

11226
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33 EL ROSARIO.

FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LOS PACIENTES CON
INFARTO AL MIOCARDIO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A :

300120

DR. JAIME CASTELLANOS SANTIAGO.

ASESOR: DR. ENRIQUEZ NERI.



MEXICO, D.F. JUNIO DE 2001.

U. M. F. No. 33



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


DR. RODOLFO ARCEZU IGLESIAS
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33
EL ROSARIO


DRA MONICA ENRIQUEZ NERI.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33
EL ROSARIO.
ASESOR DE TESIS.


DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33
EL ROSARIO.


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS.

A MI HIJO:

**CON TODO EL CARIÑO, AMOR Y RESPETO ADEMÁS DEL
TIEMPO QUE NO PASE CON EL PERO GRACIAS A SU
PACIENCIA LE DEDICO ESTA TESIS. GRACIAS
A L F O N S O**

A MI ESPOSA.

**TAMBIEN CON TODO EL AMOR, CUIDADO, CARIÑO QUE ME HA
DADO CON SU COMPAÑÍA EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES
DE LA VIDA POR QUE ESTE TRIUNFO ES TAMBIEN SUYO.**

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	39

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica sigue siendo uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados.(1). Por lo que la prevalencia de esta enfermedad varia ampliamente de unas áreas geográficas a otras; los datos obtenidos por el análisis de 12,700 varones en 18 comunidades de 7 países muestran que la tasa de mortalidad coronaria oscila entre 61 por 10,000 individuos y por 10 años en zonas rurales del japon y 681 en el este de Finlandia, pasando por una tasa del 424 en los E.E.U.U.(7).por lo tanto en el ultimo cuarto de siglo, la mortalidad por cardiopatía isquemica se ha incrementado en varios países de Europa y América.(8).

El estudio de Maresa (Barcelona) mostró que un grupo de varones de edades comprendidas entre 50 y 50 años, seguidos durante 5 años, el 3% desarrollo algún accidente coronario, demostrando que las tasas de morbi-mortalidad de un área industrial mediterránea son comparables a los del centro y oeste de Europa. (7).

Por lo que a partir de 1960, la mortalidad causada por enfermedad coronaria ha sido cada día mayor, hasta el grado que esta patología ha alcanzado el primer lugar como causa de muerte en los países industrializados(2). En México la mortalidad debida a esta enfermedad se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas. este incremento puede explicarse por el proceso de transición epidemiológica que vive el país, propiciando una mayor sobrevivida de la población, con mayor posibilidad de exposición a factores de riesgo, lo que condiciona una mayor incidencia de la enfermedad,(1)

En México, la mortalidad por enfermedad cardiovascular es la población mayor de 30 años que aumento alrededor de 12 veces en el periodo de 1950 a 1985. en 1995 en México se notifico un total de 63,605 muertes por enfermedades del corazón, 60.28% (3).

La mortalidad por enfermedad coronaria es un problema importante de salud publica, tanto en nuestro medio como en el ámbito mundial. En México corresponden las cardiopatía isquemica, lo que representa una tasa de 41.9% por 100,000 habitantes, por lo que se ha constituido en un problema importante da salud publica. (7).

Entre la población con cardiopatía isquemica e infarto agudo al miocardio (LAM), 10 de cada 100,000 individuos se encuentran en edad de 25 a 35 años, lo que corresponde a un 5% de la totalidad de los pacientes que desarrollan

IAM, en nuestro medio, este problema tiene una incidencia del 2 al 4%, predomina en el sexo masculino y la etiología más frecuente es la aterosclerosis coronaria, la cual se detecta en un 52% en estudios clínicos y 33% en necropsias. En presencia de coronarias normales, los mecanismos descritos en la génesis del IAM en sujetos menores de 40 años, son multifactoriales, los indicadores de riesgo reconocidos para el sexo masculino son : tensión psicológica, personalidad tipo A, herencia y tabaquismo, y entre la población femenina el uso de anticonceptivos orales y tabaquismo. (8).

En México se ha documentado que los principales factores de riesgo para la ocurrencia de la cardiopatía isquémica son: la Diabetes Mellitus, el incremento en los niveles séricos de colesterol, la Hipertensión Arterial, tabaquismo y la obesidad. Aunque no se ha estudiado en el país es probable que la falta de actividad física también condicione el incremento en la ocurrencia de esta enfermedad (1).

El concepto factores de riesgo coronario, es un término epidemiológico que denota aquellas condiciones asociadas con la presencia o desarrollo de la enfermedad coronaria.

Estos factores de riesgo han sido evaluados a través de estudios clínicos, genéticos y de índole experimental, determinándose que algunos son susceptibles de ser modificables de ser modificados, tal es el caso de los niveles de colesterol y de glucosa, la hipertensión arterial, el sobrepeso y hábito del tabaco y su control

El infarto agudo del miocardio (IAM) es debido generalmente a aterosclerosis, una causa menos frecuente pero no rara, es el IAM por embolia a las arterias coronarias, el cual constituye un 5-13% de todos los infartos en general. Este se presenta en pacientes jóvenes de 20 a 30 años y se asocian a factores de riesgo como prolapso de válvula mitral, síndrome migrañosos, fenómenos de Raynaud, uso de anticonceptivos, abuso de drogas, embarazo, miocardiopatía, hipertiroidismo, endocarditis infecciosa y cardiopatía reumática.(10).

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

El infarto de miocardio puede definirse como la presencia de por lo menos dos de las siguientes anomalías: dolor precordial del tipo de la isquemia miocárdica alteraciones electrocardiográficas caracterizadas por la aparición de ondas anormales o alteraciones del segmento ST y T compatibles con isquemia, e incremento de enzimas cardiacas. Como la CPK-MB.

El dolor precordial es el síntoma más frecuente en los pacientes con infarto del miocardio, a diferencia de la isquemia, el dolor es visceral y profundo, es decir opresivo pero más intenso y prolongado que en la angina, su localización suele ser en cara anterior de tórax o del epigastrio, y un 30% de los casos se irradia a los brazos, principalmente al izquierdo, aunque también se refieren irradiación a cuello, mandíbulas y espalda.

El dolor que a menudo se relaciona con debilidad, diaforesis, náuseas, vomito y ansiedad, se presenta por razones probablemente circadianas más frecuentemente por las mañanas en la mitad de los casos, y más de 50% de los pacientes tiene antecedentes de algún tipo de angina.

La exploración física puede hallarse a un individuo ansioso, con facies dolorosa palidez y piel fría: dependiendo de la zona del infarto, el paciente puede presentar manifestaciones de hiperactividad simpática (taquicardia, hipotensión o ambos) cuando el infarto es inferior. Aunque no es frecuente, debe buscarse frote pericárdico en quienes padecen infarto transmural y eventualmente cuarto (SA) y tercer ruido(S3),

Los cambios electrocardiográficamente son tres: isquemia, lesión e infarto, e incluyen alteraciones de la onda T, del segmento ST y complejo QRS respectivamente.

El diagnóstico de infarto transmural se obtiene a través de la presencia de la onda Q y pérdida de la onda R, mientras que los no transmurales presentan supradesniveles e infradesniveles del segmento ST con cambios en la onda T. esta última se encuentra habitualmente acuminada y de ramas simétricas; el segmento ST sufre desnivel hacia arriba o hacia abajo, seguido de inversión de la onda T y perdura así hasta la recuperación de la zona lesionada, y luego desciende hacia la línea isoelectrica en días posteriores; en cambio la onda Q se manifiesta en el infarto transmural.

Las enzimas miocárdicas son liberadas en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo inmediatamente después de la necrosis miocárdica. Las enzimas más utilizadas en el diagnóstico y seguimiento del infarto de miocardio es la creatinfosfocinasa (CPK), que se incrementa entre las 8 a 24 hrs para retornar a sus valores séricos normales entre las 48 a 72 hrs, según el tamaño del infarto, la deshidrogenasa láctica (DHL), que tiene menor sensibilidad debido al mayor retardo y su aparición, y las aminotransferasas que casi ya no se consideran por su poca sensibilidad y especificidad, (16).

