

11227
57
2ey

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL

CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER EN EL HOSPITAL ABC

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

PRESENTA
DR. JAVIER ULISES LOPEZ CAMPUZANO
ASESOR DE TESIS
DR. JUAN MANUEL CLAVELLEN 

MEXICO D.F., NOVIEMBRE DE 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

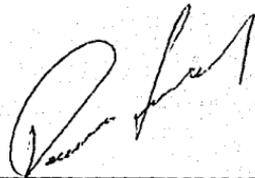


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

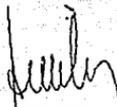


DR. DANIEL TOIBER GELLER

TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA

DR. JUAN M. CLAVELLINA

ASESOR DE TESIS



DR. JOSE J. ELIZALDE

JEFE DE ENSEÑANZA

THE AMERICAN BRITISH
COWDRAY HOSPITAL

★ NOV. 30 1955 ★

JEFATURA DE ENSEÑANZA

A LA FAMILIA LOPEZ LEAL Y CAMPUZANO
Por su comprensión y apoyo incondicional en todo momento

A LA FAMILIA GOMEZ TREJO
Por su aliento y comprensión sin medida

A MI ESPOSA Y A MI HIJO
Por su inconmensurable amor que significan mi equilibrio

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES
Por su confianza y tolerancia en nuestra continua convivencia

A TODOS LOS MEDICOS TRATANTES DEL HOSPITAL ABC
Por compartir sus conocimientos y proporcionarnos directrices de formación

A TODOS NUEVAMENTE MUCHAS GRACIAS

DR. JAVIER ULISES LOPEZ CAMPUZANO.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
A).-Justificación	
B).- Objetivos de la investigación	
HIPOTESIS.....	10
A).- Tipo de estudio	
B).- Lugar y fechas	
C).- Universo de la muestra	
METODOLOGIA	11
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	18
TABLAS Y GRAFICAS.....	19
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION

La cardiopatía isquémica es una afección de etiología diversa teniendo todas las causas en común una alteración de la función cardíaca debida a un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno (1)

En 1772 William Heberden escribió :

Existe un trastorno pectoral que se caracteriza por intensos y peculiares síntomas los cuales resultan considerables para el tipo de riesgo que implican y no son demasiados raros, por lo que vale la pena exponerlos con más detalle. La localización y la sensación de estrangulación y ansiedad que provocan hacen que no sea impropio denominar a este mal angina pectoris.

Quienes padecen esta afección, sufren el acceso mientras caminan (sobre todo si van cuesta arriba y han comido hace poco), experimentando una sensación muy dolorosa y desagradable en el pecho que parece va a acabar con su vida si continúa aumentando o se mantiene. Sin embargo, todo este malestar desaparece cuando los afectados quedan quietos.

Esta sigue siendo la descripción clásica de la angina pectoris, aunque en su día no se comprendiera la causa de esta afección (2)

Actualmente se reconocen clínicamente una serie de síndromes como consecuencia de la cardiopatía isquémica, aunque la isquemia miocárdica puede ser absolutamente asintomática. El infarto agudo al miocardio (IAM) puede ser la primera prueba de una cardiopatía isquémica sin ninguna manifestación previa de isquemia miocárdica. Sin embargo la angina de pecho es con mucho la manifestación clínica más frecuente de la isquemia miocárdica. (3)

La cardiopatía isquémica es una entidad que ocupa una alta prevalencia e incidencia en nuestro país ya que en la población adulta representa el segundo lugar en mortalidad general. En muchos países es la principal causa de muerte en ambos sexos.

La intervención médica oportuna, la implantación de medidas preventivas adecuadas y cambios en el estilo de vida han condicionado una tendencia hacia la disminución en la tasa de mortalidad en los últimos años.

De esta manera la incidencia de enfermedad coronaria entre el sexo masculino ha disminuido un 11%. Más sin embargo entre las mujeres ha aumentado un 9 %, sobre todo después de los 50 años de edad.

La enfermedad isquémica miocárdica siempre se ha analizado estadísticamente en forma conjunta mezclando pacientes de ambos sexos y no obstante que algunas manifestaciones de la enfermedad son similares en hombres y mujeres, se reconocen diferencias significativas entre ambos sexos.

Este hecho llama la atención, ya que esta entidad es la primera causa de muerte en mujeres después de los 50 años de edad y en el mundo occidental una tercera parte de las muertes que ocurren en mujeres entre los 25 y 60 años de edad son causadas por una enfermedad cardiovascular.

Contrasta pues, el hecho de que ante la presencia de cualquiera de las manifestaciones de cardiopatía isquémica en el hombre se le da una gran importancia, lo cual ha tenido como consecuencia de que, se minimice la trascendencia y severidad de este problema en la mujer.

Varios estudios reconocen y confirman al tabaquismo, la hipertensión arterial sistémica, la concentración sérica de lípidos y los trastornos de la coagulación como factores de riesgo coronario importante en ambos sexos; sin embargo cuando se analiza de manera independiente al sexo femenino estos no son reconocidos claramente lo que obliga a pensar de que la mujer curse con una menor incidencia de estos factores o que algún factor de tipo hormonal la proteja, esto podría explicar la menor prevalencia de la enfermedad en la mujer en ciertas décadas de la vida.

Sin embargo algunos estudios han puesto de relieve 4 factores que de manera importante modifican la prevalencia de la enfermedad coronaria en la mujer, Tabaquismo, Hipertensión arterial sistémica, Diabétes Mellitus y el no emplear estrógenos después de la menopausia, ya que la menopausia supone un cambio brusco en esta tendencia, de modo que la incidencia de cardiopatía isquémica en las mujeres aumenta en forma mucho más intensa que en los varones.

Antes de los 45 años de edad el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica es aproximadamente 10 veces menor en la mujer que en el hombre, más aun la incidencia de infarto miocárdico es muy baja y con frecuencia no tiene relación con enfermedad aterosclerosa coronaria.

No obstante la cardiopatía isquémica sigue siendo la causa más importante de mortalidad en el sexo femenino. Además las mujeres cursan con peor pronóstico que los varones tras un infarto miocárdico y los resultados de la cirugía de revascularización y angioplastia transluminal coronaria, son peores que en los varones en igualdad de edad y severidad de la lesión.

