, La Policlínica and Centro Médico Hondureño from January 1998 until March, 2000.

RESULTS: From the theoretical universe, 90% *where* discharged from State Hospitals, 65 % *where* male and 60 % of them is a population older than 60 years. The most common location is antero-septal representing a 35%, predominating the "Q Infarction". The functionality of the infarctions according to the Killip's classification *was* 60% in Killip I and II. From the 113 cases studied 72% of the patients had complications being more usual in patients older than 60 years of age representing a 55% and in males a 64%. The Killip II

* Médico Residente III, Postgrado de Medicina Interna, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ** Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

had more complications 83% of them were "Q Infarction". The Heart Disease was the most common complication and represented the first cause of readmitance. The Re-Infarction represented a 6% of the readmitance causes and a mortality of an 8%. In a 100% of the patients, at least one risk factor was detected. A 74% of them received medical indications. An 81% of them where appointed and 74% of them followed by Cardiologist in a 79 %. And 72% of them accomplished the medical indications partially.

CONCLUSIONS. *The medical indications given to patients with Acute Myocardial infarction are not sufficient in order for them to change these risk factors that predispose an Acute Myocardial infarction.*

KEY WORDS: *Acute Myocardial Infarction, Ambulatory development.*

INTRODUCCIÓN.

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM), es un evento coronario agudo que se produce como consecuencia de la interacción de una serie de factores, entre los cuales algunos pueden ser modificables y otros no. Algunos de los factores modificables están ligados a nuestra cultura y estilo de vida; de manera tal que el tratamiento integral del paciente coronario, particularmente después de haber sufrido un infarto, debe incluir estrategias tendientes a modificar el estilo de vida, por lo que la Rehabilitación y Prevención Secundaria dirigida a reducir los efectos de los factores de riesgo juegan un rol importante en el manejo de esta patología.⁽¹⁾

De los 900,000 casos nuevos de Enfermedad Coronaria que anualmente ocurren en los Estados Unidos, 500,000 han sufrido IAM y son candidatos potenciales para Rehabilitación Cardíaca, estimándose que solo el 11% de ellos (100.000 pacientes) pueden participar en un programa completo cuyo objetivo sea que el enfermo coronario alcance un nivel funcional óptimo, desde el punto de vista físico mental y social, que le permita reintegrarse a la sociedad y a su actividad cotidiana por sus propios medios. ⁽¹⁾

En nuestro país no hay información, sobre la orientación que el paciente con IAM ha recibido, en cuanto a la Prevención Secundaria y manejo ambulatorio de esta patología y cuando tal orientación se ha dado, se desconoce cual ha sido la respuesta a esas indicaciones y consecuentemente cual ha sido

la evolución del paciente. Todo esto es condicionado por la falta de un programa de Rehabilitación y Prevención Secundaria.

El presente estudio tiene como propósito determinar cual ha sido posterior a su hospitalización, la evolución del paciente que ha sufrido un IAM después de su internamiento en centros de atención, tanto del sector público como privado de Tegucigalpa.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, analítico y de cohorte en pacientes con infarto Agudo del Miocardio egresados del Hospital Escuela, Hospital Médico Quirúrgico del Instituto Hondureño de Seguridad Social, La Policlínica S.A. y Centro Médico Hondureño en el periodo comprendido de enero de 1998 a marzo del 2000.

El universo del estudio teórico fue de 124 casos de ambos sexo que independientemente de cualquier patología subyacente, reunieran criterios clínicos, electrocardiográficos y enzimáticos para diagnóstico de IAM.

El universo real consistió en 113 casos (91% del universo teórico) que fueron investigados en su domicilio y en la consulta externa del Hospital Escuela,

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de información. Uno la información existente en el expediente hospitalario y otra la información obtenida a través de la entrevista directa, que cuando no fue posible, se obtuvo de un pariente cercano, cuyo aporte fuera confiable.

El análisis y procesamiento de datos se realizó a través del programa estadístico computarizado Epi Info 6.0. La información obtenida del universo teórico (expedientes) fue utilizada para una información descriptiva, y se hicieron pruebas estadísticas para determinar la potencia de relaciones de variable de la información directa.

