

11227  
29/96



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores  
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"  
I. S. S. S. T. E.

## COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

### TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
P R E S E N T A:

Dr. Marco Antonio Sarabia Sepulveda



MEXICO, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION :

El infarto agudo del miocardio descrito clinicamente por primera vez por Herrick en 1912 es uno de los problemas de salud más serios al que se enfrenta la sociedad actual. (1)

A pesar de los grandes avances en el tratamiento, la mortalidad sigue siendo elevada. Las unidades coronarias fueron introducidas al principio de los años 60 en un intento de controlar la elevada mortalidad, por medio de una mejor detección y tratamiento de los trastornos del ritmo, aunque ésta sigue siendo elevada, ya que un porcentaje alto de los pacientes infartados fallecen en la primera hora posterior al infarto; la muerte suele deberse a arritmias malignas, que generalmente se producen en pacientes con bradicardia e hipotensión. (1)

La mortalidad intrahospitalaria por arritmias ha disminuido notablemente por el monitoreo electrocardiográfico y el tratamiento oportuno de las mismas. Por lo tanto, en la actualidad, entre los pacientes con infarto del miocardio que llegan al hospital, la muerte suele deberse a insuficiencia ventricular izquierda y/o choque cardiogénico; la muerte suele ocurrir por lo general, dentro de las primeras 96 horas del comienzo.

Antes del advenimiento de las unidades coronarias, el tratamiento se dirigía casi exclusivamente a la cicatrización del infarto, evitar la rotura cardíaca, y otras complicaciones tales como embolia pulmonar. Más tarde el tratamiento se enfocó en la prevención y tratamiento vigoroso de las arritmias. Más recientemente se ha enfocado a la protección del miocardio isquémico y a la perfusión de la zona infartada.

A finales de los años 40 se empezaron a estudiar en la población general los factores de riesgo ligados a la cardiopatía isquémica y los mecanismos determinantes.

Desde un principio se aclaró, que como se había sospechado clinicamente, la cardiopatía isquémica en el humano no se presenta al azar. Se observó que su frecuencia dependía de factores personales, genéticos y ambientales.

Los factores de riesgo más importantes para enfermedad cardiovascular, incluyen edad, sexo, historia familiar positiva, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes, obesidad, y tabaquismo. Algunos autores han encontrado hasta 270 factores de riesgo para cardiopatía isquémica, - dividiéndolos en iniciadores, promotores, potenciadores, y precipitadores. (2)

La enfermedad vascular prematura es una de las más comunes y serias - complicaciones de la diabetes mellitus. Pero no todos los diabéticos - tienen igual riesgo, muchas otras variables incluyendo factores genéticos, geográficos y otras enfermedades, interactúan con la intolerancia a la glucosa para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Muchos estudios reportan que la enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad en diabéticos.

Uno de los primeros estudios fué hecho en la clínica Joslin en 1964, - este estudio incluyó 2364 pacientes con diabetes, reportando que el - 75% murieron de causas vasculares. (4)

Es controversial la mayor incidencia de cardiopatía isquémica en las - mujeres diabéticas que en los hombres, pues algunos estudios como el - Finnish y el Rytter, (6) encontraron mayor predisposición en mujeres - diabéticas para el desarrollo de esta enfermedad. (7) En el estudio - Framingham se ajustaron las diferencias entre otros factores de riesgo entre ambos sexos, encontrándose que la insuficiencia arterial periférica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad coronaria son iguales en ambos sexos.