Por lo tanto parece claro que existen matices diferentes entre mujeres y varones en relación a la cardiopatía isquémica.

Los factores de riesgo que podrían explicar estas diferencias son los siguientes: (5)

- Dislipidemias
- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Contraceptivos Hormonales
- Menopausia.

DISLIPIDEMIAS

La elevación de colesterol y otros lípidos plasmáticos es uno de los clásicos factores de riesgo de cardiopatía isquémica, tanto en varones como en mujeres. Aunque su influencia tiende a disminuir con la edad, siguen mostrando una estrecha asociación con la cardiopatía isquémica en las mujeres de todas las edades tanto el colesterol total como el colesterol LDL, el colesterol HDL y los triglicéridos. Por ello, no es de extrañar que la llamativa diferencia de incidencia de cardiopatía isquémica entre varones y mujeres haya sido inicialmente atribuida al diferente perfil lipoproteico de ambos sexos.

Los niveles de colesterol -HDL son significativamente menores en mujeres jóvenes que en varones de la misma edad, pero se incrementan rápidamente con la edad hasta llegar, hacia los 50 años, a igualarse en ambos sexos. En los varones, los niveles de colesterol -LDL aumentan hasta dicha edad y desde entonces van disminuyendo progresivamente. Estos hechos se correlacionan con el hallazgo en las mujeres de una mayor tasa catabólica de las apoproteínas B-100 (componentes principales de las LDL).

Por otro lado, las mujeres tienen concentraciones de colesterol -HDL y su apoproteína A-I mayores que las de los varones a cualquier edad. Esta diferencia se debe casi por entero a la subfracción HDL2 (la que se asocia más frecuentemente, de forma inversa, con la cardiopatía isquémica), mientras que los niveles de HDL3 son similares en ambos sexos. Los niveles de VLDL aumentan con la edad en las mujeres, pero son menores que los de los varones hasta los 60 años; en los varones, las VLDL y los triglicéridos aumentan progresivamente hasta los 50 años y a partir de ese momento comienzan a disminuir.

Todas estas diferencias en el perfil lipídico entre ambos sexos pueden explicarse, al menos en parte, por los efectos metabólicos de las hormonas sexuales sobre las lipoproteínas. Los estrógenos disminuyen las concentraciones de colesterol - LDL probablemente intensificando la síntesis de receptores LDL en la membrana celular, incrementan los niveles de HDL al acelerar el metabolismo de las VLDL y reducir la actividad de la triglicérido-lipasa hepática, y aceleran la secreción de las VLDL. Se ha invocado también una disminución de la globulina unida a las hormonas sexuales.

Los progestágenos tienen, en general, un efecto opuesto; incrementan la actividad de la triglicérido-lipasa hepática, lo que condiciona un aumento del catabolismo hepático de las VLDL y, por ello, un aumento del suministro hepático de colesterol, disminuyen los receptores LDL en los hepatocitos elevando los niveles de LDL y disminuyen la concentración de HDL.

Pese a todo, bastantes datos epidemiológicos sugieren que las diferencias entre los dos sexos en el perfil lipídico y en la incidencia de cardiopatía isquémica podrían no deberse exclusivamente a diferencias fisiológicas intrínsecas entre varones y mujeres. El grupo de Kesteloot no halló diferencias significativas entre ambos sexos en los niveles de lipoproteínas en Corea ni en China popular, y Miller et al encontraron lo mismo en Cuba, países todos ellos en los que la incidencia de cardiopatía isquémica es baja. Por ello, al menos en dichas poblaciones, la diferencia entre varones y mujeres en lo relativo al perfil lipídico se pierde y quizás influyen otros factores de tipo socioeconómico.

TABAQUISMO

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica en los varones y también en las mujeres. Este factor, en el sexo femenino, adquiere mayor importancia si consideramos que la proporción de mujeres fumadoras en relación a los varones va en aumento, por lo que el tabaquismo particularmente en mujeres jóvenes, constituye uno de los factores de riesgo más importantes, mostrando además relación directa con el número de cigarrillos fumados. Según Rosenberg et al, el riesgo relativo de infarto en mujeres jóvenes que fuman de 15 a 25 cigarrillos diarios es de 2.4 y se eleva hasta 7.0 en fumadoras de más de 25 cigarrillos. Además, el consumo de tabaco actúa sinérgicamente con los contraceptivos orales, el riesgo relativo para las fumadoras de más de 25 cigarrillos que además usan anticonceptivos orales se calcula que es de 23.

El mecanismo de esta fuerte asociación entre tabaquismo y cardiopatía isquémica en mujeres jóvenes no es bien conocido. Uno de los factores más implicados ha sido el espasmo coronario. Ya se dijo antes que el infarto al miocardio en mujeres jóvenes es con frecuencia de causa no aterosclerótica, y con mayor frecuencia que en los varones se asocia con coronarias sanas. Esto, unido al hecho de que el tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo de espasmo coronario en mujeres jóvenes, permite suponer que el tabaco, a través del espasmo, podría inducir infarto miocárdico en esta población concreta.

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial desempeña un papel crítico e independiente en el mecanismo de la aterogénesis en ambos sexos, pues implica el riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria o enfermedad vascular periférica en relación a los normotensos. En el estudio Framingham se observó que las cifras tensionales elevadas se asocian con un mayor riesgo de infarto miocárdico en ambos sexos, especialmente infartos silentes; estos por otra parte, son más frecuentes en el sexo masculino.

DIABETES MELLITUS

La diabetes, tanto del tipo I como la del tipo II, constituye un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria, sobre todo en el sexo femenino.

Las mujeres son especialmente vulnerables a los efectos cardiovasculares de la diabetes. Así las diabéticas tienen un riesgo de cardiopatía isquémica triple que las no diabéticas, y su riesgo de sufrir infarto de miocardio se iguala al de los varones no diabéticos. Este riesgo no parece estar en relación con la duración o severidad de la enfermedad.

A este efecto intrínseco de la diabetes se asocia el de otros factores de riesgo, singularmente los trastornos de los lípidos. Estos trastornos, fundamentalmente disminución de los valores de colesterol -HDL y aumento de los triglicéridos, con frecuencia están presentes antes de que la diabetes se manifieste o se agravan posteriormente con ella.