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

El conocimiento de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares permite su prevención. Los tres factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son : el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, además, se pueden considerar otros factores como la diabetes, la obesidad, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol.

CONSUMO DE TABACO

El consumo de tabaco constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de morbi-mortalidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado, el tabaquismo aumenta entre 2y 4 veces la probabilidad de padecer enfermedad coronaria y cerebrovascular.(11).además según la encuesta nacional de salud en 1997 la prevalencia del consumo de cigarrros fue del 36% en el hombre y del 27% en la mujer.

La nicotina es una de las sustancias de mayor adicción en el tabaco, cuando la nicotina (poderoso estimulante) es inhalada, empieza a actuar de forma casi instantánea fornsando a las glándulas suprarrenales a segregar adrenalina, lo que provoca un aumento del ritmo cardíaco y de la presión de la sangre. En estas condiciones el corazón trabaja con más esfuerzo y se deteriora más rápidamente, la nicotina también estrecha o constriñe los capilares y las arterias, lo que eleva la presión sanguínea y reduce la circulación en los dedos, en las puntas de los pies y en toda la superficie corporal.

Por su parte, el monóxido de carbono, un gas inodoro, que constituye del 1 a 5% del humo del tabaco, tiene la afinidad con la hemoglobina, la molécula de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno, cuando el monóxido de carbono para a los pulmones, como ocurre cuando se fuma, éste compite con el oxígeno en ligarse a la hemoglobina, y a consecuencia de su mayor afinidad con la hemoglobina, normalmente gana y desplaza al oxígeno. (13)

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según estudios realizados en el país en la población de 35 a 64 años el 20%, (22% en el hombre y el 18% en la mujer) presentan Hipertensión Arterial por lo que esto aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares, incluso cuando las elevaciones son ligeras, la hipertensión arterial puede ser tratada de forma efectiva, disminuyendo de esta forma la ocurrencia de la enfermedades cardiovasculares, especialmente la cerebrovascular. (11).

Cuando existe hipertensión, el corazón se ve obligado a trabajar con más esfuerzo, lo que en un periodo de tiempo suficientemente largo puede provocar un aumento de volumen del corazón y un deterioro en la función de bombeo (deficiencia cardiaca), por otra parte, la presión sanguínea alta mantenida contra las paredes de las arterias facilita la arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias. Los riesgos de hipertensión son mayores en los hombre que en las mujeres y su prevalencia no sólo aumenta con la edad sino que el riesgo es mayor. (13)

HIPERCOLESTEROLEMIA

Los niveles de colesterol total y LDL aparecen asociados a la mayoría de los demás factores de riesgo los valores de LDL suelen ser superiores en las personas que padecen de obesidad y se relacionan también DM, el hipotiroidismo y los antecedentes familiares de hiperlipidemia, la forma de aumentar el colesterol HDL y equilibrar la proporción entre LDL y HDL, es decir de disminuir el riesgo de ataques cardiacos, es sustituir la ingesta de grasas saturadas por monoinsaturadas y aumentar el ejercicio.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus aumenta notablemente el riesgo de ataques cardiacos y otras manifestaciones de enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes mal controladas tienden a tener una gama amplia de complicaciones relacionadas, lo que incluye alta concentraciones de lípidos en sangre, enfermedades coronarias hipertensión y otros desordenes circulatorios.

TIPO DE ALIMENTACIÓN

El efecto de la dieta sobre el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares es más bien de tipo indirecto y actúa principalmente modificando la gravedad relativa de algunos de los demás factores de riesgo, especialmente los niveles de lípidos sanguíneos, la tensión arterial, la resistencia insulinica y la obesidad.

Sin embargo, existen otras variables dependientes de la dieta y que afectan de forma importante a la protección cardiovascular sin que se refleje directamente en el conjunto de los demás factores de riesgo.

Nivel de antioxidantes en el plasma (flavonoides, transresveratol) que influye sobre la fracción de LDL. Oxidasas.

Consumo de ácidos grasos $\omega 3$, por su efecto sobre monocitos- macrofagos. Parece demostrado que los ácidos grasos $\omega 3$ reducen la capacidad

quimiotáctica de monocitos y neutrófilos. Y la adherencia de los neutrófilos al endotelio, también se les ha demostrado un cierto efecto vasodilatador,

Consumo elevado de alcohol, independientemente de su acción sobre el perfil lipídico y la tensión arterial, por su acción sobre la hemostasia.

Consumo elevado de cereales y azúcares refinados, por su acción sobre los triglicéridos, los cuales se tienden a considerar ahora como factor de riesgo independiente,

Consumo de carne, por el efecto destructor de los compuestos nitrogenados y toxinas en general sobre los tejidos del sistema cardiovascular y por la inherente acumulación de aminoácidos en las membranas basales de los capilares sanguíneos.(13).

OBESIDAD

En la obesidad androide, la mayor parte de la grasa tiene una distribución intraabdominal. Mientras que en la obesidad ginecoide la grasa es mayoritariamente subcutánea a la altura de las caderas. Esta diferencia implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares en la obesidad androide, ya que la grasa intraabdominal se moviliza, aumentan los ácidos grasos en la sangre y el hígado produce una mayor cantidad de triglicéridos y colesterol que pasan al torrente sanguíneo.

ESTRÉS.

El tipo de personalidad y la capacidad para manejar el estrés se ha considerado desde siempre factores de salud. Se han encontrado que las personalidades de tipo A (personas que sobreactúan incluso a los menores estímulos, que tienden a comportarse con un elevado sentido de urgencia en el tiempo y de ambición y que son frecuentemente agresivos, hostiles y compulsivos), sufren una incidencia de ataques al corazón superior aquellos con personalidad del tipo B (más calmados y tolerantes). Otros estudios han demostrado que la supervivencia de los individuos con personalidad de tipo B es superior a la de los tipo A. (14)

SEXO

Los ataques cardíacos en personas jóvenes son sufridos principalmente por varones y aumentan en forma de lineal con edad, los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad entre 3 y 4 veces más a partir de la menopausia, los índices de enfermedad cardiovasculares son sólo el doble en

hombres que en las mujeres de igual edad, en general se ha comprobado que las complicaciones clínicas de la arteriosclerosis aparecen en la mujer con 10 a 15 años de retraso con respecto al hombre.

EDAD.

Aunque las enfermedades cardiovasculares no son causa directa del envejecimiento. Son más comunes entre las personas de edad avanzada, esto se debe a que las afecciones coronarias son el resultado de un desorden progresivo se ha demostrado que la arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar entre 20 y 30 años llegar al punto donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardíaco u otros síntomas.

HERENCIA

Los miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de EVC antes de los 50 años de edad, es de 1.5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario.

Todavía está por aclarar si la correlación entre antecedentes familiares de cardiopatías y el mayor riesgo cardiovascular se debe solamente a factores genéticos o es más bien la consecuencia de la transmisión de unos hábitos y estilo de vida de padres a hijos. (15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los factores de riesgo en los pacientes con infarto al miocardio adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #33 el Rosario?

JUSTIFICACIÓN

El motivo de este estudio es reconocer los factores de riesgo que se predominan en los pacientes que han presentado infarto al miocardio en la clínica de Medicina Familiar # 33 el Rosario.

Debido a que si prevenimos estos factores disminuirá considerablemente las enfermedades cardiovasculares, como además de tener mejor control de esta enfermedad debido a que representa un costo alto en relación a la calidad de vida del paciente y su familia.

Como también enseñarle mediante acciones adecuadas o modificar los factores de riesgo que afectan o inciden en la historia natural del padecimiento evitando complicaciones y limitando el daño.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales son los factores de riesgo en los pacientes con infarto al miocardio adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 33 el Rosario.

