

11226

2 ej 21



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FRECUENCIA DE PACIENTES CON FACTORES
DE RIESGO DE MUERTE SUBITA EN LA
U.M.F. No. 1 DE PUEBLA, PUE.

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

Dra. Maria de Lourdes Cortés Lezama

U.M.F. No. 1

IMSS



IMSS

PUEBLA, PUE.

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.

C O N T E N I D O

	Página
PROLOGO	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODO	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	16
RESUMEN	17
BIBLIOGRAFIA	19

P R O L O G O

El presente estudio tiene como finalidad conocer el índice de incidencia de pacientes susceptibles o con riesgo de muerte súbita.

La muerte súbita según la asociación Americana del corazón y la Sociedad Internacional de Cardiología, se define como la muerte que ocurre inesperadamente dentro de una hora a partir de la instalación de los síntomas o dentro de las 24 horas del comienzo de los síntomas.

Ahora bien, los factores de riesgo de muerte súbita son varios pero citaremos sólo algunos de los más importantes: hiperlipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad, personalidad competitiva, vida sedentaria e historia familiar. De estos factores, la población en general puede tener uno o más, pero lo más grave del problema es que la muerte súbita ocurre en la etapa más productiva de la vida (en menores de 65 años).

Se dice que el 7.6% de muertes súbitas ocurren con 2 ó más de estos factores de riesgo si no hay diagnóstico de cardiopatía; el 90% si la hay.

Por lo tanto, es importante que el médico familiar tome conciencia del problema, educando y motivando al paciente para eliminar o controlar dichos riesgos. Lo ideal será identificarlos y aplicar medidas preventivas.

I N T R O D U C C I O N

La muerte súbita es un grave problema de salud en el mundo occidental. En nuestro país dicho padecimiento tiende a incrementarse.

Las definiciones de muerte súbita (MS) son variables, pero la mayoría incluyen que es la muerte que ocurre inesperadamente, o dentro de la primera hora después del inicio de los síntomas o signos. Un período muy breve, casi siempre sólo de algunos minutos, transcurre entre el colapso vascular súbito (sin un gasto cardiaco efectivo) y los cambios isquémicos irreversibles en el sistema nervioso central. Sin embargo, puede lograrse una sobrevida prolongada sin incapacidad funcional gracias al tratamiento inmediato de ciertas formas de colapso cardiovascular (7).

Antes de la muerte se presenta un colapso cardiovascular repentino el cual puede ser debido a: - 1) disritmias; más comunmente la taquicardia ventricular; 2) una reducción marcada y abrupta en el gas to cardiaco, tal como ocurre en el bloqueo mecánico de la circulación; 3) insuficiencia ventricular (de bomba) repentina, la cual puede ocurrir en presencia de un infarto agudo del miocardio; 4) activación de reflejos vasopresores, los cuales pueden contribuir a una reducción brusca de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, y que resultan activados en diversas condiciones, incluyendo hiper--

tensión pulmonar primaria, tromboembolia pulmonar y síndrome hipertensivo del seno carotídeo (4,5).

Uno de los estudios realizados por Thomson (4) refiere que la aterosclerosis coronaria predispone en más de dos terceras partes de los casos de muerte súbita. Esta patología ocurre en la etapa más -- productiva de la vida, Estados Unidos reportan cifras alarmantes de 300,000 a 400,000 muertes anuales de las cuales 10,000 son en menores de 65 años, el 90% de las víctimas de muerte súbita son debidos a enfermedad coronaria, aparato respiratorio un --- 8.0%, encefalo 4.0%, diversos 8.5% (2,3,4).

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SUBITA

Son varios, pero citaremos algunos de los más- importantes:

- HIPERLIPIDEMIA
- HIPERTENSION ARTERIAL
- DIABETES MELLITUS
- TABAQUISMO
- HISTORIA FAMILIAR
- OBESIDAD
- PERSONALIDAD COMPETITIVA
- VIDA SEDENTARIA

Se dice que el 7.6% de muertes súbitas ocurren con dos o más de estos factores si no hay diagnósti

co de cardiopatía y el 90% si lo hay (1,2,3,7,10,--11).