Sin embargo en pacientes con insuficiencia cardiaca previa, las mujeres diabéticas tenían más posibilidades de desarrollar infarto. (8)(9) Varios factores producidos por el endotelio han sido encontrados anormales en los diabéticos. La glicoproteína Von Willebrand que está pre-

sente en el plasma como parte del factor VIII, está aumentada en diabéticos. La prostaciclina que es un potente vasodilatador y antagonista de la agregación plaquetaria a la pared del vaso, está disminuida; el activador del plasminógeno también está disminuido en estos pacientes. Estas anomalías pueden indicar que el endotelio, el sitio de la lesión primaria en la aterosclerosis es anormal en diabéticos. (10) La adhesividad plaquetaria se encuentra aumentada y las plaquetas de los diabéticos tienen aumentada la sensibilidad a agentes que inducen la agregación plaquetaria tales como ADP, adrenalina, colágena, ácido araquidónico y trombina. (10)

Dentro de los factores de riesgo, el que más se ha estudiado es la relación entre hiperlipidemia y cardiopatía isquémica. La relación entre nivel de colesterol sérico y cardiopatía se basa en muchos datos cuyos resultados son confiables. Dentro de las hiperlipidemias las que se relacionan más directamente con la aterosclerosis son en orden de frecuencia la IIIA, IIB y IV. (11)(12)

La elevación de la tensión arterial, ya sea sistólica o diastólica es otro factor de riesgo bien conocido. Se ha visto que tomada aisladamente la presión arterial es un factor de riesgo coronario mucho más importante que el nivel de colesterol o el tabaquismo, además, la hipertensión es un factor de riesgo similar para varones que para mujeres. (13)(14)

La mayor parte de los estudios prospectivos con suficientes datos indican que el tabaquismo está relacionado directamente con la cardiopatía isquémica y que depende directamente de la cantidad de cigarrillos consumidos en el día.

Se ha demostrado que quienes abandonan el hábito de fumar presentan un riesgo menor en comparación con los que siguen fumando. El riesgo en los que dejan de fumar parece disminuir unos dos años después, pero — tiende a permanecer más elevado que en los que no fuman. (15)

Los efectos deletéreos del cigarro sobre el corazón se deben principalmente a la nicotina y el monóxido de carbono. Los efectos específicos consisten en un aumento de los requerimientos miocárdicos de oxígeno producidos por la nicotina; disminución del aporte de oxígeno por la carboxihemoglobina; aumento de la adhesividad plaquetaria y disminución del umbral de fibrilación ventricular, también se ha observado una disminución de los niveles de colesterol ligado a las proteínas de alta densidad. (15)

En los pacientes afectados con artritis gotosa la posibilidad de que aparezca cardiopatía isquémica aumenta al doble. También existe relación entre los niveles séricos de ácido úrico y cardiopatía isquémica, aún sin manifestaciones o signos clínicos de gota. Sin embargo, los niveles elevados de ácido úrico suelen acompañarse de hipertensión, obesidad y aumento del colesterol y triglicéridos. Todo ello indica la presencia de relaciones complejas de diferentes procesos metabólicos. (16)

Hay muchos otros factores de riesgo implicados en la cardiopatía isquémica cuya participación directa es muy discutida; por ejemplo, la personalidad tipo "A", consumo de café, alcohol, sal, así como los pliegues de los lóbulos de las orejas. (17)

Dentro de la evolución clínica del infarto al miocardio, uno de los eventos que acompañan a esta entidad son las arritmias. Se dicen que se presentan arritmias cardíacas en 72-98% de los pacientes tratados en las unidades coronarias en algún momento de la evolución, pero como muchas arritmias ocurren antes que el paciente se interne y se someta a control electrocardiográfico, es probable que las arritmias cardíacas alcancen el 100% de los casos. (18)

La bradicardia sinusal es la arritmia más frecuente, ocurre durante —

las primeras fases y se presenta sobre todo en los infartos inferiores. Es un factor de riesgo importante durante la fase aguda, porque predispone a las arritmias ventriculares de repetición y a la hipotensión.

En una tercera parte de los pacientes se presenta taquicardia sinusal, la causa más frecuente de ésta, es la angustia, dolor e insuficiencia ventricular izquierda. Es más frecuente en el infarto anterior debido a la activación de los receptores cardíacos aferentes. (19)

Las extrasístoles auriculares ocurren en más de la mitad de los pacientes, las cuales en ocasiones pueden desencadenar taquicardia o fibrilación ventricular.

