

Aspectos clínico-epidemiológicos de la cardiopatía isquémica en San Juan y Martínez, 2009

Clinical and epidemiological aspects of ischemic heart disease in San Juan y Martinez, 2009

Guillermo Luís Herrera Miranda¹, Berkis Martínez Orraca², Yaima Camejo Brito³, María E. Fernández Martín⁴, Francisco López Góvea⁵.

¹Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

⁴Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

⁵Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínico universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba.

RESUMEN

La cardiopatía isquémica es un problema de salud que cobra un gran número de vidas y es la causa de invalidez en la población mundial. Con el objetivo de identificar los aspectos clínicos epidemiológicos que caracterizan a la cardiopatía isquémica en 150 pacientes de 15 años y más, pertenecientes a tres consultorios médicos del Consejo Popular "Galope, San Juan y Martínez", en el periodo comprendido enero _ julio del año 2009, y por ser este el de mayor incidencia y prevalencia en el municipio se realizó una investigación descriptiva y transversal, que incluyó el interrogatorio, examen físico y electrocardiograma a la totalidad de

la muestra, procesándose los datos a través del valor porcentual y Ji cuadrado en los casos necesarios. Se encontró un mayor número de hombres que mujeres en la muestra estudiada. En ambos grupos predominaron las edades superiores a 56 años. La cardiopatía isquémica sin angina fue la forma clínica que prevaleció, mientras que las alteraciones del segmento S-T predominaron entre los hallazgos electrocardiográficos. El hábito de fumar, el sedentarismo y la hipertensión arterial fueron los factores de riesgo más frecuentes en la serie. Los mismos se incrementaron a medida que aumento la edad, y todos predominaron de manera significativa en el grupo con cardiopatía isquémica. Se encontró una relación directamente proporcional entre los factores de riesgo asociados entre sí y la cardiopatía isquémica.

Palabras Clave: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Ischemic Heart Disease is a health problem that takes a great number of lives off and it is a cause of disability all over the world. The objective of this research was to identify clinical and epidemiological aspects that characterize ischemic heart disease in 150 patients (15 years or older), belonging to three doctor's offices in the Popular Council of "Galope", San Juan y Martinez, Pinar del Rio during January-July 2009. This place presents the greatest incidence and prevalence in the municipality. A descriptive and cross-sectional research was conducted including questioning, physical examination and electrocardiogram to the total of the sample chosen. Data were processed using percentage value and chi square when necessary. In the sample male sex prevailed over the female, and ages older than 56 in both groups. Ischemic heart disease without angina was the prevailing clinical manifestation; meanwhile alterations of the ST-segment were the most common electrocardiographic findings. Smoking, sedentary life and hypertension were the most frequent risk factors in the series, increasing with age and all of them prevailed in the group suffering from ischemic heart disease significantly. A direct relationship between risk factors associated and ischemic heart disease was found.

Key words: MYOCARDIAL ISCHEMIA, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular es una categoría de diagnóstico general que incluye varios padecimientos distintos, la cardiopatía coronaria sigue siendo la principal componente de dicha entidad. Esta patología presenta la más alta incidencia en el cuadro de morbilidad y mortalidad de los países del mundo desarrollado y de los que no lo son tanto, pero que su cuadro de salud se asemeja al de ellos como es el

caso de Cuba, gracias al desarrollo alcanzado por los servicios médicos que han llevado salud y bienestar a los sitios más intrincados de nuestra geografía, mejorando así la calidad de vida de la población.^{1, 2}

En nuestro país los procesos infecciosos como neumonía, influenza y tuberculosis reinaban como los problemas de salud principales, a medida que estos se controlaron las enfermedades cardiovasculares en especial de las arterias coronarias se hicieron más frecuentes, lo que ha planteado en la actualidad la posibilidad de una epidemia cardiovascular.^{3,4}

Se ha demostrado que la prevalencia primaria de los factores antes mencionados y el trabajo intenso sobre el control de los mismos una vez establecidos traen aparejados una reducción de la tasa de mortalidad. En los países como EEUU, España, Canadá, etc. trabajos al respecto con una combinación de labores dietéticas, actividad física, supresión del tabaco, control adecuado de HTA y DM, así lo han demostrado.⁵