En estudios realizados recientemente se ha encontrado que la enfermedad arterial coronaria, la hipertensión arterial, o diabetes mellitus están presentes en más del 75% de las personas que mueren súbitamente, y, lo que quizá sea más significativo, la incidencia de MS en personas con al menos una de las tres anormalidades está sustancialmente aumentada. También se encontró que más del 75% de los hombres sin enfermedad conocida de las arterias coronarias, que mueren súbitamente, muestran cuando menos dos de los siguientes trastornos: hipercolesterolemia, hipertensión, hiperglucemia y tabaquismo. La obesidad y los trazos electrocardiográficos previos de la hipertrofia del ventrículo izquierdo están también asociados con una elevada frecuencia. La presentación de MS es mayor en fumadores que en no fumadores, tal vez porque tienen elevación de catecolaminas circulantes y ácidos grasos, y por aumento en la producción de carboxihemoglobina circulante con la consecuente disminución de la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre. La propensión del tabaquismo a causar muerte súbita parece ser completamente reversible cuando desaparece el tabaquismo (7,11,13).

La obesidad y la hiperlipidemia contribuyen a la presentación en forma temprana de aterosclero--

sis coronaria obstructiva; esta como sabemos se debe a lesiones focales en especial de la íntima, lesiones constituidas por una combinación en proporciones variables de lípidos, carbohidratos complejos, depósitos fibrosos, productos derivados de la sangre y colecciones de calcio con cambios de la capa media (6,13). Estas lesiones en ocasiones quedan circunscritas formando una área de necrosis, y encontrándose, con frecuencia atrofia de la media. También esta acumulación de grasa y tejidos fibrosos va a dar formación de las placas de ateromas.

Estudios publicados recientemente por Shettler y Cols. (6) bajo el título "¿Es reversible la aterosclerosis?", se refiere que no hay datos concluyentes sin embargo, se observó que con una dieta adecuada, así como eliminar el hábito de fumar el cual es factor contribuyente de aterosclerosis.

Framingham (6), refiere que los pacientes diabéticos conocidos desarrollan una aterosclerosis con repercusión clínica dos o tres veces más frecuente que la población general.

Lown y Cols. (4) postulan mecanismos neurológicos y psicológicos, por acción de la vía simpática-proveniente del hipotálamo, provocando una variedad de arritmias y disminuir el umbral de vulnerabilidad ventricular; así, la actividad nerviosa aumentada es el resultado de la acción directa de la norepinefrina liberada en determinados sitios miocárdi-

cos. Froelicher y Cole (4) han demostrado que los programas de acondicionamiento físico pueden mejorar la función del corazón, incluyendo la fracción de expulsión y el volumen sistólico. Se conoce además que el entrenamiento físico por sí mismo cambia la regulación autónoma del corazón y produce disminución del tono parasimpático. Sin embargo, en pacientes que tienen una vida sedentaria, sobre todo en personas mayores que no están acostumbradas a realizar actividad física, deberá ser evaluado integralmente antes de someterse a un programa de acondicionamiento físico prolongado.

De lo anterior se desprende la necesidad de implantar programas preventivos bien dirigidos, que identifiquen a los sujetos con riesgo de muerte súbita y se adopten medidas necesarias para modificar la evolución y el pronóstico en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y METODO

Con el propósito de conocer la incidencia de factores de riesgo de muerte súbita, se diseñó un cuestionario con el objeto de corroborar lo siguiente.

El cuestionario consta de una serie de preguntas conteniendo lo siguiente: AMH de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y antecedentes de muerte súbita. APNP como alcoholismo y tabaquismo. Diagnóstico actual de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, personalidad competitiva, cardiopatía (antecedente de infarto, arritmias).

El estudio se realizó en pacientes adscritos a la Unidad, aplicando el cuestionario a pacientes -- con edades comprendidas de 30 a 65 años y en ambos sexos.

Se estudiaron 300 pacientes, el cuestionario se aplicó en la sala de espera común a los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. I de Puebla, Pue., durante el período comprendido del mes de mayo a octubre de 1987, cubriendo el turno matutino de la consulta externa.