RESULTADOS.

Del universo teórico, el 90% de los casos fueron egresados de Hospitales estatales y el resto de Hospitales Privados, con la siguiente distribu-

ción: Hospital Escuela 72%, Hospital Medico Quirúrgico del Instituto Hondureño de Seguridad Social 18%, Hospital la Policlínica y Hospital Centro Medico Hondureño 10%.

Del total de casos seleccionados (124), 81 casos (65%) fueron del sexo masculino y 43 casos (35%) del sexo femenino. La edad osciló entre 26 y 98 años, con promedio de 66 años. El 60% fueron mayores de 60 años, predominando siempre el sexo masculino para todos los grupos de edad, igualándose la ocurrencia para ambos sexo después de los 80 años. (Tabla 1).

TABLA 1

RELACIÓN SEXO Y EDAD EN PACIENTES CON INFARTO

EDAD	SEXO		TOTAL
	F	M	
<40	1	4	5
40-60	15	30	45
61-80	22	42	64
>80	5	5	10
TOTAL	43	81	124

El Electrocardiograma (EKG) practicado en la totalidad de los casos, demostró que el Infarto localizado en la región anteroseptal es el mas frecuente (35%), prevaleciendo el "Infarto Q" o transmural con una incidencia del 83% con respecto al " Infarto No Q" o subendocardico (No transmural) que tuvo una incidencia del 17%.

Se practico Ecocardiograma en 43 de los 124 casos seleccionados (35%), encontrándose los siguientes datos:

Fracción de Eyección Ventricular Izquierda menor de 45% en 21casos(49%).

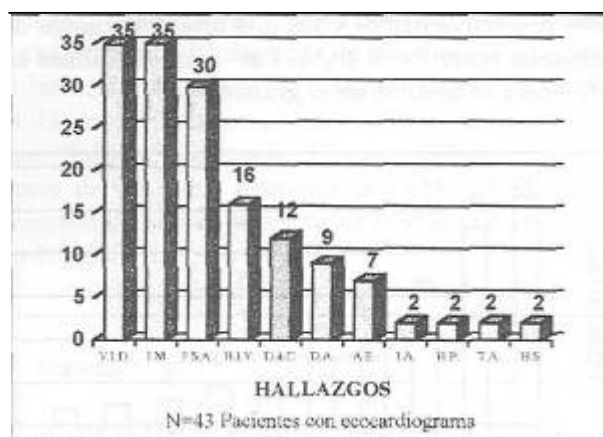
Dilatación de Cavidades Cardiacas en 20 casos, de los cuales 15 casos tenían dilatación ventricular izquierda y 5 casos con dilatación de las 4 cavidades.

Alteración de la contractilidad miocárdica con hipoquinesia parietal como la manifestación mas frecuente en el 86% de los casos.

Alteración de la función sistólica en 30% de los casos.

Afectación valvular en 37% de los casos, siendo la Insuficiencia Mitral la mas frecuente(15 de 16 casos) y la Insuficiencia Aórtica solo en un caso. En los casos de afectación valvular, la localización del IAM que mas prevaleció fue en la pared infero-posterior 44%.

Únicamente hubo dilatación aneurismática del ventrículo izquierdo en 4 casos (9%), de los cuales un paciente falleció. Los hallazgos en referencia se detallan en el Gráfico 1.



V.I.D.: Ventrículo Izquierdo Dilatado	A.E. Aorta esclerosis
I.M.: Insuficiencia Mitral	I.A.: Insuficiencia Aórtica
F.S.A.: Función Sistólica Alterada	U.P.: Hipertensión Pulmonar
H.V.I.: Hipertrofia Vermicular Izquierda	T.A. Trombosis Apical
D.4C: Dilatación de 4 cavidades cardiacas	H.S.: Hipertrofia del septum
D.A.: Dilatación Aneurismática	

GRÁFICO 1

HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS POSTERIOR AL INFARTO

El estado funcional de los Infartos, de acuerdo a la clasificación de Killip fue 1 y II en el 60% de los pacientes masculinos y 31% en los pacientes femeninos, demostrándose con ello menor severidad en los varones. No hubo diferencia en las categorías III y IV de la clasificación de Killip en relación al sexo.