CONTRACEPTIVOS HORMONALES

El uso de la píldora anticonceptiva incrementa la incidencia de infarto miocárdico entre dos y cuatro veces; este incremento es más acusado en las fumadoras y en las mayores de 35 años.

Clásicamente se ha postulado que este aumento en la incidencia de cardiopatía isquémica se debe a que los anticonceptivos acentúan diversos factores de riesgo coronario, fundamentalmente el perfil lipídico, el metabolismo de los hidratos de carbono y la presión arterial. Sin embargo, ya hemos mencionado antes que en el infarto miocárdico en mujeres jóvenes con frecuencia no se encuentra la típica patología coronaria aterosclerótica. Por ello, aunque está claro que los anticonceptivos incrementan la incidencia de cardiopatía isquémica, podría ser que sólo lo hicieran en mujeres que ya presentaran otros factores de riesgo o estuvieran de algún modo predispuestas a padecer tal patología.

De cualquier modo, los anticonceptivos alteran el perfil lipídico de forma clara, no obstante, su influencia es compleja y difícil de interpretar, pues los estrógenos y los progestágenos sintéticos que componen estos preparados pueden tener efectos opuestos.

La hipertensión inducida por los anticonceptivos suele ser leve y en la mitad de los casos desaparece a los 6 meses de abandonar el consumo de aquellos. En la otra mitad persiste, si bien no está claro si tales casos podrían corresponder a hipertensiones esenciales previas no descubiertas.

El mecanismo de la hipertensión incluida por los anticonceptivos es múltiple, el más invocado es la acción de los estrógenos sobre el sistema renina-angiotensina, que provoca retención de sodio y vasoconstricción sistémica. A esta también contribuye el aumento del tono del músculo liso por acción sobre los receptores estrogénicos y el aumento de la sensibilidad a las catecolaminas.

Por último, se han propuesto otros mecanismos para explicar la elevada incidencia de problemas cardiovasculares en pacientes tratadas con anticonceptivos hormonales. Uno de ellos es la tolerancia a los carbohidratos, medida por un incremento en la resistencia periférica a la insulina. También alteran la dinámica de la coagulación, incrementando los niveles séricos de diversos factores de ésta, modificando la función plaquetaria y la interacción plaqueta-pared vascular.

MENOPAUSIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Varios estudios han señalado la gran diferencia existente en la incidencia de cardiopatía isquémica entre los varones y las mujeres antes de los 50 años. Esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia, sea natural o tras ooforectomía bilateral, un punto de inflexión claro en el aumento de dicha incidencia en las mujeres.

La menopausia, que se define como el momento en que cesan las menstruaciones y que en los países occidentales aparece alrededor de los 50 años, produce numerosas alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterógeno. La causa primordial de estas alteraciones parece ser la disminución de la secreción de estrógenos.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MENOPAUSIA

- Alteraciones del metabolismo lipídico
- Hipertensión Arterial
- Obesidad
- Aspectos psicosociales.

ALTERACIONES DEL METABOLISMO LIPIDICO

Tras la menopausia los valores del colesterol HDL disminuyen mientras aumentan los del colesterol LDL y total. Este hallazgo es constante en todos los estudios y concuerda con la hipótesis del riesgo cardiovascular.

HIPERTENSION ARTERIAL

No está claro que en la menopausia aumente la presión arterial. De hecho en varios estudios comparativos se han encontrado cifras idénticas en la pre y posmenopausia. El problema radica en que es difícil separar la menopausia y el envejecimiento que son dos procesos que se superponen, pues es sabido que la hipertensión arterial aumenta con la edad en ambos sexos.

OBESIDAD

La obesidad y el sedentarismo que suelen ser frecuentes en la mujer de edad avanzada, desempeña un papel muy importante en la aterogénesis y a pesar de que no se pueden considerar como factores de riesgo independientes-. El sobrepeso deteriora el perfil de riesgo cardiovascular al modificar el índice HDL / LDL , por disminución de los niveles de HDL. También incrementa los niveles de ácido úrico, favorece la hipertensión arterial y eleva los triglicéridos.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

La menopausia es un proceso caracterizado por una serie de cambios menstruales y endocrinos que resultan gradualmente en amenorrea, disminución de la secreción gonadal de estrógenos y elevación de las gonadotropinas plasmáticas. Una minoría significativa puede desarrollar una serie de trastornos emocionales que varían desde la depresión a la ansiedad u otro tipo de desórdenes afectivos.

El tabaquismo, por su parte, es un hábito que aparece o se intensifica en la mujer de edad avanzada y, aparte de ser uno de los factores de riesgo coronario modificables más importantes, se encuentran también relacionado con una mayor incidencia de menopausia precoz, al parecer causada por insuficiencia ovárica.

Numerosos datos sugieren que determinadas características del comportamiento, de la personalidad y de las relaciones sociales podrían estar en relación con la enfermedad coronaria. La personalidad tipo A, que se manifiesta por agresividad, hostilidad, ambición, competitividad y exagerado sentido de la urgencia, se ha correlacionado con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica en varones, también en mujeres, incluso tras ajuste de los demás factores de riesgo. En caso de las mujeres, en el estudio Framingham se encontró una incidencia de accidentes coronarios doble en las mujeres con personalidad tipo B. Quizá la menor incidencia de cardiopatía isquémica en las mujeres se deba en parte a que el patrón de personalidad tipo A es menos frecuente en ellas que en los varones, pero este hecho no se ha demostrado.

PAPEL DEL TRATAMIENTO CON HORMONAS EN LA POSMENOPAUSIA

El empleo de estrógenos como terapéutica de los trastornos del síndrome menopáusico arranca de los años setenta, y la frecuencia de su empleo ha ido oscilando al compás de los vaivenes de la controversia sobre su balance riesgo-beneficio.