MATERIAL Y METODOS

La investigación se llevo a cabo en la unidad de medicina familiar # 33 el Rosario, del IMSS de la delegación Azcapotzalco del D.F. la cual se encuentra ubicada en el norte del valle de México y comprende 4 sectores, 2 del D.F. y 2 del Estado de México.

La muestra fue de 75 personas de ambos sexos que acudieron a consulta externa de ambos turnos en la unidad de medicina familiar # 33 el Rosario. En edades comprendidas de 40 a 59 años en el periodo del 1ro de abril del 2000 al 30 de julio del 2000. además se incluyeron los siguientes criterios como son: que sean adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 33 el Rosario, que hallan sufrido de infarto agudo al miocardio, que quieran cooperar en el estudio, además de contar con expediente clínico con datos completos.

Se elaboro una encuesta retrospectiva descriptiva enfocándose a los factores de riesgo como son : edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo y obesidad, más predominantes en la población que hallan sufrido Infarto agudo al miocardio (expediente clínico).

Se aplico la estadística descriptiva utilizando medias, los textos, cuadros y graficas fueron procesados en una computadora en los programas de Excell, Windors 98 y finalmente la información recabada. Fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

RESULTADOS

El estudio se realizo a 75 pacientes de los cuales , 46 son del sexo femenino y 29 del sexo masculino en edades comprendidas fueron de 40 a 59 años de edad, comprendida en el periodo de abril a julio del 2000.

De los cuales el sexo que predomino fue el femenino con 46 pacientes en un (61.3%) seguidos del sexo masculino en 29 pacientes con (38.7%) (cuadro3, grafica3). En el rango de 40 a 49 años fueron 14 pacientes en (18.7%) y de 50 a 59 años en 61 pacientes con (81.3%). En el sexo femenino el promedio de edad fue de 53 años y dentro del rango de 40 a 49 años son 8 pacientes en (57.1%) y de 50 a 59 39 pacientes en (64%) . en el sexo masculino el promedio de edad fue de 52 años de los cuales el rango de 40 a 49 años en 6 pacientes con (42.9%) y de 50 a 59 año fueron 22 pacientes en (36%) (cuadro 2, grafica 2, 2-A).

La Hipertensión Arterial se presento en 45 pacientes en un (60%) y sin hipertensión Arterial en 30 pacientes con un (40%) (cuadro 4 , grafica 4), de los cuales el sexo femenino predomino en 24 pacientes con un (53%) seguidos del sexo masculino en 21 pacientes con un (47%) (cuadro 5, grafica 5)

Referente a la clasificación de Hipertensión Arterial el grado leve se presento en 10 pacientes con un (22.2%), predominando el sexo femenino en 7 pacientes con un(70%) y el sexo masculino en 3 pacientes con un (30%), la moderada se vio en 30 pacientes en un (66.7%) prodominando el sexo masculino en 18 pacientes en (60%) y el sexo femenino en 12 pacientes con (40%), la grave en 5 pacientes en un (11%) predominando el sexo femenino en 4 pacientes con (80%) y el sexo masculino en 1 paciente (20%) (cuadro 6, cuadro 7, grafica 6 y 7).

La Diabetes Mellitus se presento en 59 pacientes (78.7%) de los cuales el sexo predominante fue el femenino en 39 pacientes con un (66%), seguido del sexo masculino en 20 pacientes con un (34%) y sin Diabetes Mellitus en 16 pacientes con(21.3%). (cuadro 8, grafica 8, cuadro 9, y grafica 9). Referente a su control metabólico de la Diabetes Mellitus, la controlada fue en 5 pacientes en un (8.5%) y el sexo que predomino fue el masculino en 4 pacientes con un (80%) y el sexo femenino en 1 paciente con (20%). La Diabetes Mellitus descontrolada en 54 pacientes en un 91.5% y el sexo femenino se vio en 38

13

pacientes con (70.4%) y el sexo masculino en 16 pacientes en (29.6%) cuadro 10 y 11, grafica 10 y 11). El promedio de glucosa central en pacientes controlados fue de 120 mg/dl y en pacientes con Diabetes Mellitus decontrolada se reporto en 210 mg/dl.

El alcoholismo se presento en 42 pacientes en un (56%) y el sexo predominante fue el masculino en 24 pacientes con un (72%) y el sexo femenino en 9 pacientes con un (28%). (cuadro 12, cuadro 13, y grafica 12 y grafica 13). En relación a su ingesta en menos de dos copas al día se presento en 21 pacientes con un (63.6%) y de estas el sexo masculino se presento en 15 pacientes en (71.4%) seguido del sexo femenino en 6 pacientes con un (28.6%) y en la ingesta de mas de dos copas al día fueron 12 pacientes en (36.4%) presentándose más común en el sexo masculino con 9 pacientes en (75%) y el sexo femenino en 3 pacientes (25%), (cuadro 14 y cuadro 15, grafica 14 y grafica 15).

El tabaquismo se presento en 21 pacientes con un (28%) predominando el sexo femenino con 11 pacientes (52.4%) y el sexo masculino en 10 pacientes (47.6%), (cuadro 16, cuadro 17 y grafica 16 grafica 17). En su frecuencia el consumo diario se presento más frecuentemente en el rango de 5 a 10 cigarros al día en 18 pacientes (85.7%) y el sexo predominante fue el femenino con 11 pacientes (61.2%) y el sexo masculino en 7 pacientes (38.8%) y en el rango de 10 a 15 cigarros al día se presento en 3 pacientes (14.3%) y el sexo que fue más frecuente es el sexo femenino con 2 pacientes (66.6%) y el sexo masculino en 1 paciente con un (33.4%) (cuadro 18 , cuadro 19 y grafica 18 y grafica 19).

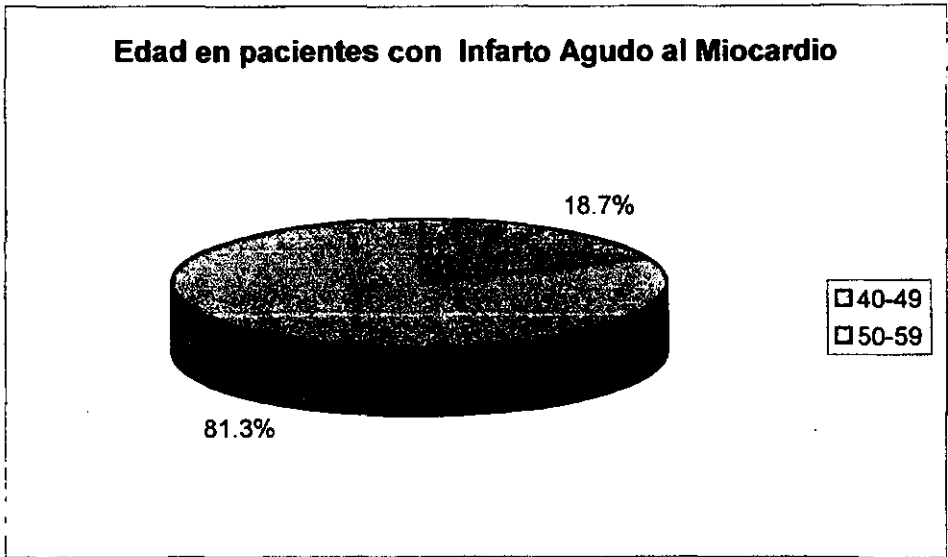
La obesidad se presento más frecuentemente en el sexo femenino en 46 pacientes con un 61.4%, seguido del sexo masculino con 29 pacientes en un.(38.6%). Y de estos según el grado de obesidad se presento que el grado I en 38 pacientes con (50.7%) de los cuales el sexo femenino con 21 pacientes (55.2%) y el sexo masculino en 17 pacientes con (44.8%), el grado II con 37 pacientes (49.3%), predominando el sexo femenino con un (67.6%) y el sexo masculino en 12 pacientes con (32.4%) y de tercer grado no se presento en ningún paciente.