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas diabéticas. El riesgo anual de muerte por ECV es 2 a 3 veces superior en las personas diabéticas que en las que no lo son. Los diabéticos tienen 2 a 3 veces más riesgo de presentar la enfermedad cerebro vascular o de arteriopatía coronaria y 5 veces más riesgo de presentar la enfermedad vascular periférica que las personas sin diabetes. Aproximadamente el 75-80 % de las personas diabéticas adultas mueren a consecuencia de enfermedades cardiovasculares.⁶

Dadas las dimensiones alarmantes que esta entidad ha tomado en el mundo se han dado grandes avances en la creación de novedosos medios de diagnósticos y en la utilización de un gran arsenal terapéutico, no obstante, a ello resulta primordial actuar agresivamente sobre los factores de riesgo modificando el estilo de vida. Nuestro país a la vanguardia de la medicina preventiva y no ajeno a esta situación encamina sus esfuerzos hacia un diagnóstico precoz de la enfermedad y con ello poder evitar sus terribles consecuencias. Con el objetivo de determinar los aspectos clínicos epidemiológicos que caracterizan a la Cardiopatía Isquémica en pacientes pertenecientes a consultorios médicos del Consejo Popular Galope, del municipio San Juan y Martínez, provincia Pinar del Río, por ser este el consejo popular de mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad en el municipio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, durante los meses enero a julio del año 2009, en el municipio de San Juan y Martínez, con el objetivo de determinar los aspectos clínicos epidemiológicos que caracterizan la cardiopatía isquémica en los pacientes pertenecientes a este consejo popular. El universo estuvo conformado por la población de los tres consultorios médicos del consejo popular de Galope. La muestra estuvo integrada por los 150 pacientes que padecen de cardiopatía isquémica, en cualquiera de sus formas clínicas de presentación, pertenecientes a tres consultorios médicos de ese consejo popular, seleccionados aleatoriamente. Para realizar la investigación se estratificaron varias etapas que dieron respuesta a los diferentes objetivos trazados en el estudio, se tuvo en cuenta las normas éticas establecidas, con el consentimiento informado a los pacientes que participaron en la investigación. Todos los pacientes fueron visitados y se les aplicó un cuestionario que arrojando sus resultados en un modelo de recolección de datos que permitió evaluar variables epidemiológicas como: edad, sexo, raza, antecedentes familiares de cardiopatía, factores de riesgo de cardiopatía isquémica, además, este modelo

de recolección incluyó los hallazgos electrocardiográficos encontrados en cada paciente.

Todos los resultados fueron procesados estadísticamente mediante los métodos Ji cuadrado y valor porcentual.

RESULTADOS

En la tabla 1 aparece la distribución de la población estudiada según la edad y el sexo apreciándose que de un total de 150 pacientes de quince años y más 66,44.3 % pertenecen al femenino y el 84 (55.7 %) al masculino. La mayor cantidad de pacientes se encuentran en el grupo de edad de 65 años y más, 43 pacientes para un 28.6%.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edad y sexo.

Grupos de Edades	Sexo				Total	
	Femenino	%	Masculino	%	No	%
26-35	9	6.0	12	8.0	21	14.0
36-45	10	6.7	20	13.3	30	20.0
46-55	16	10.7	8	5.3	24	16.0
56-65	11	7.4	18	11.9	29	19.3
65 y más	19	12.7	24	15.9	43	28.6
Total	66	44.3	84	55.7	150	100

P>0.05 (No significativo)

La clasificación de la cardiopatía isquémica según expresividad clínica se presenta en la tabla 2, en el que se muestra que la cardiopatía isquémica sin angina se encontró liderando la muestra con 26 (54.1 %) del total seguida por la angina de pecho presente en 13 (27.2 %) y el infarto antiguo en 9 (18.7 %).

Tabla 2. Distribución de pacientes según forma clínica de cardiopatía isquémica.

Formas Clínicas	No	%
Angina de pecho	13	27.2
Infarto antiguo	9	18.7
Cardiopatía Isquémica sin angina	26	54.1
Total	48	100

En la tabla 3 se describen los hallazgos electrocardiográficos encontrados, observándose que fue más frecuente la aparición de electrocardiogramas normales 17 (35.4%), en cuanto a las alteraciones eléctricas predominaron las alteraciones del segmento ST 9 (18.8%), los trastornos de conducción interventricular 8(16.6%) y los signos de hipertrofia interventricular izquierda 6 (12.5%).