El flutter auricular es la arritmia menos frecuente y solo ocurre en el 1-2%.

La fibrilación auricular ocurre en 10-15% y es más frecuente en los infartos anteriores.

Las extrasístoles ventriculares se presentan en casi todos los pacientes con infarto, su importancia como "arritmias premonitorias" no ha quedado bien establecida. Por arritmias premonitorias se entiende, extrasístoles ventriculares frecuentes, extrasístoles multifocales, extrasístoles acopladas (fenómeno de "R" sobre "T") y extrasístoles repetidas o en salva. Aunque varias observaciones dicen que una fibrilación ventricular primaria ocurre sin la aparición de arritmias premonitorias en el 40-83% de los casos.

Hay más uniformidad sobre el significado pronóstico de las extrasístoles ventriculares sobre todo si son repetidas, que aparecen en el periodo tardío del infarto, ya que éstas sí se asocian con un mayor número de muertes súbitas.

La taquicardia ventricular se presenta en 10-40% y ocurre más frecuentemente en los infartos transmurales.

La fibrilación ventricular puede presentarse bajo dos formas: primaria y secundaria.

La forma primaria es la responsable del 80% de todos los casos, ocurre de manera súbita e inesperada en pacientes con o sin síntomas o signos de insuficiencia ventricular izquierda. En más de la mitad de los casos la fibrilación no es precedida de arritmias premonitorias.

La forma secundaria representa la fase final de una evolución progresiva e inexorable de una insuficiencia ventricular izquierda grave.

La fibrilación ventricular ocurre en 4-18% de los paciente hospitalizados en unidades coronarias y se presenta por igual en infarto transmural, anterior o inferior, pero es rara en los subendocárdicos. Cerca del 60% se presenta en las primeras cuatro horas y 80% en las primeras doce.(18)(19) La lesión isquémica puede producir bloqueos a cualquier nivel del sistema de conducción aurículo-ventricular (A-V) o intraventricular. Sobre decir que pueden producirse varios bloqueos a diferentes niveles del sistema de conducción. (20)

El bloqueo A-V de primer grado ocurre en 4-14%, se ha demostrado que el trastorno de conducción se localiza la mayoría de las veces por encima del Haz de His.

El bloqueo A-V de segundo grado tipo I de Mobitz (Wenckebach) ocurre en 4-10% y la mortalidad global para estos casos es de 14%.

El bloqueo A-V de segundo grado tipo II de Mobitz, es un trastorno raro, ya que ocurre solo en 10% de los casos de bloqueo de segundo grado, y es más frecuente en los infartos anteriores.

El bloqueo A-V de tercer grado o completo, se presenta en 5-8%. Por lo general un bloqueo A-V completo se produce por una lesión en el nodo A-V en los infartos inferiores y una lesión por debajo del Haz de His en los anteriores. En el primer caso el bloqueo aparece gradualmente y la mortali-

dad es de 20-25%. En infartos anteriores el bloqueo suele ocurrir de manera súbita y la mortalidad se eleva hasta 70-80% .

El bloqueo A-V completo en pacientes con infarto de la pared anterior habitualmente se debe a la lesión de los tres fascículos del sistema de ramas, que aparece si el infarto es extenso o si hay una lesión previa en el sistema de ramas. Si en esta situación se produce un bloqueo completo, el foco de escape está en uno de los ventrículos, y el QRS resultante es ancho y anómalo. El marcapaso ventricular de escape generalmente tiene una frecuencia intrínseca entre 20 y 30 latidos/min. y pueden aparecer períodos de asistolia.

## MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron a este Hospital a la Unidad Coronaria de Terapia Intensiva y/o al Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio, en los meses de Enero a Octubre de 1987, en los cuales se corroboró el diagnóstico por el cuadro clínico, electrocardiograma, enzimas cardíacas y gammagrama cardíaco. Se recabaron un total de cincuenta pacientes, de los cuales 28 fueron del sexo masculino y 22 del femenino, cuyas edades variaron entre los 36 y los 91 años, con un promedio de 64.3 años.