Además se encontró que el factor más persistente en el sexo masculino fue la edad, obesidad, alcoholismo y Hipertensión Arterial y tabaquismo. Además en el sexo femenino predomino con mayor frecuencia fue la edad. Obesidad y el sexo como además en la enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Alcoholismo y tabaquismo (Cuadro 22 y grafica 22),

Edad en pacientes con Infarto Agudo al Miocardio**Cuadro 1**

Edad	Total	%
40-49	14	18.7
50-59	61	81.3
Total	75	100

Fuente: hoja de recolección de datos

GRAFICA 1

Fuente : hoja de recoleccion de datos

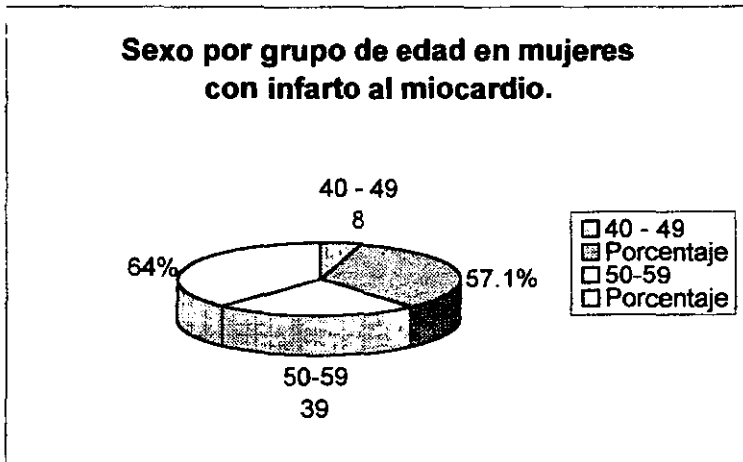
Cuadro 2

Sexo por grupo de edad en pacientes con infarto al miocardio.

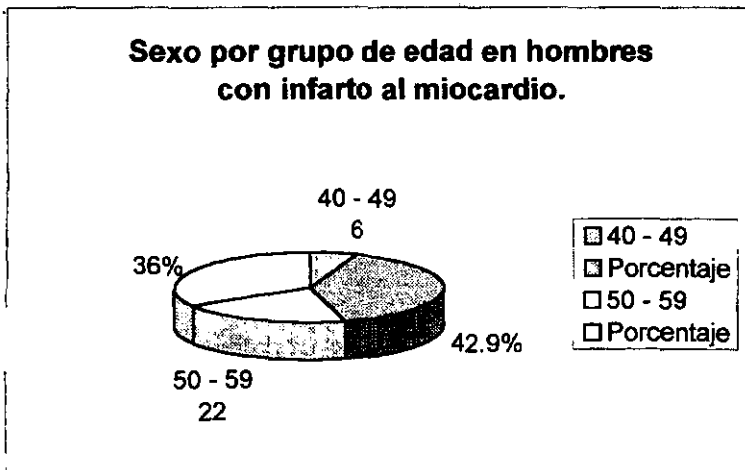
Sexo	40 - 49	Porcentaje	50-59	Porcentaje
Femenino	8	57.1	39	64
Masculino	6	42.9	22	36
Total	14	100	61	100

Fuente: hoja de recolección de datos

GRAFICA 2.



GRAFICA 2A.



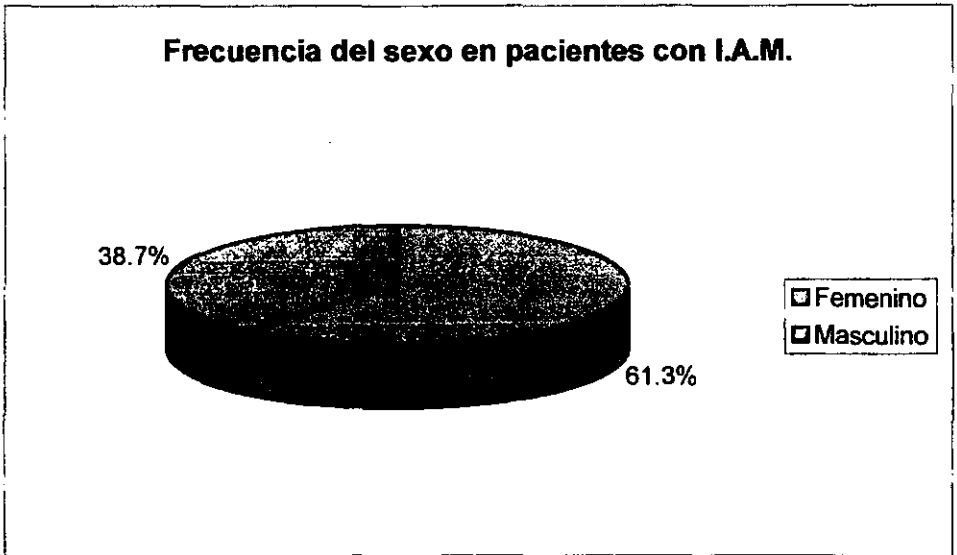
Fuente: hoja de recolección de datos

Frecuencia del sexo en pacientes con I. A. M.

Cuadro 3

Sexo	Total	%
Femenino	46	61.3
Masculino	29	38.7
Total	75	100

GRAFICA 3



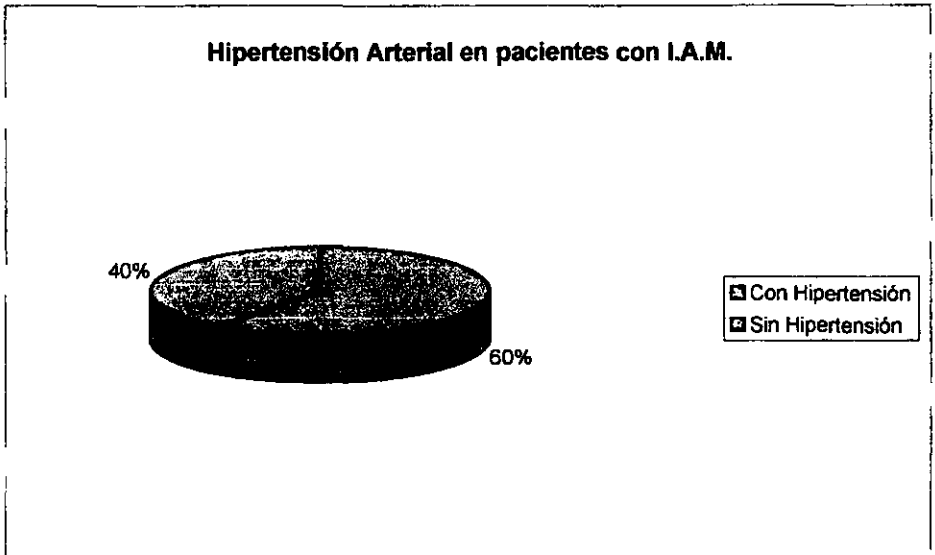
fuelle : hoja de recoleccion de datos

I.A.M. Infarto agudo al Miocardio

Hipertensión Arterial en pacientes con I.A.M.**Cuadro 4**

Hipertensión arterial	Total	%
Con Hipertensión	45	60
Sin Hipertensión	30	40
Total	75	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