Del universo real (113 casos estudiados), hubo complicaciones en el 72% de los casos 181 nacen-

tes). Entre estas complicaciones, 45 pacientes (55%) eran mayores de 60 años, predominando el sexo masculino. De acuerdo a la Clasificación Funcional, las complicaciones ocurrieron así:

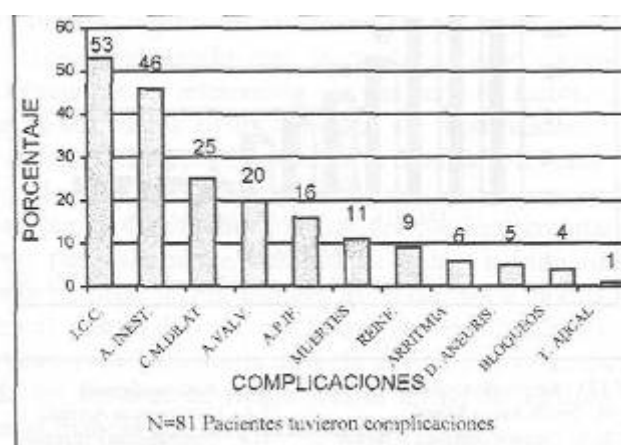
Killip I = 34 casos de 51.

Killip II = 41 casos de 53.

Killip III = 4 casos de 5.

Killip IV = 2 casos de 4.

De los 81 pacientes que tuvieron complicaciones, 67 tuvieron "Infarto Q" (83%) y 14 (17%) "Infarto No Q". La Insuficiencia Cardíaca Congestiva y la Angina Inestable fueron las dos complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia (53% y 46% respectivamente) y las dos primeras causas de reingreso posterior al IAM. Las complicaciones en referencia se detallan en el gráfico # 2.



I.C.C.: insuficiencia Cardíaca Congestiva
A. INEST.: Angina Inestable C.M.
DILATA.: Cardiomiopatía Dilatada
A. VALV.: Afectación Valvular
A.P. INF.: Angina Postinfarto

REINF.: Reinfarto
D. ANEURISMA: Dilatación Aneurismática
T.A.: Trombosis Apical

GRÁFICO 2

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

De los 113 casos estudiados hubo 7 pacientes que reinfartaron (6 %). De estos, 6 fueron "Infarto Q" o transmurales y la mitad de ellos tenían una Clasificación Funcional Killip II. La ocurrencia de estos Infartos Transmurales fue mayor (4 casos equivalentes al 57%) entre los 6 a 12 meses después del evento primario. Hubo predominio del sexo masculino (5 casos) que significó el 71% y 4 de estos pacientes fallecieron (57%). La localización de los

Re-Infartos fue variable con predominio de la pared anterior del miocardio en un 43%. Se dio tratamiento trombolítico a un solo paciente, cuyo Re-Infarto había ocurrido 3 meses después del evento primario. La totalidad de los pacientes que tuvieron Re-Infarto eran mayores de 60 años y todos ellos eran y continuaban siendo sedentarios. De los 7 casos de Re-Infarto, 5 habían sido fumadores y 4 continuaban siéndolo, 5 habían sido alcohólicos y 3 continuaron siéndolo y 3 pacientes continuaban siendo obesos, 3 son diabéticos y 4 hipertensos.

Se registró una mortalidad del 8% (9 fallecidos entre los 113 casos estudiados), la que a su vez equivale a un 11% de los 81 pacientes que tuvieron complicaciones. De los pacientes fallecidos, 7 tuvieron "Infarto Q" (transmural) lo que representó el 78%, habiendo 4 de ellos sido extenso y localizado en la pared anterior (44%). La mayoría de muertes, 5 casos (55%), fue en pacientes del sexo femenino. Al igual que los Re-Infartos, los fallecimientos ocurrieron en el transcurso del primer año después del evento primario, y en 7 de ellos (78%) en los primeros 6 meses. De acuerdo a la Clasificación Funcional, la mortalidad ocurrió así:

Killip I=22%.