Tabla 3. Principales hallazgos electrocardiográficos encontrados en los pacientes de la muestra seleccionada.

Hallazgos		
Electrocardiográficos	Nº	%
Normal	17	35.4
Alteración del segmento ST	9	18.8
Trastorno de la conducción IV	8	16.6
Signos de necrosis antigua	5	10.4
Hipertrofia Ventricular Izquierda	6	12.6
Taquicardia sinusal	3	6.3
Total	48	100

La distribución de los diferentes factores de riesgo en relación al sexo se presenta en la tabla 4 donde se aprecia que predominó el hábito de fumar con 146 (97.3 %) seguido del sedentarismo 131 (87.3 %) la hipertensión arterial 117 (78.0 %) y la obesidad con 101 (67.3 %).

Tabla 4. Distribución de los factores de riesgo con relación al sexo. $P < 0.05$ (Significativa)

Factores de riesgo	Sexo Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Edad + 45 años	46	30.6	50	33.3	96	64.0
Sedentarismo	57	38.0	74	49.3	131	87.3
APP de CI	17	11.3	31	20.6	48	2.0
Habito de fumar	66	44.0	80	53.3	146	97.3
H.T.A	46	30.6	71	47.3	117	78.0
Obesidad	41	7.3	0	40.0	101	67.3
Diabetes mellitus	15	10.0	21	14.0	36	24.0
Hipercolesterolemia	14	9.3	9	6.0	23	12.0

En la tabla 5 se relaciona la edad con los factores de riesgo coronario donde la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la hipercolesterolemia y el sedentarismo fueron incrementándose de manera directa al envejecimiento salvo algunas diferencias en algunos factores.

Tabla 5. Relación de los factores de riesgo y edad.

Factores de riesgo	Grupos de edades											
	15-25		26-35		36-45		46-55		56-65		+65	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sedentarismo	0	-	10	6,6	25	16,6	19	12,6	7	4,6	16	10,6
APF de CI	0	-	15	10,0	19	12,6	8	5,3	16	10,6	12	8,0
Hábito de fumar	2	1,3	13	8,6	23	15,3	21	14,6	20	13,3	27	18,0
HTA	1	0,6	8	5,3	13	8,6	7	4,6	27	18,0	32	21,3
Obesidad	1	0,6	8	5,3	11	7,3	9	6,0	11	7,3	13	8,6
Diabetes Mellitus	0	-	2	1,3	4	2,0	3	2,0	6	4,0	3	2,0
Hipercolesterolemia	-	-	-	-	2	23,3	4	2,6	7	4,6	6	4,0

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron con relación al sexo y la edad de estos pacientes tienen coincidencia con las características de la masa poblacional estudiada que traduce un envejecimiento progresivo de la misma, que es la lógica respuesta al incremento de las acciones de salud que se vienen desarrollando por los diferentes programas establecidos.

En esta investigación existió un predominio estadístico de la cardiopatía isquémica sin angina, resultando esta una forma clínica con un alto por ciento de incidencia de forma general, existiendo en la mayoría de los casos con esta forma de la enfermedad, antecedentes de la aparición de la necrosis miocárdica o de la muerte súbita y debe alertar al profesional de la salud para realizar profilaxis de este desenlace.^{7,8} No obstante, la menor proporción de afectados por la angina de pecho, no resulta despreciable si consideramos la magnitud de la muerte, independientemente de las dificultades objetivas que entraña el diagnóstico de esta variedad lleva implícito la necesidad de pericia y capacidad por parte del médico para evitar su posterior evolución. Nuestros resultados guardan relación con otros estudios.⁹

Los hallazgos electrocardiográficos que pueden encontrarse al estudiar a los pacientes portadores de cardiopatía isquémica son variados y dependen el mayor número de los casos de la etiología de la enfermedad, de la presencia de factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad, y la evolución, aunque debe considerarse con gran importancia la anatomía de las estructuras vasculares

afectadas que provocan la expresión clínica, enzimática y electrocardiográfica de la enfermedad.