GRAFICA 4

Fuente: hoja de recolección de datos
IAM : Infarto agudo al miocardio

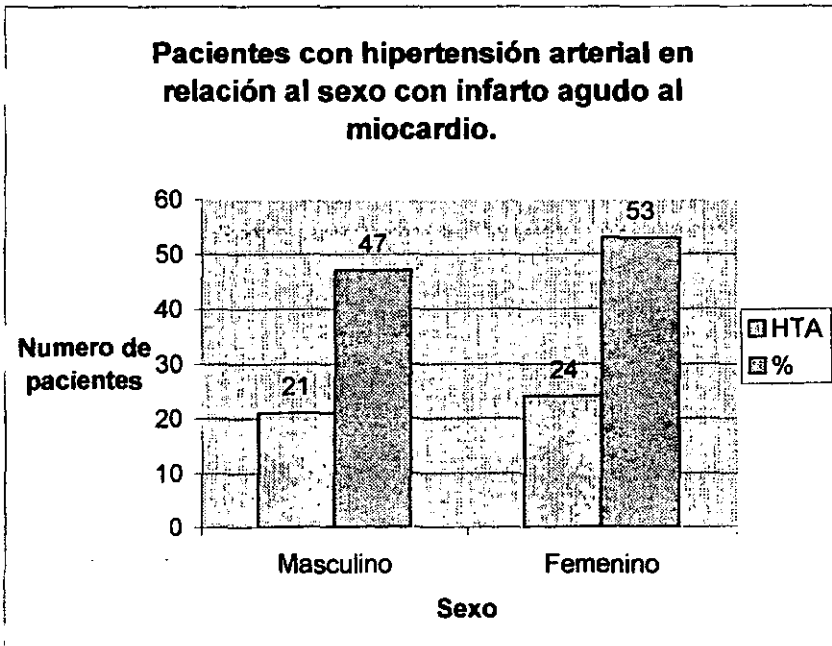
CUADRO 5

Pacientes con Hipertensión Arterial en relación al sexo con Infarto Agudo al Miocardio

Sexo	HTA	%
Masculino	21	47
Femenino	24	53
Total	45	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

GRAFICA 5.



Fuente: hoja de recoleccion de datos

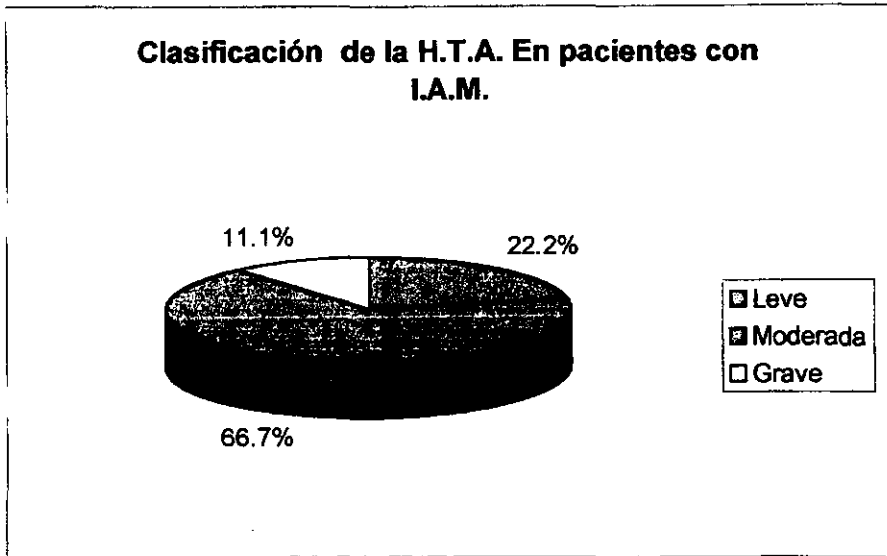
Clasificación de la H.T.A. En pacientes con I.A.M.

Cuadro 6

Gravedad HTA	Total	%
Leve	10	22.2
Moderada	30	66.7
Grave	5	11.1
Total	45	100

Fuente : hoja de recolección de datos

Grafica 6



Fuente : hoja de recolección de datos.
IAM: Infarto Agudo al Miocardio

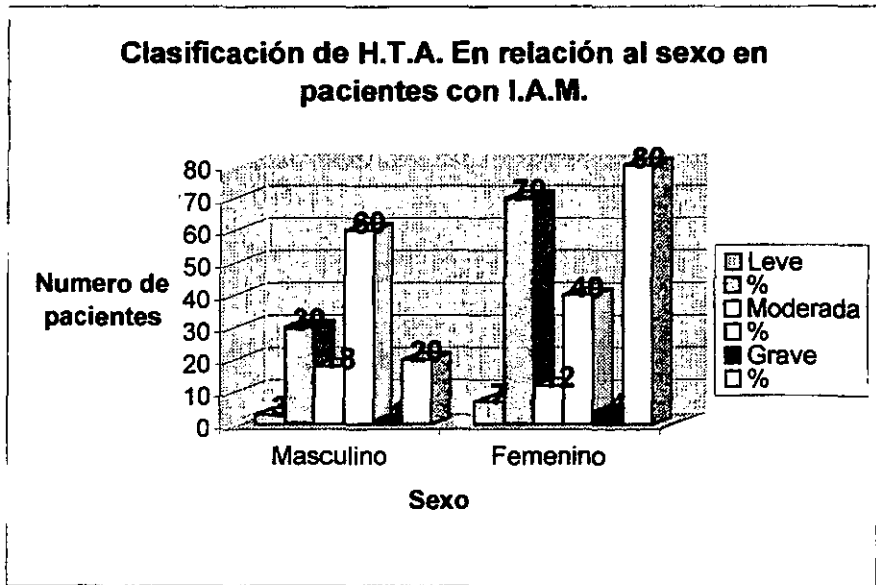
Cuadro 7

Clasificación de H.T.A. En relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	Leve	%	Moderada	%	Grave	%
Masculino	3	30	18	60	1	20
Femenino	7	70	12	40	4	80
Total	10	100	30	100	5	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

GRAFICA 7



Fuente: hoja de recoleccion de datos

H.T.A. Hipertensión arterial.

I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio.

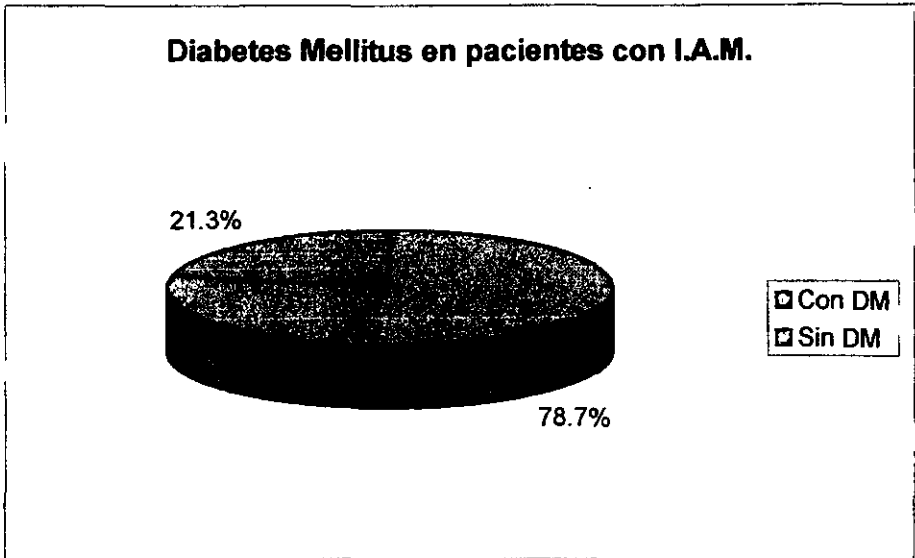
Diabetes Mellitus en pacientes con I.A.M.