Killip II= 33%

Killip III= 11%.

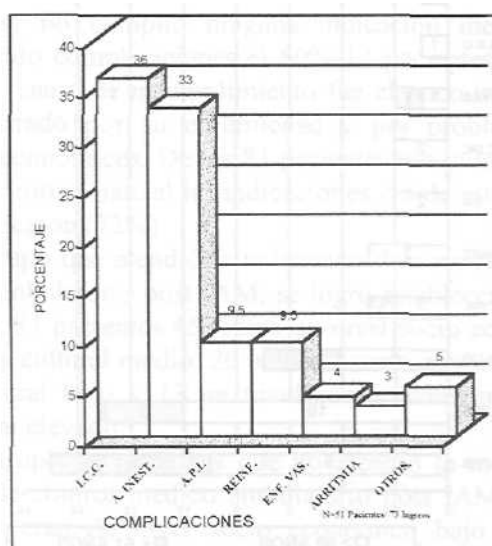
Killip IV=33%.

Cabe mencionar que uno de los pacientes fallecidos con Killip I tenía además un Aneurisma Ventricular y un Trombo Apical, mas compromiso severo de la función contráctil. Entre las defunciones 8 casos (89%) correspondieron a pacientes mayores de 60 años con predominio del sexo femenino (5 casos equivalente al 55%) . Del total de defunciones, 8 pacientes habían sido y continuaron siendo sedentarios (89%) , 3 de 4 eran fumadores y continuaron siéndolos , 2 pacientes no mejoraron el exceso de peso y uno de ellos tenía importante Hipertriglicidemia . Entre los fallecidos, ninguno de los 9 usaba un Betabloqueador y 5 pacientes eran diabéticos en su mayoría del sexo femenino (4 pacientes).

Entre los pacientes que tuvieron complicaciones, el 63% (51 pacientes) tuvieron una nueva hospitalización posterior al IAM, lo que corresponde al 45% de los 113 casos estudiados y en el total del periodo de análisis resultaron con un promedio de 1.4 ingre-

Los por paciente siendo las hospitalizaciones mayores en pacientes del sexo masculino y la insuficiencia Cardíaca y Angina Inestable las dos primeras causas de reingreso. Las causas de reingreso en referencia se detallan en el Gráfico 3.

En relación a los factores de riesgo, la Hipertensión Arterial estaba presente en 60 casos (53%) prevaleciendo en pacientes mayores de 60 Años, entre los que se detectó en 40 casos (67%). La Diabetes Mellitus se presentó en 34 casos (30%), de los cuales 18 pacientes (53%) eran mayores de 60 Años. Un total de 49 pacientes (43%) tenían antecedentes **familiares** de Cardiopatía Isquémica, siendo el antecedente paterno el que más prevaleció.

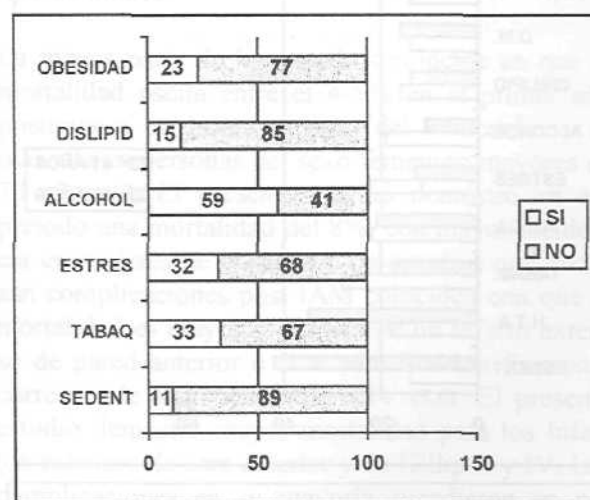


I.C.C.= Insuficiencia Cardíaca Congestiva
 A. fNEST.= Angina inestable
 A.P.I.= Angina Post Infarto
 REINF.= Reinfarto
 ENF. VAS.= Enfermedad Vascular Cerebral (2 casos): Crisis hipertensiva (un caso)
 OTROS= Hipoglucemia (un caso), Diabetes Mellitus descompensada (un caso); ruptura traumática del tendón del bíceps izquierdo (un caso); Neumonía (un caso)
 N= 51 pacientes tuvieron ingreso
 Promedio 1.4 ingreso por paciente