Se dividieron el total de pacientes en dos grupos: el grupo "A" que incluye a los pacientes de 35 a 59 años, y el grupo "B" a los mayores de 60 años.

A ambos grupos se les determinó la localización topográfica por medio de electrocardiograma y se corroboró dicha localización con gammagrama cardíaco, se determinó cuales fueron sus complicaciones como trastornos del ritmo, de conducción o falla cardíaca, de acuerdo a la localización.

También se detectaron cuales fueron las patologías que más frecuentemente se asociaron a este problema, y la mortalidad que se presentó en ambos grupos.

En todos los casos únicamente se siguió la evolución del padecimiento sin alterar el manejo terapéutico establecido por los médicos tratantes.

## RESULTADOS :

Se estudiaron un total de 50 pacientes que ingresaron al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en los meses de Enero a Octubre de 1987, de los cuales 28 fueron del sexo masculino y 22 del femenino, cuyas edades variaron de 36 a 91 años con una media de 64.3 años.

El diagnóstico se realizó mediante historia clínica completa, electrocardiograma y enzimas cardiacas; la localización topográfica se realizó con electrocardiograma y se corroboró con gammagrama cardiaco.

Se observó que las enfermedades asociadas más frecuentemente a la cardiopatía isquémica en los pacientes del grupo "A" ( de 35 a 59 años ), fueron - en orden de frecuencia: hipertensión, cardiopatía isquémica previa, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica ( EPOC ). Se encontraron una o más de estas enfermedades en 13 de los 15 pacientes del grupo "A" (86.6%), se presentaron en este grupo 4 defunciones (26.6%). Solo en 2 pacientes (13.3%) no se encontró patología asociada. (Tabla 1)

En el grupo B las enfermedades más frecuentemente encontradas, fueron, también en orden de frecuencia la diabetes, cardiopatía isquémica previa, hipertensión, EPOC e insuficiencia renal crónica.

Se asociaron estas patologías en 31 de los 35 pacientes (88.5%), se presentaron en este grupo un total de 15 defunciones (42.8%). En 4 pacientes no se encontró ninguna patología (11.4%). (Tabla 2)

La localización topográfica más frecuente en los pacientes del grupo "A", - en orden de frecuencia fué el diafragmático, posteroinferior, anteroseptal y anterior extenso. (Tabla 3)

En el grupo "B", se encontró el anteroseptal, diafragmático, posteroinferior, anterior extenso, postero lateral, y hubo 2 extensiones a ventrículo derecho. (Tabla 4)

De los 6 pacientes del grupo "A" que tuvieron un infarto diafragmático, -

4 presentaron complicaciones (66.6%), en 2 casos no hubo complicaciones - (33.3%). Además no hubo ninguna defunción en esta localización. Se presentaron en todos los casos como complicación algún trastorno de la conducción.

En los pacientes del grupo "B" con esta misma localización, se presentaron complicaciones en 6 de los 7 pacientes (85.7%), se presentó una defunción debido a insuficiencia respiratoria. No hubo complicación en un caso (14.3%).

Los trastornos de conducción también fueron los más frecuentes en este grupo, presentándose en 4 de los pacientes (57.1%). (Tablas 5 y 6).

16 pacientes presentaron infarto anteroseptal, siendo más frecuente en el grupo "B" (12 pacientes) (75%), que en el "A" (4 pacientes) (25%). De éstos, tuvieron complicaciones los 4 del grupo "A" (100%) y se presentaron 3 defunciones (75%). En el grupo "B" hubo 8 complicaciones (66.6%) y tuvieron 6 defunciones (75%). No hubo complicaciones en 4 pacientes de este grupo (33.3%).

Se presentaron tanto trastornos del ritmo como de conducción en los pacientes del grupo "A" siendo más frecuentes éstos últimos (100%), y solo el 75% los primeros.