Como es sabido existen algunos elementos que determinan la predisposición de un sexo u otro por un factor de riesgo determinado, dados por ejemplo, por diferencias en el estilo de vida, las ocupaciones y en numerosas oportunidades la idiosincrasia así lo determina.¹⁰

De la hipertensión arterial es conocida su predisposición por el sexo masculino, factores de riesgo, predisposición genética y otros numerosos elementos así lo determinan. El hábito de fumar tiene la tendencia en los últimos años a intensificarse en las jóvenes sigue por sus características sociales específicas siendo más frecuente en los hombres. Nuestros resultados son coincidentes con otros criterios.¹¹

Es lógico que enfermedades metabólicas y vasculares sean más frecuentes a medida que se incrementa la edad cronológica mientras que el sedentarismo se relaciona con mayor frecuencia a aquellos sectores poblacionales menos vinculados a la vida laboral y estos son generalmente los ancianos. Esto confirma lo planteado por numerosos investigadores respecto al hecho de que la cardiopatía isquémica y los factores de riesgo coronario son más frecuentes a medida que se incrementa la edad.¹²

CONCLUSIONES

Se pudo concluir que la cardiopatía isquémica en este consejo popular del municipio San Juan y Martínez está caracterizada por presentarse con mayor frecuencia en los hombres que en mujeres, con edades superiores a los 56 años, en su mayoría fumadores, sedentarios e hipertensos. Clínicamente la forma en que más se presenta es la cardiopatía isquémica sin angina y con alteraciones del segmento S-T en el electrocardiograma, existiendo una relación directamente proporcional entre los factores de riesgo asociados entre si y la cardiopatía isquémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández Cisneros F, Mena Lima AM, Rivero Sánchez M, Serrano González A. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12(2):145-9.
2. Moreno Maura P: Cardiopatía Isquémica, factores de riesgo coronario. Archivo Médico de Camagüey[revista en internet], 2000 [citado Sept 2008]; 4(3): Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2000/v4n3/346.htm>
3. Oneil BJ. Cardiac makers' protocols in a chest pain observation unit. Emerg Med clin North Am .2008; 19(1): 67-68.
4. Cruz Bañobre A y col: Diagnóstico no invasivo de isquemia silente en pacientes con factores de alto riesgo coronario. Rev Cubana Med[revista en internet]. 2001 [citado]; 40(4):p.235-42. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol40_4_01/med01401.htm

5. Pereira García Ana B, Inufia Suárez Regina, Prado María I, Rodríguez Sarah, de los Santos Nicolás, Dueñas Fernández Raúl. Factores de riesgo coronario relacionado con alteraciones ergométricas y electrocardiográficas, septiembre de 1992 a mayo de 1993. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1995 Ago [citado 2008 Dic 13]; 11(2): 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000200003&lng=es
6. Hernández Ruiz JL, Hernández Muñozuri J, Almazán Soo A, Ramos, García MA, Solorio S. Electrofisiología y marcapasos. Rev Mex Cardiol [revista en internet]. Septiembre 2002[citado]; 13 (3): 86-124 Disponible en: <http://medigraphic.com/espanol/e-htms/e-cardio/e-h2002/e-h02-3/em-h023a.htm>
7. Azpitarte Cabadés A: Angina de Pecho. Concepto y clasificación. Rev Esp Cardiol. 2008; 48:373-382.
8. Infante García O: Valoración de un nuevo método para el análisis de Iso componentes espectrales del complejo QRS. Inst Cardiol Mex .2006; 66(2): 98-115.
9. Rosas Peralta M y col: Electrocardiografía de alta fidelidad para el diagnóstico de cardiopatía Isquémica. Arch. Inst. Cardiol. Méx. abr. 1996; 66(2):98-115. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=180414&indexSearch=ID>
10. Pimentel Fernández C: Hallazgos electrocardiográficos de pacientes con cardiopatía Isquémica. Lima; 2005.Pp58.
11. Romero Doger M y col: Estudio de la prevalencia de enfermedades de origen aterosclerótico de un area de salud. Rev. cub. med. gen. Integr. jun. 1992; 8(2):127-38.
12. Martínez Peralta M. Angina de pecho inestable en Caballero Tratado de Medicina Interna .2006.Pp.1123-1142.

Recibido: 4 de Septiembre de 2009.
Aprobado: 16 de Noviembre de 2009.

Dr. Guillermo Luis Herrera Miranda. Policlínico Universitario "Dr. Modesto Gómez Rubio". San Juan y Martínez, Cuba. E-mail: guillermol@princesa.pri.sld.cu