Cuadro 8

Diabetes Mellitus	Total	%
Con DM	59	78.7
Sin DM	16	21.3
Total	75	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

Grafica 8



Fuente. Hoja de recolección de datos
IAM: Infarto Agudo al Miocardio

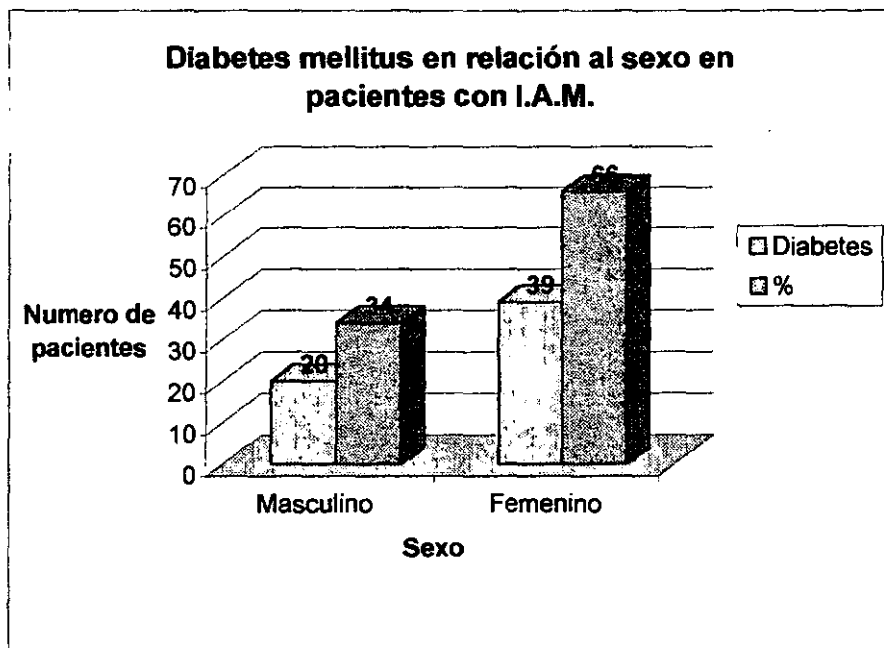
Cuadro 9

Diabetes Mellitus en relación al sexo en pacientes con I. A.M.

Sexo	Diabetes	%
Masculino	20	34
Femenino	39	66
Total	59	100

Fuente : Hoja de recolección de datos.

GRAFICA 9



Fuente : hoja de recolección de datos

H.T.A. Hipertensión Arterial .

I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

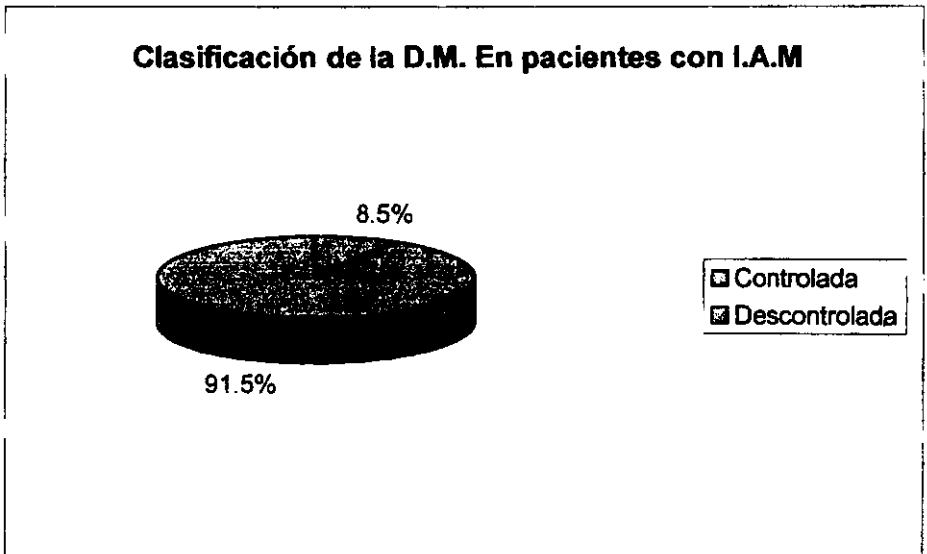
Clasificación de D.M. En pacientes con I.A.M.

Cuadro 10

Gravedad de DM	Total	%
Controlada	5	8.5
Descontrolada	54	91.5
Total	59	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

Grafica 10



Fuente : hoja de recolección de datos
IAM Infarto agudo al miocardio.

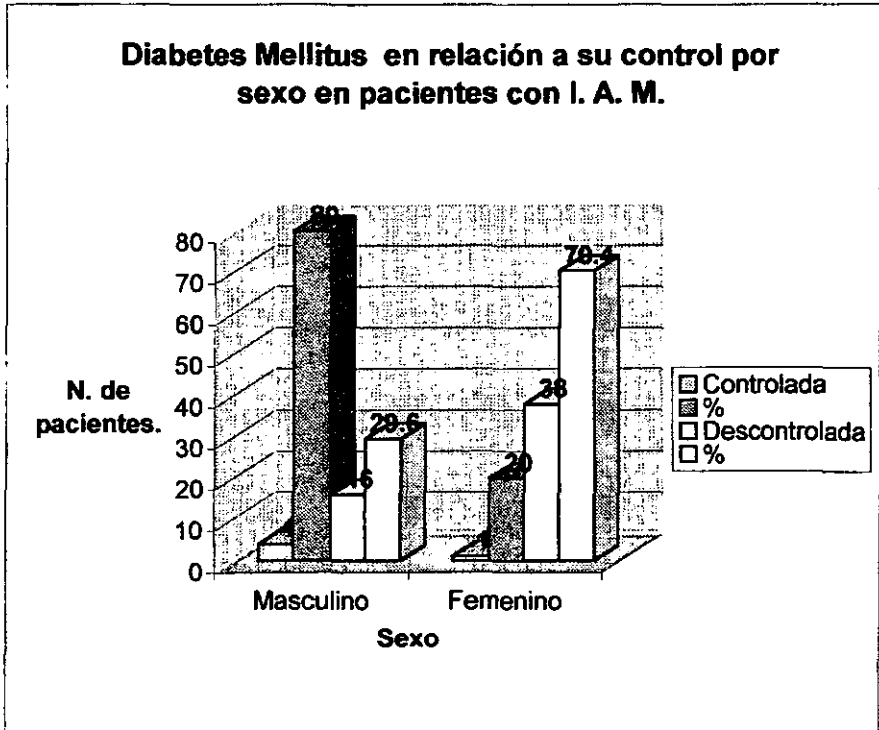
Cuadro 11

Diabetes Mellitus en relación a su control por sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	Controlada	%	Descontrolada	%
Masculino	4	80	16	29.6
Femenino	1	20	38	70.4
Total	5	100	54	100

Fuente. Hoja de recolección de datos.

GRAFICA 11



Fuente: hoja de recolección de datos.

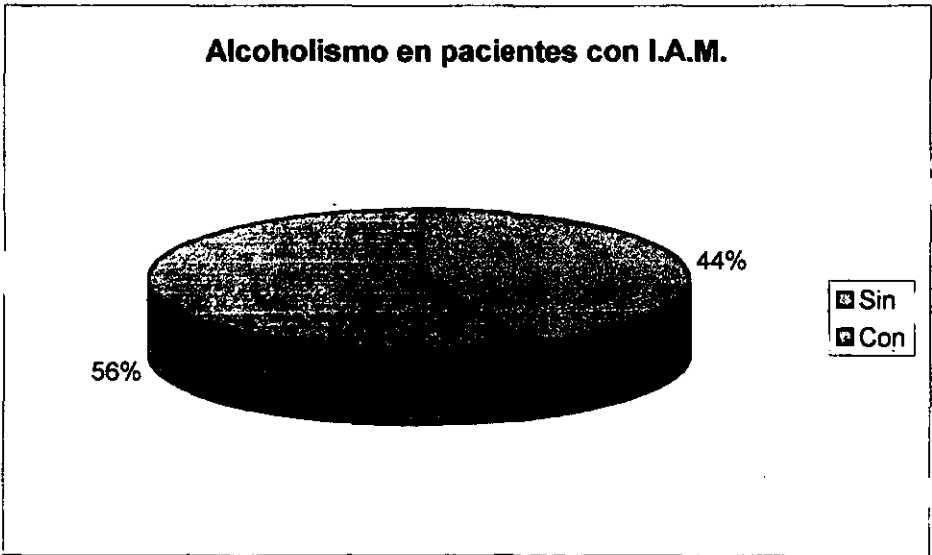
I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

Cuadro 12

Alcoholismo en pacientes con I.A.M.