GRÁFICO 3

CAUSAS DE REINGRESO EN PACIENTES POSTINFARTO

Hubo Dislipidemia en 34 casos (30%) de los 113 casos estudiados, predominando el sexo masculino en pacientes menores de 61 años (53%). Entre los 34 casos con Dislipidemia, 19 tenían Hipertriglicéridemia, 18 Hipercolesterolemia, 9 Hipoalfalipoproteíнемia (colesterol HDL menor de 40) y 11 casos con Dislipidemia mixta. Es importante mencionar que la mayor parte de pacientes atendidos en el Hospital Escuela no tenían exámenes de laboratorio de control de lípidos, por lo que se desconoce si tenían algún tipo de Dislipidemia. El tabaquismo se presentó en 51 casos (45%) de los 113 casos estudiados y se observó más en pacientes menores de 61 años (32 casos equivalente al 63%). De los 51 fumadores al momento del evento coronario primario, 17 dejaron de hacerlo (33%), pero el resto, 34 pacientes (67%) continuaron haciéndolo. De los 113 pacientes estudiados 63 eran sedentarios (56%) y la mayoría, 47 casos (75%), eran mayores de 60 años. Posterior al IAM, 56 pacientes continuaron siendo sedentarios (89%). Véase Gráfico 4 y 5.



SEDENT= Sedentarismo
 TABAQ= Tabaquismo
 ALCOHOL= Alcoholismo
 DISLIPID= Dislipidemia

GRAFICO 4

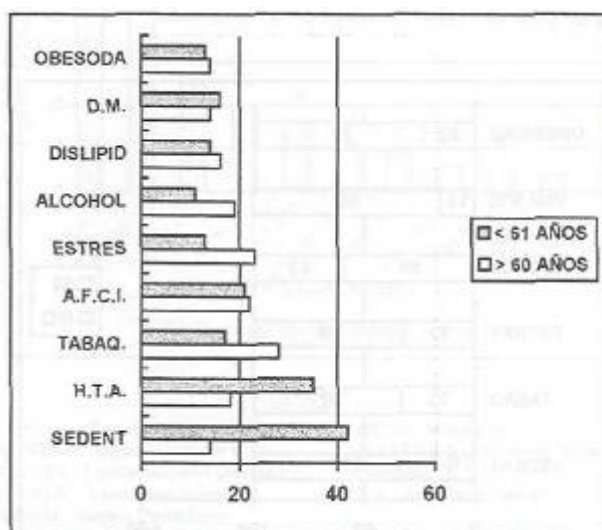
MODIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

De los 113 casos estudiados 31 eran obesos (27%) y 24 de ellos no modificaron su peso después del IAM. De 34 pacientes con problemas de alcoholismo 30 (88%) abandonaron dicho hábito (59%) se

logro establecer que 41 pacientes estaban sometidos a estrés emocional y en 13 de los casos se tomaron medidas conducente a mejorar dicho estado. Véase Gráfico 4

Entre la población estudiada, se encontró que 17 pacientes (15%) tenían antecedentes de IAM, de los cuales 10 eran mayores de 60 años. Aparte de estos, 13 pacientes tenían Angina Pectoris. Véase Gráfico 6.

Del total de casos estudiados, 84 pacientes (74%) recibieron indicaciones medicas al momento del egreso, pero no hubo uniformidad de criterios. Los parámetros sobre los cuales se dio indicación la mayor parte de las veces fueron dieta (54%), medicamentos (49%), y ejercicio (40%). Un total de 29 pacientes fueron egresados sin ninguna indicación previa. De los pacientes que recibieron indicación medica a su egreso, 45 pacientes que tenían algún factor de riesgo no modificaron y 39 si lo hicieron ($p=0.075$)