En el grupo "B" también se presentaron los 2 trastornos mencionados, — siendo los de conducción también más frecuentes, en 5 de los casos (62.5%) y los del ritmo en 3 casos (37.5%). (Tablas 7 y 8)

Hubo 5 pacientes con infarto lateral todos correspondientes al grupo "B", presentándose complicaciones en 3 casos (60%), y se presentó una defunción (33.3%). Dos casos evolucionaron sin complicaciones (40%). Las complicaciones que se encontraron fueron: trastorno del ritmo (un caso), — trastorno de conducción (un caso) y disfunción del músculo papilar en otro caso. (Tablas 9 y 10)

En la cara posteroinferior hubo 10 casos, de los cuales 4 fueron del grupo "A" (40%), habiendo una defunción en este grupo (25%). En el grupo "B" hubo 6 casos (60%), con 4 defunciones (66.6%).

En el grupo "A" se presentaron en el 75% (3 casos) trastornos del ritmo, y en el 25% (un caso) trastorno de la conducción.

En el grupo "B" se presentaron trastornos de la conducción en 4 pacientes (66.6%), y del ritmo, en dos casos (33.3%). (Tablas 11 y 12)

6 pacientes tuvieron un infarto anterior extenso, solo uno del grupo "A" (16.6%) cuya complicación fue Angor posinfarto, y 5 pacientes del grupo "B" (83.3%). Hubo 5 complicaciones (100%), presentando 3 defunciones (60%)

Se presentaron tanto trastornos del ritmo como de conducción en este grupo. (Tablas 13 y 14)

Patología	No. de casos	Porcentaje
HIPERTENSION	7	53.8%
CARDIOPATIA ISQUEMICA	5	38.4%
DIABETES MELLITUS	3	23.0%
E.P.O.C.	1	7.8%

TABLA 1.- Patologías más frecuentes asociadas con IAM en los pacientes del grupo A.

\* \* \*

Patología	No. de casos	Porcentaje
DIABETES MELLITUS	16	51.6 %
CARDIOPATIA ISQUEMICA	13	41.9 %
HIPERTENSION	13	41.9 %
E.P.O.C.	6	19.3 %
I.R.C.	4	12.9 %

TABLA 2.- Patologías más frecuentes asociadas con IAM en los pacientes del grupo B.

Localización	No. de casos	Porcentaje
DIAFRAGMATICO	6	40.0 %
ANTEROSEPTAL	4	26.6 %
POSTEROINFERIOR	4	26.6 %
ANTERIOR EXTENSO	1	6.6 %
Total	15	100.0 %

TABLA 3.- Localización topográfica del IAM en los pacientes del grupo A.

\* \* \*

Localización	No. de casos	Porcentaje
ANTEROSEPTAL	12	34.2 %
DIAFRAGMATICO	7	20.0 %
POSTEROINFERIOR	6	17.1 %
ANTERIOR EXTENSO	5	14.2 %
POSTEROLATERAL	3	8.5 %
EXT. A VENT. DERECHO	2	5.7 %
Total	35	100.0 %

TABLA 4.- Localización topográfica del infarto en los pacientes del grupo B.

Diafragmatico	Grupo A	Grupo B	Total
COMPLICADO	4	6	10
NO COMPLICADO	2	1	3
Total	6	7	13

TABLA 5.- Evolución de los pacientes con infarto en la cara diafragmática.

\*\*\*

#### INFARTO DIAFRAGMÁTICO

GRUPO A	GRUPO B
COMPLICADOS 4	COMPLICADOS 6
NO COMPLICADOS 2	NO COMPLICADOS 1
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloq. A-V completo transitorio.</li> <li>- Bloq. A-V 2do. grado.</li> <li>- Bloq. AV 2do. grado Móbitz I.</li> <li>- Bloq. AV transitorio, Angor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia respiratoria.</li> <li>- ESV, Bloq. AV transitorio.</li> <li>- Extrasístoles ventriculares.</li> <li>- Bloq. AV completo transitorio.</li> <li>- Bloq. AV completo transitorio.</li> <li>- Bloq. AV completo transitorio.</li> </ul>

TABLA 6.- Tipos de complicaciones en los pacientes con infarto diafragmático.