El tipo de estudio, de acuerdo a los datos es observacional prospectivo, transversal y descriptivo.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 300 pacientes de los cuales, 178 correspondientes al 59% fueron del sexo femenino y los 122 restantes, equivalentes al 41% fueron del sexo masculino.

Las edades de éste estudio comprenden de los - 30 a 65 años en ambos sexos.

En el siguiente cuadro (No. I) se expresan los porcentajes obtenidos para cada grupo de edad y sexo.

Cuadro No. I
RELACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDAD	PACIENTES		SEXO			
			MASCULINO		FEMERINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	10	3.3	4	3.2	6	3.3
40-49	51	17.0	18	14.7	33	18.5
50-59	68	22.7	29	24.0	39	22.0
60-65	171	57.0	71	58.1	100	56.1
TOTAL	300	100	122	100	178	100

FUENTE: Encuesta realizada en la U-
MF No. I Puebla, Pue.

De los 300 pacientes estudiados se encontraron 194 con factores de riesgo, correspondiendo a un porcentaje de 64.6%. La edad de los pacientes del presente estudio fluctuó entre 30 a 65 años.

En el siguiente cuadro se demuestra el predominio de factores de riesgo de muerte súbita por edades.

Cuadro No. 2

EDAD DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO

EDAD	No. de casos	PORCENTAJE
30 a 39 años	21	11 %
40 a 49 años	55	28.3 %
50 a 59 años	76	39.1 %
60 a 65 años	42	21.6 %
TOTAL	194	100 %

FUENTE: Encuesta realizada en la UMP No I del IMSE de Puebla, Pue.

Número de factores de riesgo y la incidencia -- de acuerdo a sexo. En este rubro encontramos que -- con I factor de riesgo (FR) el sexo masculino contó con 37 pacientes que corresponden a un 31.6%, el se xo femenino con 26 pacientes (33.8); con II FR se -- obtuvieron 49 pacientes hombres (42%) y 39 mujeres -- que equivalen a un 50.6%; con III FR 31 pacientes -- masculinos (26.4%) y 12 femeninas (15.6%).

Cuadro No. 3

FACTORES DE RIESGO Y SEXO.

No. de FR	SEXO			
	MASCULINO	%	FEMENINO	%
I FR	37	31.6	26	33.8
II FR	49	42.0	39	50.6
III FR	31	26.4	12	15.6
TOTAL	117	100	77	100

FUENTE: Encuesta realizada en la UMF
No. I del IMSS de Puebla, Pue.

Dentro de los pacientes con IFR sobreesalieron los siguientes: tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial; diabetes mellitus y sedentarismo. En el cuadro siguiente se describe detalladamente.

Cuadro No. 4

PACIENTES CON I FACTOR DE RIESGO

F. DE RIESGO	No. de PX	MASC.	%	FEM.	%
TABAQUISMO	26	22	59.4	4	15.5
OBESIDAD	12	3	8.1	9	34.6
H.T.A.	9	6	16.2	3	11.5
DIABETES M.	12	5	13.5	7	26.9
SEDENTARISMO	4	1	2.8	3	11.5
TOTAL	63	37	100	26	100

FUENTE: Encuesta realizada en la UMF
No. I del IMSS de Puebla, Pue.

Los pacientes con II FR fueron 88 (45%), predominando el sexo masculino con 49 pacientes, 39 femeninas (55.7% y 44.3% respectivamente). Los factores de riesgo fueron los siguientes: diabetes mellitus - obesidad, HTA - obesidad, tabaquismo - diabetes mellitus y personalidad competitiva - HTA. Esto ilustrado en el cuadro No. 5.