En lo relativo a los efectos benéficos, además de los cardiovasculares, es evidente la mejora de los aspectos citados en la siguiente tabla:

BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA TERAPÉUTICA ESTRÓGENICA SUSTITUTIVA EN EL PERIODO POSMENOPÁUSICO

Efectos benéficos sobre

Riesgos

Síntomas vasomotores
Síntomas psíquicos
Atrofia urogenital
Osteoporosis
Cardiopatía isquémica (discutido)

Hiperplasia-adenocarcinoma endometrial
Cáncer de mama (dudoso)
Colecistitis (dudoso)

También los estrógenos pueden provocar cambios quísticos o displásicos en la mama, pero la mayoría de estudios ha fracasado en el intento de implicar la terapéutica estrogénica como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad maligna de la mama.

ESTROGENOS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El efecto supuestamente protector de los estrógenos sobre la cardiopatía isquémica ha generado un intenso debate.

Gruchow et al acometieron la valoración del riesgo de cardiopatía isquémica mediante el estudio del grado de oclusión coronaria por angiografía, comparando el alcance de aquella en mujeres según utilizaran o no estrógenos. Encontraron una tendencia linealmente ascendente del grado de oclusión en relación positiva con la edad para mujeres no consumidoras de estrógenos, pero no identificaron la misma tendencia en las mujeres consumidoras de estrógenos. Aunque entre estas últimas existía una proporción mayor de fumadoras, el porcentaje de uso de estrógenos entre las mujeres con grado de oclusión moderado y severo fue significativamente menor que entre aquellas cuyo grado de oclusión era bajo, lo que sugiere el efecto beneficioso de los estrógenos independientemente de la edad. Las mujeres que utilizaban estrógenos tenían menor nivel de oclusión coronaria que las que no los usaban, sin ninguna influencia del tipo de menopausia, ya fuera natural o quirúrgica. Sin embargo, ya en 1978 se encontraron datos opuestos, que vinieron luego a ser corroborados por el influyente estudio Framingham.

El estudio Framingham, al establecer la asociación entre el uso de estrógenos y la morbilidad cardiovascular, demostró un efecto perjudicial de la terapéutica sustitutiva sobre la aparición de trastornos cardiovasculares, en particular sobre la coronariopatía y la enfermedad cerebrovascular. No se encontró, sin embargo, asociación significativa entre tratamiento estrogénico y el infarto al miocardio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Analizar y determinar de manera independiente y dirigido hacia la mujer la presentación de la cardiopatía isquémica en nuestro medio. Considerando los factores de riesgo que incluyan las diferencias significativas en relación al sexo masculino.

RAZONES PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACION:

La enfermedad isquémica miocárdica siempre se ha estudiado en forma conjunta mezclando pacientes de ambos sexos.

Pocos trabajos se ocupan de analizar el problema de la cardiopatía isquémica en el sexo femenino a pesar de que es la primera causa de muerte en la mujer después de los 50 años de edad. El comportamiento de esta entidad es diferente en la mujer que en el hombre.

En la primera los factores de riesgo coronario se reconocen con menor claridad quizá porque algún factor de tipo hormonal la proteja. Además desarrolla más complicaciones y responde de manera menos favorable al tratamiento médico y quirúrgico.

DEFINICION DE OBJETIVOS:

Demostrar que la cardiopatía isquémica en pacientes de sexo femenino, es más prevalente después de los 40 años.

Reconocer claramente la interacción de los factores de riesgo como son tabaquismo, dislipidemias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y menopausia.

Evaluar si en el estudio de esta patología se reconoce y se considera la importancia de estos.

HIPOTESIS:

La cardiopatía isquémica en la mujer y sus factores de riesgo asociados requieren de un especial y mayor análisis ya que aquellos que influyen en el hombre se han extrapolado a la mujer y no permiten establecer un pronóstico real.

El comportamiento de la cardiopatía isquémica en la mujer está en íntima relación con la aparición de la menopausia y esta con su interacción con los factores de riesgo aterogénico asociados dando a la edad representación de marcador de riesgo.

TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo - Transversal - Descriptivo.

LUGAR:

Pacientes del sexo femenino con diagnóstico de cardiopatía isquémica ingresados en el American British Cowdray Hospital. (Hospital A.B.C.)

TIEMPO Y FECHA:

Pacientes del sexo femenino hospitalizadas con diagnóstico de cardiopatía isquémica durante el periodo de Enero de 1992 a Mayo de 1995.

UNIVERSO DE LA MUESTRA:

Se integro con pacientes del sexo femenino hospitalizadas en el Hospital ABC con diagnóstico de cardiopatía isquémica en los servicios de Medicina Interna y la Unidad de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA:

Se revisaron en el archivo del Hospital A.B.C. 76 expedientes clínicos de pacientes del sexo femenino y con diagnóstico de cardiopatía isquémica, se incluyeron pacientes hospitalizadas en el servicio de Medicina Interna y la Unidad de Terapia Intensiva, tomando en cuenta antecedentes heredo familiares, obesidad, tabaquismo, dislipidemias, contraceptivos, menopausia, sustitución hormonal, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatía previa, angor, metodos diagnósticos que incluyen, electrocardiograma de reposo, prueba de esfuerzo, centelleografía miocárdica con dipiridamol, ecocardiograma y coronariografía, tratamiento y complicaciones. En un periodo de tiempo de Enero de 1992 a Mayo de 1995.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes del sexo femenino entre la 2o. y 6o. década de la vida con diagnóstico de cardiopatía isquémica.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes mayores de la 6o década de la vida que cursen con alguna otra enfermedad sistémica.

RESULTADOS:

Se encontraron 76 pacientes del sexo femenino con diagnóstico de cardiopatía isquémica en la que se analizaron: edad, factores de riesgo coronario, sintomatología de inicio, métodos diagnósticos efectuados, tratamiento y complicaciones con los siguientes resultados:

EDAD:

La mayor incidencia de presentación de cardiopatía isquémica fue en el grupo de mayor edad y divididas por décadas de vida su distribución fue de la siguiente manera:

49 pacientes en la 6a. década de la vida con un porcentaje del 64.47 %.

24 pacientes en la 5a. década de la vida con un porcentaje del 31.57 %.

y finalmente 3 mujeres en la 3a. década de la vida representando un porcentaje del 3.94 %.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

De todas ellas 47 (61.84 %), refirieron antecedentes heredo familiares directos ya sea por la línea paterna o materna.

OBESIDAD

El factor obesidad fue pobremente investigado refiriéndose solamente en 7 pacientes (9.21 %).