Anteroseptal	Grupo A	Grupo B	Total
COMPLICADO	4	8	12
NO COMPLICADO	0	4	4
Total	4	12	16

TABLA 7.- Evolución de los pacientes con infarto en la cara anteroseptal

\* \* \*

INFARTO ANTEROSEPTAL			
GRUPO A		GRUPO B	
COMPLICADOS	4	COMPLICADOS	8
		NO COMPLICADOS	4

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| - BCRDH, Fib. Ventricular.    | - BCRDH, FA, TSV.                  |
| - BCRDH, Ext. Ventriculares   | - Bloq. AV completo, Fib. Vent.    |
| - BCRDH.                      | - BCRDH.                           |
| - BCRDH, Bloq. AV 1er. grado. | - Neumonía, Falla orgánica mult.   |
|                               | - BCRDH.                           |
|                               | - Extensión posterolateral.        |
|                               | - BCRDH.                           |
|                               | - Bradicardia severa, Choque card. |

TABLA 8.- Tipos de complicaciones en los pacientes con infarto anteroseptal.

Lateral	Grupo A	Grupo B	Total
COMPLICADO	0	3	3
NO COMPLICADO	0	2	2
Total	0	5	5

TABLA 9.- Evolución de los pacientes con infarto en la cara lateral.

\* \* \*

INFARTO LATERAL			
GRUPO A		GRUPO B	
COMPLICADOS	0	COMPLICADOS	3
NO COMPLICADOS	0	NO COMPLICADOS	2

- BCRDH, Choque cardiogénico.
- Ext. Ventriculares, Neumonía.
- Disfunción mitral.

TABLA 10.- Tipos de complicaciones en los pacientes con infarto lateral.

Posteroinferior	Grupo A	Grupo B	Total
COMPLICADOS	4	6	10
NO COMPLICADOS	0	0	0
Total	4	6	10

TABLA 11.- Evolución de los pacientes con infarto en la cara posteroinferior.

\* \* \*

### INFARTO POSTEROINFERIOR

GRUPO A	GRUPO B
COMPLICADOS 4	COMPLICADOS, 6
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritmo nodal transitorio.</li> <li>- Bigeminismo, Hipotension rebelde.</li> <li>- T.S.V. Falla cardiaca.</li> <li>- Bloqueo AV completo, Choque card.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choque cardiogénico</li> <li>- ESV, Extens. a Van. Der, Choque.</li> <li>- Bloq. AV 2do. grado transitorio.</li> <li>- Bloq. AV 1er. grado, Choque.</li> <li>- ESV, Bloqueo AV de 1o. a 3erº.</li> <li>- Bloq. AV 1er. grado.</li> </ul>

TABLA 12.- Tipos de complicaciones en los pacientes con infarto posteroinferior.

Anterior Extenso	Grupo A	Grupo B	Total.
COMPLICADOS	1	5	6
NO COMPLICADOS	0	0	0
Total	1	5	6

TABLA 13.- Evolución de los pacientes con infarto en la cara anterior - extensa.

\* \* \*

INFARTO ANTERIOR EXTENSO			
GRUPO A		GRUPO B	
COMPLICADOS	1	COMPLICADOS	5

- Angor postinfarto

- TSV, Insuf. resp. Fib. vent.
- Angor postinfarto.
- BORDH, Ext. Ventriculares.
- Choque cardiogénico.
- Ext. Vent. Choque cardiogénico.

TABLA 14.- Tipos de complicaciones en los pacientes con infarto anterior extenso.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

## DISCUSION :

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, hemos observado que la población de pacientes que manejamos en nuestro Hospital, sigue el mismo comportamiento en su evolución con los reportes de la literatura mundial.

Nosotros encontramos únicamente, algunas discrepancias en los pacientes que presentaron infarto del miocardio en la región antero-septal, quienes tuvieron tanto trastornos del ritmo como de la conducción en forma más o menos similar, ya que la mayoría de los autores mencionan que en esta localización, las complicaciones más frecuentes son los trastornos del ritmo.