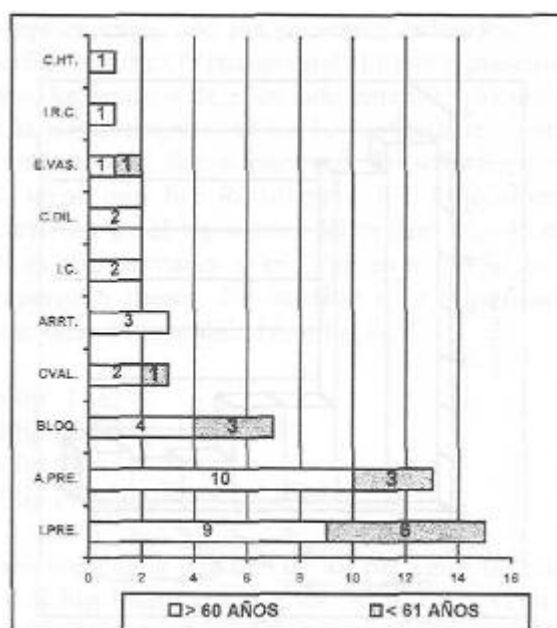
SEDENT= Sedentarismo
H.T.A.= Hipertensión arterial
TABAQ= Tabaquismo
A.F.C.I.- Antecedentes Familiares de Cardiopatía Isquémica.
ALCOHOL^ Alcoholismo
DISLIPID= Dislipidemia
D.M.= Diabetes Mellitus
OBESIDA= Obesidad

Al momento del egreso, 91 de los 113 pacientes estudiados (81%) fueron citados para su control y

seguimiento clínico. De estos 61 asistieron, faltando 30 a su primera cita. Al ser entrevistados, se encontró como razón para la inasistencia, problemas socio económicos en la mayoría de los casos y en menor grado, poco interés por su enfermedad, perdida de la cita, cambio de medico, cambio de centro hospitalario, y muerte.

En la actualidad, 84 pacientes (74%) tienen control medico periódico y los que no se controlan (26%) no lo hacen por problemas socio económicos. La mayoría de los que se controlan, 66 casos (79%) son atendidos por Cardiólogos, 17 por Especialistas en Medicina Interna y solo un paciente por Medico General.

GRÁFICO 6
OTROS FACTORES DE RIESGO Y EDAD EN
PACIENTES CON INFARTO



I.PREV.= Infarto Agudo de Miocardio Previo
A.PREV.= Angina Previa
BLOQ.= Bloqueos
C.VAL.= Cardiopatía Valvular
I.C.= Insuficiencia Cardíaca
C.DIL.= Cardiomiopatía Dilatada
E.VASC.= Enfermedad Vascular Cerebral
I.R.C.= Insuficiencia Renal Crónica
C.H.T.= Cardiomiopatía hipertrófica

Con respecto a la orientación que se dio a los pacientes en cada control, se encontró que se dio ins-

trucción sobre la restricción de sal a 78 pacientes (69%), sobre la toma de medicamentos a 77 pacientes (68%), restringir y seleccionar las grasas a 72 pacientes (64%), regular la actividad física a 61 pacientes (54%), restringir el exceso de alcohol a 52 pacientes (46%), evitar el cigarillo a 54 pacientes (48%) (42%), y reducción de peso 46 pacientes (48%) y reducción de peso 46 pacientes (41%). Del total de pacientes que recibió algún tipo de orientación en cada control medico (84 pacientes), se complicaron 65 pacientes (77%) $p=0.0220$. Y 62 pacientes de los que recibieron orientación cumplieron en forma parcial las indicaciones medicas $p=0.00153$.

De los 113 pacientes estudiados, 81 (72%) cumplieron las indicaciones medicas en forma parcial y 17 (15%) cumplieron en forma total. El 13% (15 pacientes) no cumplió ninguna indicación medica, sufriendo complicaciones el 80% (12 pacientes). La mayor causa de incumplimiento fue el poco interés demostrado por su enfermedad y por problemas socio económicos. De los 81 pacientes que cumplieron en forma parcial las indicaciones, 58 de estos se complicaron (72%).

Del grupo que atendió la indicación de control medico ambulatorio post 1AM, se logro establecer que de los 84 pacientes 45 tenían un nivel socio económico y cultural medio, 26 un nivel socio económico y cultural bajo y 13 un nivel socio económico y cultural elevado.