Cuadro No. 5
PACIENTES CON II FACTORES DE RIESGO

FR	No.Px	MASC.	%	FEM.	%
DIABETES-OBES.	36	17	34.6	19	48.7
H.T.A. - OBES.	28	15	30.6	13	33.3
TABAQUISMO-D.M.	8	8	16.3	0	0
H.T.A.-PERSONALIDAD COMPETIT.	16	9	18.3	7	18.0
TOTAL	88	49	100	39	100

FUENTE: Encuesta realizada en la UMF
No. I del IMSS de Puebla, RUE

Los pacientes con III FR fueron 43 (22%), predominando nuevamente el sexo masculino con 31 pacientes (72%), 12 pacientes del sexo femenino (28%) Los factores de riesgo predominantes son: diabetes mellitus (D.M.)- HTA- Obesidad, HTA- tabaquismo- obesidad, HTA- obesidad- personalidad competitiva, - HTA- obesidad- vida sedentaria. El cuadro No. 6 describe lo anterior.

Cuadro No. 6
PACIENTES CON III FACTORES DE RIESGO

FR	No.Fx	MASC.	%	FEM.	%
D.M.-HTA- OBES.	16	13	41.9	3	25.0
HTA-TAB-OBES.	9	8	26.0	1	8.3
HTA-OBES-PERS. COMP.	10	7	22.5	3	25.0
HTA-OBES-VIDA SED.	8	3	9.6	5	41.7
TOTAL	43	31	100	12	100

FUENTE: Encuesta realizada en la UNF --
No. I del IMSS de Puebla, Pue.

D I S C U S I O N

Habiendo analizado los resultados del presente estudio, podemos afirmar lo siguiente:

La muerte súbita tiende a incrementarse en --- nuestro país. Esta muerte súbita va a aumentar su frecuencia de acuerdo a los FR que el individuo presente.

En este trabajo encontramos que los pacientes de la UMF No. I presentan uno, dos o más FR, en total nos da un porcentaje elevado y el cual es de tomarse en cuenta (64.6%) y así efectuar acciones preventivas principalmente.

El sexo masculino es el que se encuentra con un mayor porcentaje de FR y por ende tiene mayor riesgo de presentar muerte repentina lo cual corrobora lo dicho por otros autores.

En lo que respecta a edad más susceptible, también constatamos que el mayor índice de pacientes afectados es de 40 a 59 años (67.4%), la etapa más productiva del hombre.

Los factores de riesgo (de acuerdo a el número que se presenta: I, II ó más) obtuvimos lo siguiente: el 45% de pacientes tienen IIPR, 22% con III y el resto con IPR.

Los resultados obtenidos son los esperados de acuerdo a lo referido en la literatura de otros países, la incidencia como ya dijimos es alta (64.6%),

por lo que se deberá de darle importancia a estos - factores de riesgo de MS ya que se encuentran dentro de las 10 causas de demanda en la consulta externa de Medicina Familiar.

CONCLUSIONES

En base a la información bibliográfica recopilada y los datos obtenidos en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

Los resultados obtenidos son semejantes a los obtenidos por otros autores.

Que los factores de riesgo de muerte súbita -- son frecuentes en nuestra población derechohabiente afecta a la población aún en etapa productiva, su incidencia mayor es en el sexo masculino.

Se entiende como factores de riesgo de muerte súbita a los conadyvantes a desencadenar en algún momento muerte repentina la cual ocurre inesperadamente dentro de una hora a partir de la instalación de los síntomas o dentro de las 24 horas del comienzo de los mismos.

Los factores de riesgo son variados como ya vimos y se presentan en forma variable uno, dos o más pero a mayor número de FR en un individuo, mayor será la incidencia de presentar muerte súbita. El 7.6 % de muertes súbitas ocurren con 2 o más FR si no hay antecedente de cardiopatía y el 90% si la hay.

El problema es serio, tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, sin embargo, dichos factores son controlables y aún más se pueden modificar o suprimir aplicando medidas terapéuticas y profilácticas en poblaciones de alto riesgo y por ende prevenir a la población sana.

RESUMEN

En la Unidad de Medicina Familiar No. I del -- Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla, Pue se estudiaron 300 pacientes, con el propósito de conocer la incidencia de Factores de Riesgo de Muerte Súbita en el derechohabiente; por tal motivo se elaboró un cuestionario con preguntas dirigidas al paciente, con el objeto de corroborar lo mencionado.