TABAQUISMO:

El tabaquismo fue detectado en 39 pacientes (51.31 %) y su referencia no incluyó tiempo o promedio de consumo de cigarrillos.

DISLIPIDEMIAS

El factor dislipidemias fue someramente investigado refiriéndose unicamente 15 pacientes (19.73 %), y la atención por investigar el antecedente realmente no se apreció que fuera importante.

CONTRACEPTIVOS:

El antecedente de uso de contraceptivos practicamente pasó inadvertido reportandose solo 3 paciente (3.94 %).

MENOPAUSIA:

Se encontraron 24 pacientes (31.57 %) con este antecedente, destacandose el hecho que de estas 11 (14.4 %) cursaban con menopausia quirúrgica por problemas ginecológicos.

SUSTITUCION HORMONAL:

Se encontro unicamente 9 pacientes (11.84 %), pero de hecho una investigación dirigida no fue efectuada.

DIABETES MELLITUS:

9 pacientes (11,84 %) con problema diabético y aparentemente en buen control, la mayoría con hipoglucemiantes orales.

HIPERTENSION ARTERIAL:

Se encontraron 30 pacientes (39.47 %), con antecedentes de hipertensión arterial sistémica todos con tratamiento médico con los diferentes antihipertensivos: Betabloqueadores, diuréticos , IECAS, y calcioantagonistas, aparentemente con buen control.

CARDIOPATIA PREVIA:

Antecedente importante 19 pacientes (25%) con cardiopatía previa de estos, 14 pacientes (18.4 %) específicamente con antecedentes de IAM. Además de 3 con antecedentes de angioplastia y 2 con revascularización sin conocer más características.

ANGOR

Síntoma inicial importante y predominante 56 pacientes (73.68 %) tuvieron como manifestación inicial dolor precordial y ante la persistencia o importancia de este se busco la atención médica.

METODOS DIAGNOSTICOS:

ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO:

31' pacientes (40.78 %) con alteraciones electrocardiográficas.
Alteraciones en la onda T y segmento ST

PRUEBAS DE ESFUERZO:

18 procedimientos realizados (23.68 %) de los cuales 14 fueron reportados como positivos.

CENTELLEOGRAFIA MIOCARDICA CON DIPIRIDAMOL:

Un total de 21 procedimientos (23.68 %) con positividad en 18 y 3 resultaron negativos.

ECOCARDIOGRAMAS:

20 procedimientos la gran mayoría normales o con discretas alteraciones de movilidad ventricular.

CORONARIOGRAFIA:

Independientemente de los resultados de los procedimientos anteriormente referidos 62 pacientes (81.57 %) fueron sometidos a coronariografía diagnóstica, para evaluar objetivamente el grado de afectación coronaria - llamando la atención el alto número -24 casos (38.70 %) reportadas como normales.

Seguido de afectación trivascular 11 casos (17.7 %) y afectación en la coronaria descendente anterior (D:A), 11 casos (17.7 %).

La arteria coronaria derecha (C.D), resulta afectada en 6 casos (9.67 %). Y 4 casos (6.45 %) de problema en DA y C.D.

La arteria circunfleja y obtusa marginal resultan afectadas en 2 casos respectivamente (3.2 %).

TRATAMIENTO MEDICO:

63 pacientes (82.8 %) fueron manejadas con tratamiento médico que incluyo antihipertensivos y nitratos.

9 presentaron IAM por lo que a 7 se les administro protocolo de trombolisis con activador tisula del plasminogeno (rt-PA)-(9.2 %).

Y estreptocinasa en 2 casos (2.63 %).

6 pacientes (7.89 %) fueron sometidas a angioplastia y 7 (9.2 %) a revascularización.

COMPLICACIONES:

El número de complicaciones en total fue de 13 que representa un porcentaje de 17 %. siendo las más importantes : 2 defunciones (2.63 %),

1 de los casos fue en una paciente sometida a revascularización que presentó posteriormente choque cardiogénico y muerte;

El 2o caso fue en una paciente sometida a trombolisis con rt-PA , que presentó EVC hemorrágico y muerte

Se presentaron además 2 casos de Angioplastia fallida (2.63 %).

2 casos de Disección Coronaria (2.63 %).

2 reinfartos (2.63 %).

3 IAM (3.94 %)

1 caso de Insuficiencia Cardíaca (1.3 %).

1 caso de crisis hipertensiva (1.3 %).

INTERACCION DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

TABAQUISMO MENOPAUSIA	14 casos	(18.42 %)
TABAQUISMO HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	13 casos	(17.10 %)
TABAQUISMO DISLIPIDEMIAS	7 casos	(9.2 %)
TABAQUISMO SUSTITUCION HORMONAL	5 casos	(6.5 %)
TABAQUISMO DIABETES MELLITUS	2 casos	(2.6 %)
COMUN DENOMINADOR	TABAQUISMO	39 casos (51.31 %)

DISCUSION

No obstante que la cardiopatía isquémica en la mujer cursa con manifestaciones similares en relación al hombre es evidente que existen diferencias significativas que condicionan que sea difícil establecer un pronóstico real y la razón es de que la gran mayoría de estudios existentes de esta entidad patológica se han realizado básicamente en poblaciones de hombres.

Es innegable la importancia de los factores de riesgo coronario como el tabaquismo, Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus (incluyendo sus 2 tipos). Y dislipidemias. Así como también es evidente su menor reconocimiento cuando se estudia a la mujer. Es sorprendente que no se preste la debida atención a la presencia de la menopausia en relación a algún factor de protección hormonal y consecuentemente también una inadecuada atención a la sustitución hormonal en la posmenopausia.

La terapia sustitutiva hormonal posmenopausia es un promisorio abordaje en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria en la mujer. Algunos estudios sugieren una disminución de aproximadamente el 50% en el riesgo de desarrollo de cardiopatía isquémica en la mujer.

Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus e historia de embolismo no son contraindicaciones para recibir terapia con estrógenos.

La terapia sustitutiva combinada progestágenos y estrógenos es prudente en pacientes menopáusicas no histerectomizadas por el potencial riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer endometrial cuando se utiliza únicamente estrógenos. Por otra parte es incierto que el uso de estrógenos o su combinación con progestágenos incremente la incidencia de cáncer de mama. Pero muchas mujeres temen más al cáncer de mama que a una enfermedad cardiovascular.