Alcoholismo	Total	%
Sin	33	44
Con	42	56
Total	75	100

Fuente Hoja de recolección de datos.

Grafica 12

Fuente. Hoja de recolección de datos
IAM : Infarto Agudo al miocardio

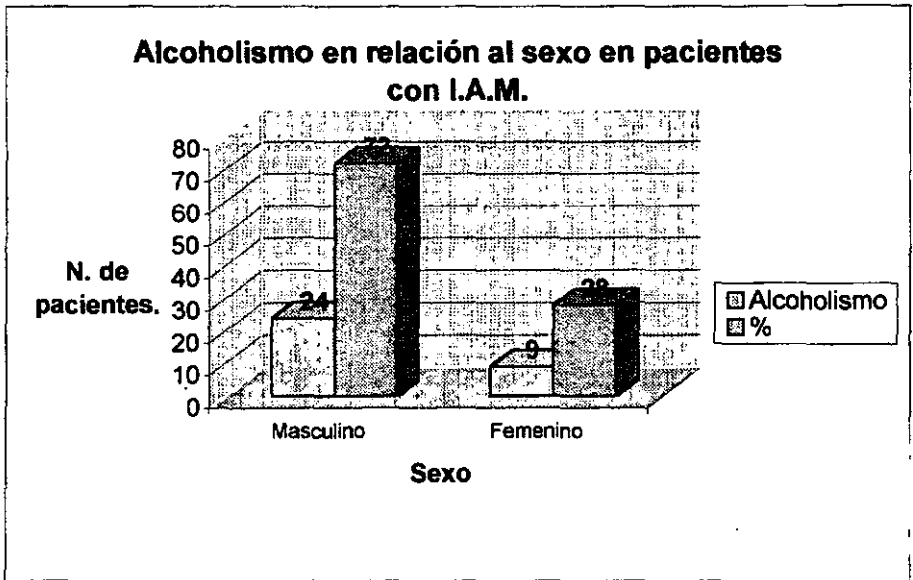
Cuadro 13

Alcoholismo en relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	Alcoholismo	%
Masculino	24	72
Femenino	9	28
Total	33	100

Fuente: hoja de recolección de datos.

GRAFICA 13



Fuente: hoja de recolección de datos.

I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

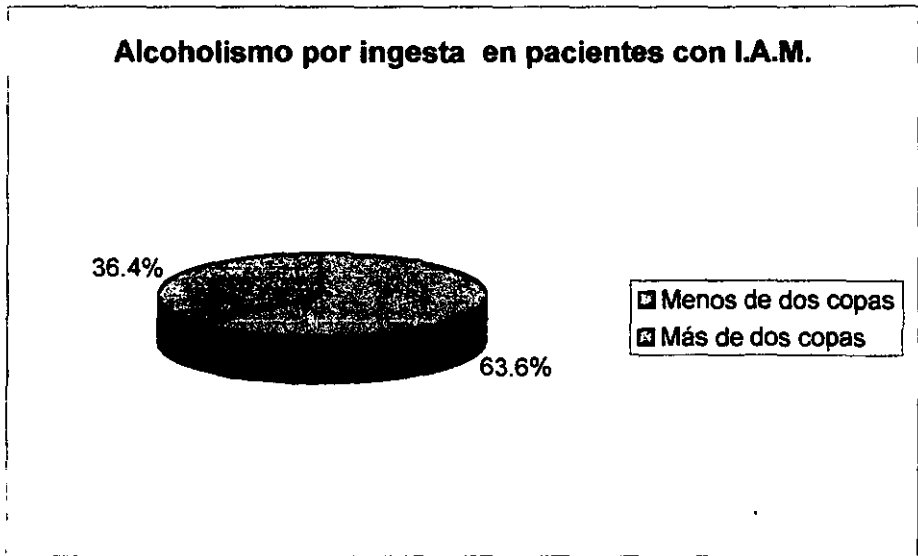
Alcoholismo por ingesta en pacientes con I.A.M.

Cuadro 14

Alcoholismo	Total	%
Menos de dos copas	21	63.6
Más de dos copas	12	36.4
Total	33	100

Fuente :hoja de recolección de datos.

Grafica 14



Fuente : hoja de recolección de datos

IAM Infarto Agudo al Miocardio.

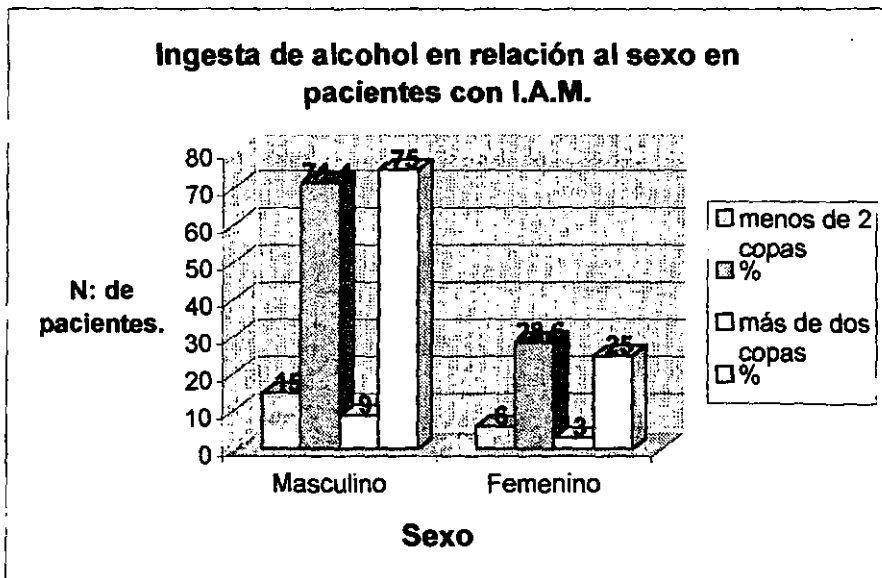
Cuadro 15

Ingesta de alcohol en relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	menos de 2 copas	%	más de dos copas	%
Masculino	15	71.4	9	75
Femenino	6	28.6	3	25
Total	21	100	12	100

Fuente: hoja de recolección de datos.

GRAFICA 15



Fuente: hoja de recolección de datos.

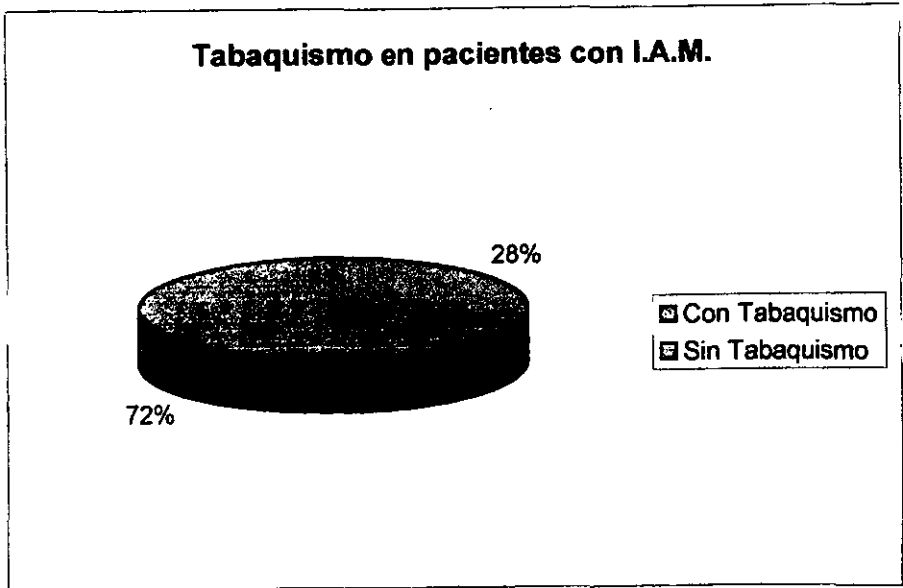
I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

Tabaquismo en pacientes con I.A.M.
Cuadro 16

Tabaquismo	Total	%
Con Tabaquismo	21	28
Sin Tabaquismo	54	72
Total	75	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

Grafica 16



Fuente hoja de recolección de datos
IAM : Infarto Agudo al Miocardio.