Del grupo de pacientes que no atendió la indicación de control medico ambulatorio post IAM, 29 (26%) eran de nivel socio económico bajo y 4 (3.5%) de nivel socio económico alto. De los 81 pacientes que cumplieron en forma parcial las indicaciones medicas, 39 eran de nivel socio económico medio y 32 de nivel bajo. De los 15 pacientes que no cumplieron ninguna indicación medica, no hubo predominio significativo en cuanto a su nivel socio económico o cultural.

DISCUSIÓN.

De acuerdo con la literatura mundial, el presente estudio ha demostrado que el Infarto del Miocardio es mas frecuente en hombres, pero mas severo en las mujeres (2). En este estudio la incidencia fue mayor en los hombres, pero la frecuencia se igualo al alcanzar los 80 años de edad. Aun cuando las complicaciones ocurrieron mas en el sexo masculino, la mortalidad fue mayor en el sexo femenino.

El IAM en pacientes menores de 40 años no muestra una gran incidencia dentro del total de afectados (2-5%) y 90% son varones, siendo el estrés, tabaquismo, y los antecedentes familiares los factores de riesgo mas relacionados a la ocurrencia del Infarto en este grupo de edad (1,5,6). El estudio demostró la baja incidencia de este grupo de edad, 6 casos (5%), de estos 5 eran masculino, siendo el tabaquismo y los antecedentes familiares los factores de riesgo mas relacionados.

Los factores de riesgo, tanto modificables como no **modifi cables**, son determinantes en la ocurrencia del Infarto del Miocardio (1,2,3,4). En este estudio fue identificado por lo menos un factor de riesgo en cada uno de la totalidad de los casos.

En la literatura mundial se establece que el "Infarto No Q" o subendocardico es el mas frecuente (5). En nuestro estudio el "Infarto Q" o transmural fue mas frecuente y como era de esperarse las complicaciones se presentaron en un porcentaje mayor en este tipo de Infarto.

La mayor parte de los estudios coincide en que la mortalidad oscila entre el 4-5% en el primer año posterior a un Infarto Agudo del Miocardio y es mas alta en personas del sexo femenino mayores de 70 años (5). El presente estudio demostró en ese periodo una mortalidad del 8%, con mayor incidencia en mujeres de 60 años. Los estudios que analizan complicaciones post IAM coinciden con que la mortalidad es mayor si se trata de un Infarto extenso de pared anterior o si su clasificación funcional corresponde a un Killip III o IV (5,6). El presente estudio demostró mayor mortalidad para los Infartos extensos de cara anterior y en Killip II y IV. Las complicaciones en su mayoría sucedieron en pacientes con Killip 1 y II, probablemente porque la mayoría de casos correspondían a esta clasificación funcional.

Aproximadamente el 50% de los Infartos Agudos, tienen una o más complicaciones que se relacionan con la edad y sexo del paciente así como con la localización y tamaño de la necrosis. Es bien sabido que cuanto mas extenso es el Infarto, peor pronostico tiene el paciente (5,6). El presente estudio demostró que 81 pacientes de los 113 estudiados presentaron complicaciones, predominando entre los afecta-

dos pacientes del sexo masculino mayores de 60 años.

Varios estudios han determinado que la mortalidad después del IAM esta aumentada en pacientes con Diabetes Mellitus (5,6). El estudio demostró que 5 pacientes de 9 fallecidos eran diabéticos.

El análisis estadístico de la muestra y resultado (chi cuadrada) nos permitió establecer la significancia de la relación de los factores de riesgo coronario y algunas variables independientes con la ocurrencia de Infarto Agudo del Miocardio, sus complicaciones y evolución; así analizamos la relación con Tabaquismo, Dislipidemia, Obesidad, Alcoholismo y Estrés Psicológico. Los resultados del análisis no mostraron significancia estadística, para Tabaquismo ($p=0.5134$), Dislipidemia ($p=0.8656$), Obesidad ($p=0.9175$), Alcoholismo ($p=0.7748$) Estrés (0.5064). En cambio si hubo significado estadístico para Sedentarismo ($p=0.04842$). Cabe sin embargo señalar que la mayor parte de población estudiada estaba constituida por personas de edad avanzada (63 de los 113 casos estudiados), con muy poca actividad física por limitaciones propias de la edad. Se hizo una prueba uniando los factores de riesgo, obteniéndose un resultado no significativo ($p=0.1077$).