En otro punto, concluimos que esta patología sigue presentándose en nuestro medio más frecuentemente en pacientes ancianos, ya que el promedio de edad que obtuvimos fué de 64.3 años, pero también hemos corroborado que en nuestros pacientes el infarto del miocardio cada día es más frecuente entre la gente joven, ya que tuvimos varios pacientes menores de 40 años.

Las patologías que se asociaron más frecuentemente a la cardiopatía isquémica son las mismas que ya se habían reportado anteriormente, y también observamos que esta enfermedad sigue siendo la principal causa de muerte en los diabéticos.

La mortalidad que obtuvimos en los pacientes menores de 59 años fué del 26.6% siendo la causa principal la falla cardíaca (choque cardiogénico), y las arritmias de difícil manejo.

## CONCLUSIONES:

La edad fue un factor que influyó en forma decisiva en la aparición de complicaciones, así como la mortalidad en los pacientes infartados.

Las complicaciones fueron más frecuentes en los infartos diafragmáticos y anterior.

En la mayoría de los pacientes hubo una patología asociada.

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

- 1).- Herrick, J.B.: Clinical features of sudden obstruction of the coronary arteries. *J.A.M.A.* 59:2013, 1912.
- 2).- Identification and relative weight of cardiovascular risk factors. *Clinics of Cardiology*, 4:1, 3-33, Feb 1986.
- 3).- Raviw Panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. *Circulation* 63:1199-1214, 1984.
- 4).- Entmacher P.S. Root: Longevity of diabetics patients in recent y ars. *Diabetes*, 13: 373-382, 1984.
- 5).- Garcia McNamara: Morbity and Mortality in diabetes in the Framingham Study: Sixteen year follow-up. *Diabetes* 23: 105-111, 1994
- 6).- Usitupa Aro et al: Prevalence of coronary heart disease in subjects diabetics type II. *Diabetologia* 29: 22-27, 1986.
- 7).- Rytter. L. et al : Prevalence and mortality of acute myocardial infarction in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 8:234-238, 1985.
- 8).- Gordon T.Castelli: Diabetes, blood lipids, and the role of obesity in coronary heart disease risk for women. *The Framingham Study. Ann. Intern. Med.*, 87:397-399, 1986.
- 9).- Kannel W.B. et al: Diabetes and cardiovascular disease. *J.A.M.A.* 241: 2035-2038, 1980.
- 10).- Colwell J.A. et al:, New concepts about the pathogenesis of atherosclerosis in diabetes. *Am. J. Med.* 75 (Supl. 56): 87-80, 1983.
- 11).- Stamler J.: Diet, serum lipids, and coronary heart disease. New York, Raven Press 1982.
- 12).- Kannel W.B. et al: Cholesterol in the prediction of atherosclerotic disease. *Ann. Int. Med.* 85-90, 1982.
- 13).- Kanel W.B.: Role of blood pressure in cardiovascular disease. *Angiology*, 26:1, 1983.

- 14).- Cruickshan J.K. et al; Epidemiology of hypertension; blood pressure in whites and black. Clin. Sci. 62; 1-6, 1983.
- 15).- Gordon et al; Death and coronary attacks in men after giving up cigaret smoking. Lancet, 2; 1435, 1984.
- 16).- Parsky V.W. et al; Uric acid; a risk factor of coronary heart disease. Circulation 59; 969, 1984.
- 17).- Doering C. et al : Ear-lobe creases and heart disease. J. Am. Geriatric. 25; 183, 1987.
- 18).- Meltzer L.E. and Cohen: The incidence of arrhythmias associated with acute myocardial infarction.
- 19).- Rotman M Wagner; Bradyarrhythmias in acute myocardial infarction. Circulation, 45; 703, 1982.
- 20).- Friessberg C.K. et al; Advanced heart block as a complication of acute myocardial infarction. Prog. Cardiovasc disease. 10;456, 1980.