Las dislipidemias siguen siendo un factor clásico de riesgo coronario en ambos sexos, por lo que el perfil lipoprotéico debiera ser investigado sistemáticamente prestando atención especial a los estados pre y posmenopausia por los efectos metabólicos de las hormonas sexuales sobre las lipoproteínas, no obstante los efectos de agentes progestágenos en los favorables efectos de los estrógenos en la terapia de lípidos y los beneficios potenciales cardiovasculares son inciertos. En la atención de este factor de riesgo coronario, la prevención primaria y secundaria también debiera ser sistemática.

El tabaquismo es con mucho el factor de riesgo más importante en la población femenina, actualmente su prevalencia es mucho más importante que en décadas anteriores y de hecho también actualmente las mujeres comienzan a fumar en edades más tempranas. El riesgo del tabaquismo está relación directa con el tiempo de inicio y consumo promedio de cigarrillos. Además las mujeres fumadoras desarrollan más tempranamente menopausia.

El dejar de fumar puede reducir el riesgo de cardiopatía isquémica en un 64 % en comparación con una reducción del 45% si se controla la hipertensión arterial sistémica o si se utiliza terapia hormonal sustitutiva. (6)

Se ha invocado también la presencia de enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus en relación a desarrollo de mayores complicaciones sin embargo o al menos en nuestro medio la incidencia parece menor.

En la mujer la angina de pecho es la manifestación primaria más frecuente de la cardiopatía isquémica, seguida de infarto al miocardio. se reconoce que el espasmo coronario puede tener un papel más preponderante que el sexo masculino. La proporción de mujeres con angina inestable y coronarias normales es muy elevado de hasta un 33%

La cardiopatía isquémica no siempre es fácil identificarla con los métodos diagnósticos la prueba de esfuerzo tiene una sensibilidad y especificidad relativamente baja y particularmente difícil de interpretar en la mujer. es difícil también obtener conclusiones utilizando la prueba de esfuerzo con tallo o con la ecocardiografía de esfuerzo. La coronariografía muestra una enfermedad coronaria menos extensa y difusa que en el hombre, la prevalencia de enfermedad del tronco y lesiones trivasculares es menor y además cursa con un importante número de resultados de coronarias normales.

El tratamiento es más complejo las coronarias de las mujeres son más pequeñas por lo que las fluctuaciones del tono vasomotor coronario adquieren mayor importancia.

El éxito de la angioplastia tanto clínico como angiográfico es menor, la disección de la arteria coronaria así como la revascularización y mortalidad hospitalaria es mayor.

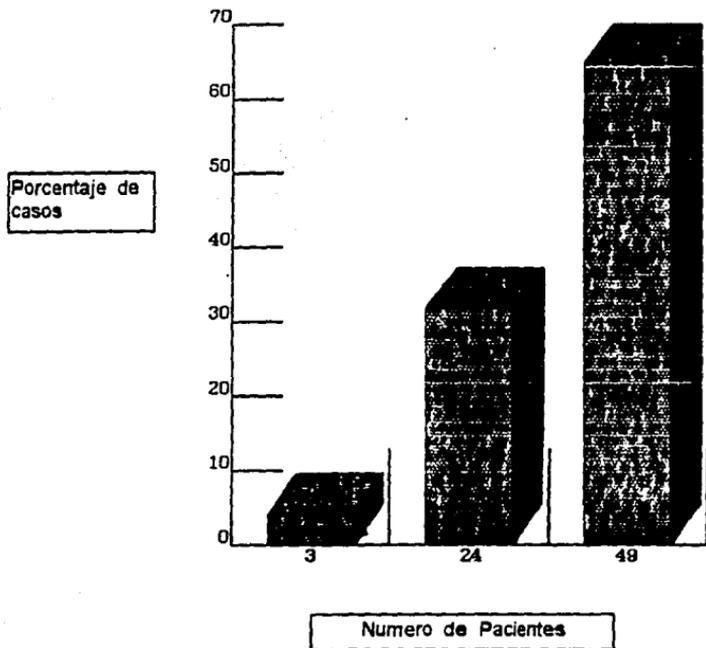
Por otro lado los aspectos de comportamiento psicosociales de la enfermedad cardiovascular en la mujer deben ser considerados. Taquicardia y dolor precordial pueden representar ansiedad y depresión y los facultativos deben tener la destreza en reconocer síntomas y no suscribirlos únicamente a un origen psicógeno sin una adecuada valoración cardiovascular. ya que estas entidades pueden tener efectos adversos en la morbimortalidad de la cardiopatía isquémica.

Quedan por contestar todavía muchas preguntas en el área de la cardiopatía isquémica en la mujer por lo que es de primordial importancia establecer que se requieren de efectuar estudios analíticos dirigidos especialmente a la población femenina.

CONCLUSIONES.