Para un análisis mas adecuado, se realizo chi cuadrado estratificado, utilizando la variable del riesgo de haber tenido una afección cardiovascular previa a la ocurrencia del IAM, como ser Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Angina Pectoris, Infarto del Miocardio, o cualquier otro tipo de Cardiopatía. Los resultados de este análisis no tuvieron significancia estadística ni en forma individual ni en forma grupal. El Total de riesgo modificable versus afecciones post Infarto con enfermedad cardiaca previa fue $P=0.4697$. El total de riesgo modificable versus complicaciones post Infarto, sin enfermedad cardiaca previa $P=0.1484$, (valor corregido). La interacción entre ambas $P=0.2020$ (valor corregido.), no tuvo significancia estadística.

En un análisis de los pacientes que tienen factor de riesgo y los modifica en estratos diferentes, (tienen complicaciones derivadas del Infarto contra los que no tienen) .No hay una diferencia significativa con valor de $p=0.0851$. por lo que los pacientes que modificaron no son suficientes para indicar cambios en las complicaciones derivadas del IAM.

Del grupo de pacientes que recibió alguna indicación medica al egreso, se demostró que no hay diferencia significativa entre los que tenían el factor de riesgo y lo modificaron o no, contra los que modificaron o no el factor de riesgo sin indicación medica.

Del grupo que recibió orientación medica durante cada control, se demostró que no hay significancia estadística entre los pacientes que tuvieron orientación y modificaron o no el factor de riesgo contra los que no tuvieron orientación y modificaron o no el factor de riesgo. $p=0.2011$. De lo anterior podemos decir que la orientación que recibe el paciente en cada control medico no permite modificar en gran medida los riesgos.

La prueba es significativa en el sentido de que hay diferencia entre los que tienen orientación y tienen complicaciones o no, y los que no tienen orientación y tienen complicaciones o no, es decir que hay mas problemas en los que tienen orientación que entre los que no. $p=0.0220$

CONCLUSIÓN.

Los resultados obtenidos del análisis de las pruebas individuales y combinadas y de los factores de riesgo que predisponen a la ocurrencia del Infarto del Miocardio, nos indican que no es suficiente con que las personas que han tenido un Infarto Cardiaco tengan orientación en su visita rutinaria al medico, sino que es necesaria la creación de un programa de Rehabilitación y Prevención Secundaria que se oriente a proporcionarle al paciente una mejor calidad de vida, menos hospitalizaciones post Infarto, reducción de la incidencia de complicaciones y disminución de los índices de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Drori J, Lederman D, Arbeláez F. Rehabilitación Cardiaca en : Avances en Rehabilitación Cardiaca, 2ª Ed, Santa fe de Bogotá, Colombia, 1997. p3-81.
2. Me Groven P, Pankow J, Shahar E. Recent trends in Acute Coronary Heart Disease: Mortality, morbidity, medical care and risk factors N Engl Med. 1996;334: 884-890.
3. Chatterjee K, Karline J, et al Cardiology. 1991;7:112-7.178.
4. Schalant RC and Alexander RW. Hurt's the heart. 9ª. Ed. 1995:1345-1416.

5. Serra C. Infarto Agudo de Miocardio. I^a Ed, Argentina. 1995; 1-35, 405-438, 513-549, 504-505.
6. Mairugat J, SaSa J, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *Jama*. 1998 Oct;280(16): 1405-1409.
7. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14^a. Ed. 1998;1543-1557.
8. Becker RC, Terrin M, et al. Comparison of Clinical outcomes for men and women after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med*. 1994; 120: 638-645.

AGRADECIMIENTO: Lic. Antonio Ponce Garay, Depto. Medicina Preventiva, Dr. Dennis Padgett, Depto. de Investigación.