El estudio se realizó en pacientes que acudieron a la consulta externa, aplicando el cuestionario a ambos sexos con edades comprendidas de 30 a 65 años.

De los 300 pacientes estudiados, 194 resultaron con factores de riesgo de MS, de estos 117 fueron del sexo masculino (60.3%) y 77 del sexo femenino (39.7%). Se separaron los factores de riesgo de acuerdo al número que se presentó en cada uno de los individuos de la siguiente manera: Pacientes con IFR: se encontraron 37 hombres (31.6%) y 26 mujeres (34%); con IIFR 49 del sexo masculino (42%) y 39 del sexo femenino (50.6%). Con III FR 31 hombres (26.4%) y 12 mujeres (15.5%). Se encontró una mayor incidencia de FR en el hombre.

La edad más susceptible es de 40 a 59 años, edad en la cual el individuo es más productivo.

En los pacientes con IFR predominaron en orden decreciente: el tabaquismo en 22 pacientes masculinos y 4 mujeres, la obesidad en 9 mujeres (34.6%) y

3 hombres (8.1%). La HTA se encontró en 9 pacientes predominando el sexo masculino: 6 hombres y 3 mujeres (16.2% y 11.5% respectivamente). Diabetes mellitus en 12 pacientes: 5 del sexo masculino y 7 féminas (13.5% y 26.9%). Sedentarismo en 4 pacientes: un varón y 3 mujeres (2.8 y 11.5%).

En los pacientes con IIFR predominaron D.Mellitus y obesidad en 36 pacientes, le siguió HTA y obesidad con 28 pacientes; tabaquismo y D.M. y personalidad competitiva- HTA.

En los pacientes con IIIFR el que predominó fué D.M.- HTA y obesidad con 16 pacientes.

Finalmente concluimos que el porcentaje de pacientes con FR es de tomarse en cuenta, ya que el problema de esto estriba en que el médico tome conciencia del padecimiento (Muerte súbita) y trate de prevenir o disminuir factores de riesgo que ponen en peligro la vida del paciente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

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

- 1.- BASSLER. Hazards of restrictive diets. JAMA, 271; 252 (4): 483, 1984.
- 2.- BIGGER JT Jr. Identification of patients at high risk for sudden cardiac death. AM J Cardiol. 14; 54 (4): 372-4, 1984.
- 3.- PEREZ S, LLAMAS, CARDENAS. Valor predictivo para muerte súbita de la extrasistolia ventricular re^upetitiva. Arch Inst Cardiol. 56; 231-235, 1986.
- 4.- FERNANDEZ DE LA V. Muerte súbita durante el ejercicio fí^usico. Arch Inst Cardiol. 56; 97-99, 1986
- 5.- GARCIA, ORTIZ B, MURTADO. Muerte súbita registrada durante electrocardiografía ambulatoria. Arch Inst Cardiol. 56; 77-80, 1986.
- 6.- GRENHALGH RM. Hormonas y enfermedad vascular. Ed Salvat Barcelona España, 1985, 359 p.
- 7.- HARRISON. Principios de Medicina Interna. 10a ed Ed Mc Graw-Hill, U. S. A., 1986, Vol. I, 1752 p.
- 8.- MILNER PG, PLATIA EV. Holter monitor recording - at the time of sudden cardiac death. (Abstract) - Circulation. 68 (supl III): 106, 1983.
- 9.- RATELIPPE PJ. Severe hipoglicemia and sudden --- in anorexia nervosa. Psychol Med. 14; 8: 233-4, 1985.
- 10.- ROBERTS WC. Sudden cardiac death. AM J Cardiol. 1; 57: 410, 1984.
- 11.- VALLARES BK. Catecholamines, potassium and beta-bloqueadores. Heart Lung. 15 (1): 105-7, 1986.

- 12.- VIKHER AM. Alcoholic cardiomyopathy and sudden cardiac death. AM J Cardiol. 8 (1), 1986.
- 13.- WILLIAM B. Conceptos actuales sobre la relación de lípidos-ateroesclerosis. Arch Inst Cardiol. 57: 183-185, 1987.