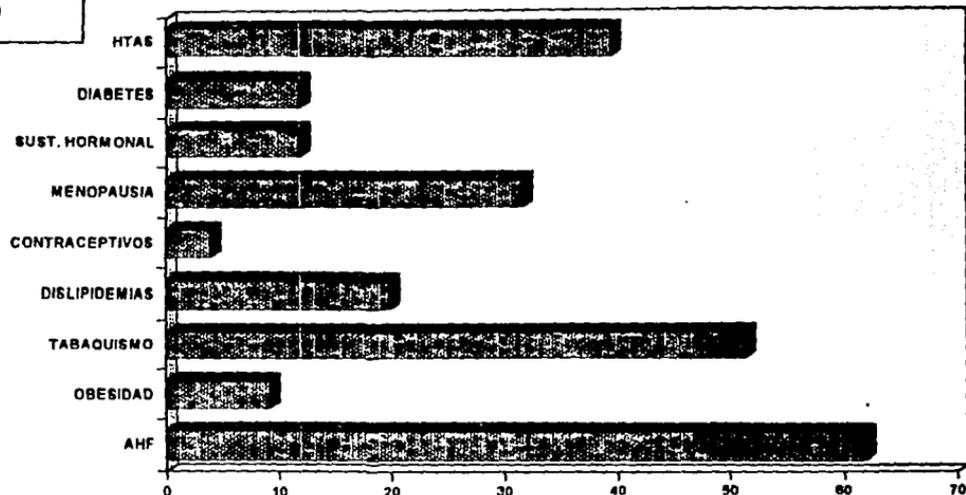
- 1.- La cardiopatía isquémica en la mujer aún en nuestro medio (Hospital ABC). no es estudiada adecuadamente pues los factores de riesgo coronarios y sus diferencias significativas en relación al hombre no son reconocidas claramente.
- 2.- La prevalencia de cardiopatía isquémica en la mujer es más importante en la 6a. década de la vida (51 - 60 años de edad). teniendo relación estrecha con la posmenopausia.
- 3.- El tabaquismo se comporta como el factor de riesgo coronario más importante e interactúa con los demás factores de riesgo exacerbando la incidencia y desarrollo de cardiopatía isquémica en el sexo femenino
- 4.- Dislipidemias, premenopausia - posmenopausia y terapia sustitutiva hormonal son factores de riesgo coronario tributarios de un mayor análisis para definir su comportamiento y su influencia en la cardiopatía isquémica de la mujer
- 5.- En la mujer la angina de pecho es la principal manifestación inicial de cardiopatía isquémica seguida de infarto.
- 6.- En el presente estudio la coronariografía fue el método diagnóstico mayormente utilizado con un alto índice de resultados de coronarias normales, seguido de afectación trivascular y de la arteria coronaria descendente anterior .
- 7.- En la cardiopatía isquémica en la mujer es mandatorio un abordaje interdisciplinario que incluya la participación del médico internista, cardiólogo y ginecólogo para una mejor definición y atención de los factores de riesgo coronario reconocidos y establecer sistemáticamente programas de atención primaria y secundaria teniendo como objetivo abatir la morbimortalidad.

CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER



CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER

FACTORES DE RIESGO

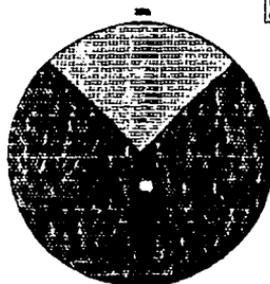


PORCENTAJE DE PACIENTES

INTERACCIONES CON EL TABAQUISMO		
INTERACCION	NUM. CASOS	%
MENOPAUSIA	14	29,17
HIPERTENSION ARTERIAL	13	27,08
DISLIPIDEMIA	7	14,58
CARDIOPATIA PREVIA	7	14,58
SUSTITUCION HORMONAL	5	10,42
DIABETES	2	4,17
TOTAL	48	100

CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER

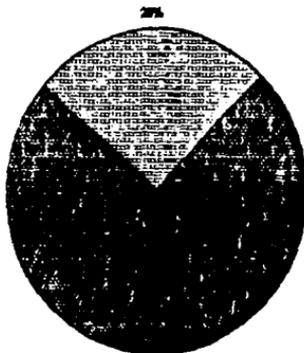
19 PACIENTES
TOTAL



SI
NO

SI NO ANGINA
SI NO ANGINA

56 PACIENTES
TOTAL

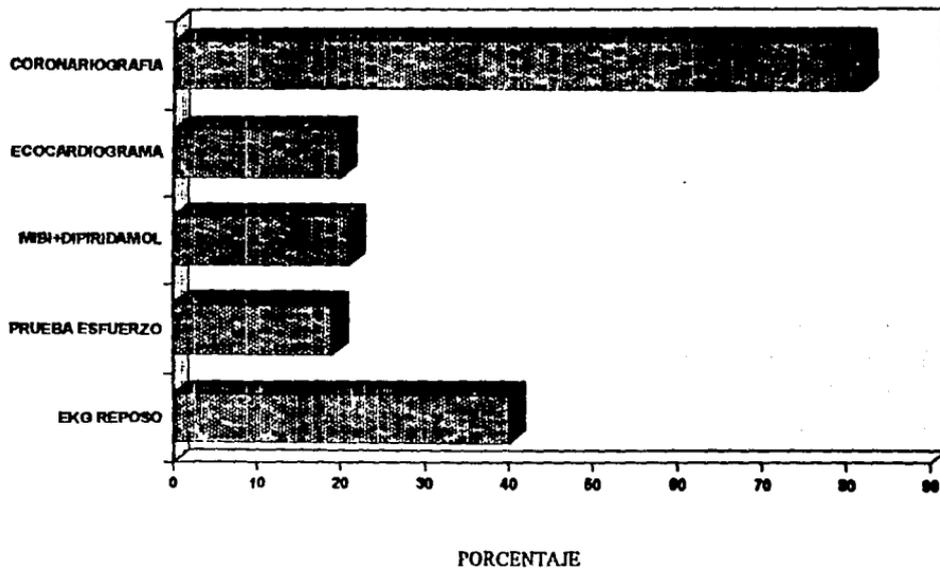


SI
NO

SI NO ANGINA
SI NO ANGINA

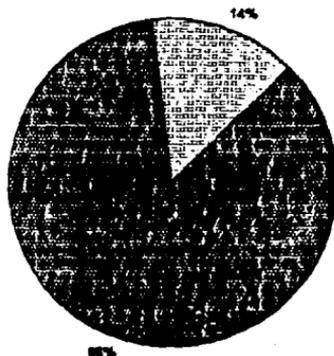
CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER

MÉTODOS
DIAGNÓSTICOS

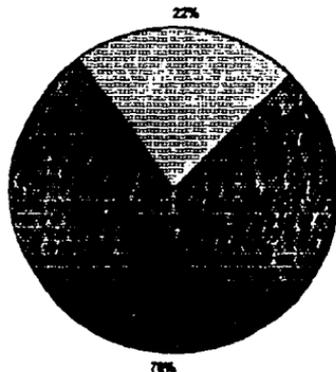


CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER

MIPI+DIPYRIDAMOL



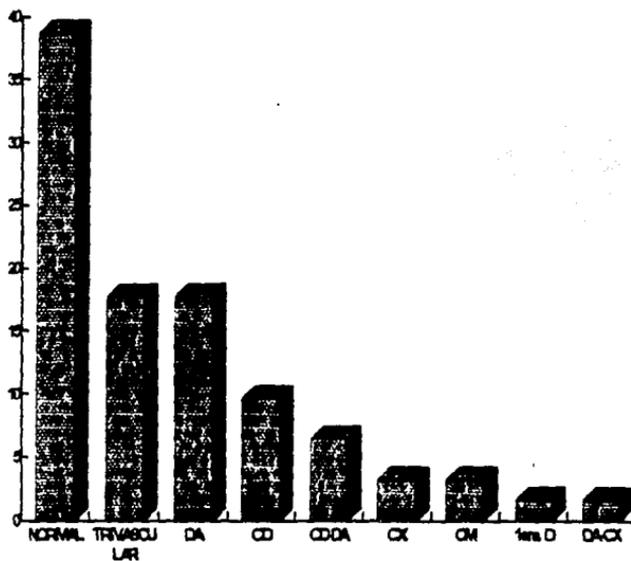
PRUEBA DE ESFUERZO



CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER

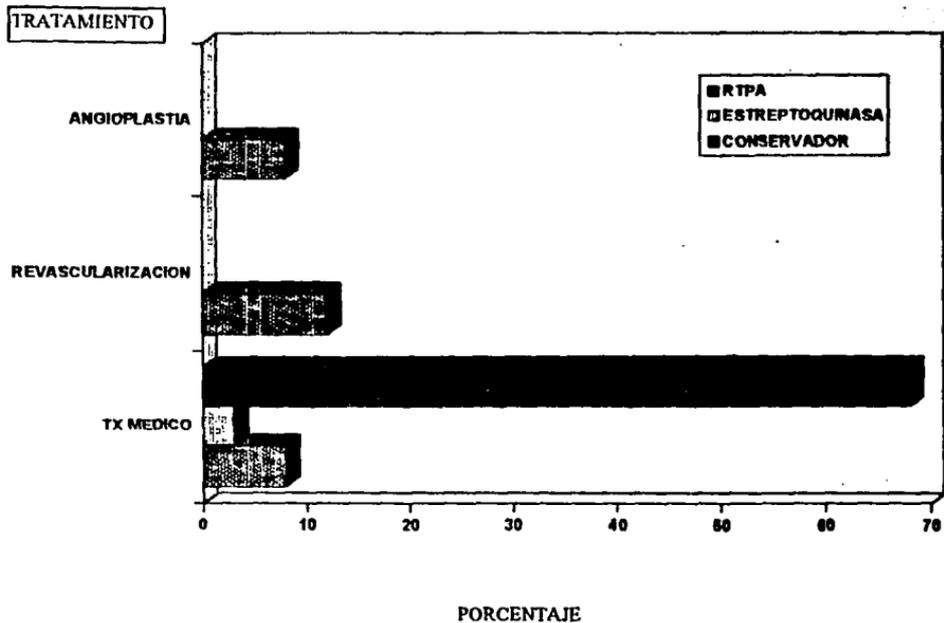
CORONARIOGRAFIAS

PORCENTAJE DE PROCEDIMIENTO



CORONARIAS AFECTADAS

CARDIOPATIA ISQUEMICA EN LA MUJER



COMPLICACIONES			
EVENTO	NUMERO	%	DEFUNCION
IAM	3	3,94	
REINFARTO	2	2,63	
ANGIOPLASTIA FALLIDA	2	2,63	
DISECCION (ANGIOPLASTIA)	2	2,63	
CHOQUE CARDIOGENICO	1	1,3	1
EVC HEMORRAGICO	1	1,3	1
INSUFICIENCIA CARDIACA	1	1,3	
CRISIS HIPERTENSIVA	1	1,3	

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANDREW SELWYN / EUGENE BRAUNWALD, Cardiopatía isquémica . Harrison tratado de Medicina Interna. 13a. edición, México, Interamericana 1993. 1117-1123
- 2.- DENIS M. BURLEY, Prevención de las cardiopatías coronarias, Publicaciones - Ciba Geigy, México 1985, 9-11.
- 3.- KANNU CHARTTERJE, Cardiopatía isquémica, Stein-Medicina Interna 3a. edición México - Salvat, 440-453
- 4.- HOWARD L. JUDD, Menopausia y postmenopausia, Diagnostico y tratamiento Gineco Obstetra. México 1990, El manual moderno, 559-578
- 5.- E. ALEGRIA, P. AZAMORA, Cardiopatía isquémica en la mujer, Revista Española - de Cardiología, Vol. 44 No. 8, 500-510
- 6.- SERGIO FEREZ, E. ALEXANDERSON, Cardiopatía isquemica en la mujer, Arch Inst - Cardiol México. Vol 61: 193-195 1991
- 7.- NANETTE K. WENGER, Cardiovascular Health and disease in Women, The New England Journal of Medicine, Vol 329, No. 4, 247-253, 1993
- 8.- SHERYL F. KELSEY, Results percutaneous transluminal coronary angioplasty in - Woman, Circulation, Vol. 87, No. 3, 720 - 727, 1993
- 9.- W.B. KANNEL, Metabolic risk factors for coronary heart disease in Women: Perspective from Framingham Study, American Heart Journal, Vol. 114, No. 2, 413 - 418 - 1987.
- 10.- STANPFER MJ, COLDITZ GA, Tratamiento estrogenico en la posmenopausia y enfermedad cardiovascular, diez años de seguimiento del " Nurses Health Study ". New England Journal of Medicine. 325: 756 - 762, 1991
- 11.-E. ALEXANDERSON, Evaluación de la isquémia miocárdica en mujeres con la prueba - de esfuerzo validada mediante coronariografía. Arch Inst Cardiol Méx. Vol 62: 251-252, 1992

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 12.- FIEBACH NH. Differences between Women and men in survival after myocardial infarction. *Jama*, 1990. 263: 1092 - 1096
- 13.- MAYNARD C. Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with - acute myocardial infarction. *American Journal of cardiology*, 1991, 68: 529 - 530
- 14.- GURWITZ JH. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in - acute myocardial infarction. *Jama* 1992, 286 : 1417 - 1422
- 15.- AYAIN JZ, EPSTEIN AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of medicine*. 1991 325 : 221 - 225
- 16.- CANNON RO III. Pathophysiological dilemma of syndrome X. *Circulation*, 1992; 85: 883 - 892