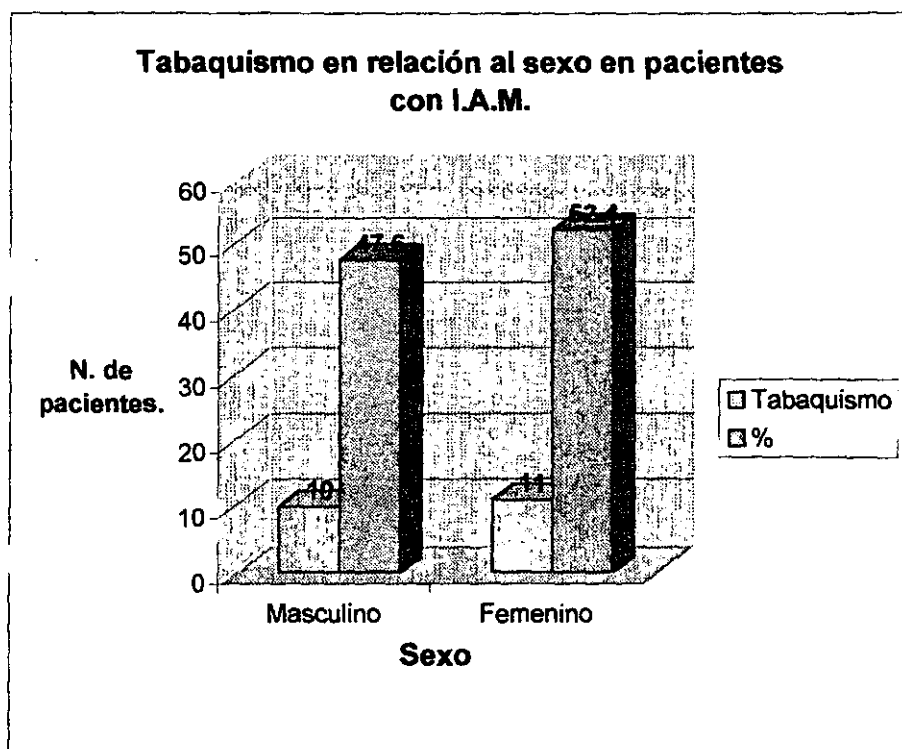
Cuadro 17

Tabaquismo en relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	Tabaquismo	%
Masculino	10	47.6
Femenino	11	52.4
Total	21	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

GRAFICA 17



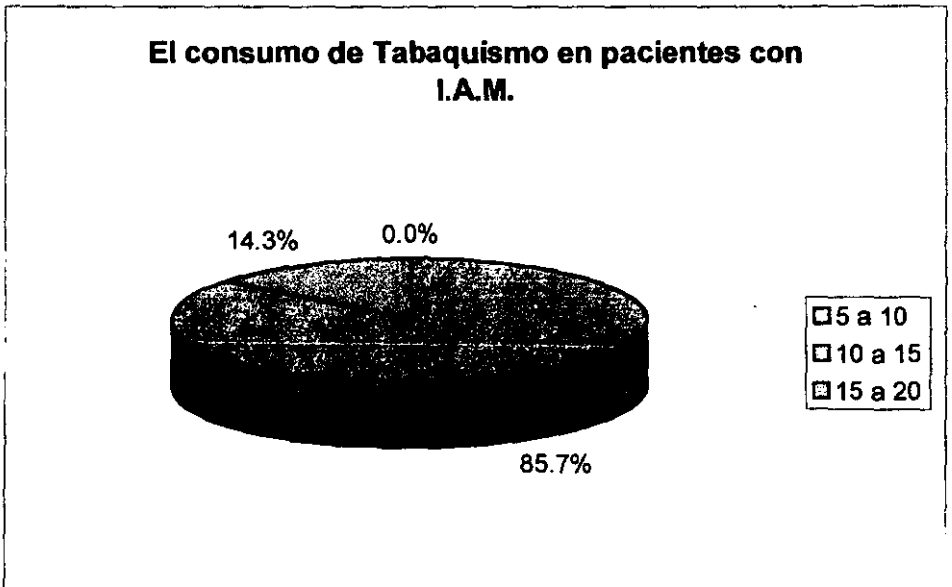
Fuente. Hoja de recoleccion de datos.

I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

El consumo de tabaquismo en pacientes con I.A.M.
Cuadro 18

Tabaquismo	Total	%
5 a 10	18	85.7
10 a 15	3	14.3
15 a 20	0	0
Total	21	100

Fuente : hoja de recolección de datos.
Grafica 18



Fuente : hoja de recolección de datos
IAM : Infarto Agudo al Miocardio.

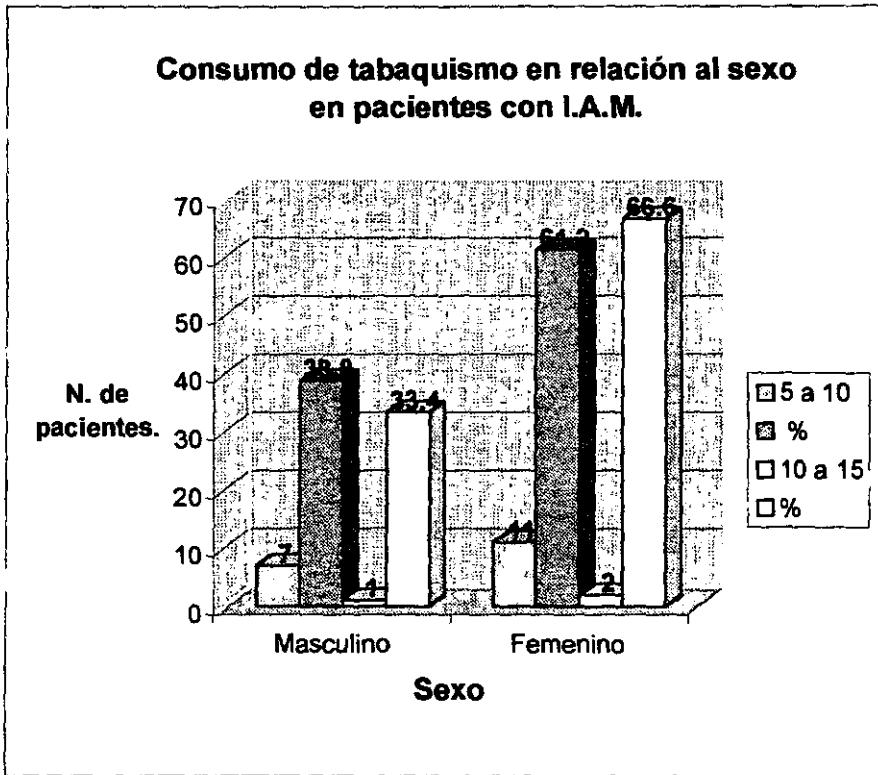
Cuadro 19

Consumo de tabaquismo en relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	5 a 10	%	10 a 15	%
Masculino	7	38.8	1	33.4
Femenino	11	61.2	2	66.6
Total	18	100	3	100

Fuente : hoja de recolección de datos .

GRAFICA 19



Fuente: hoja de recolección de datos.

I.A.M. Infarto agudo al Miocardio

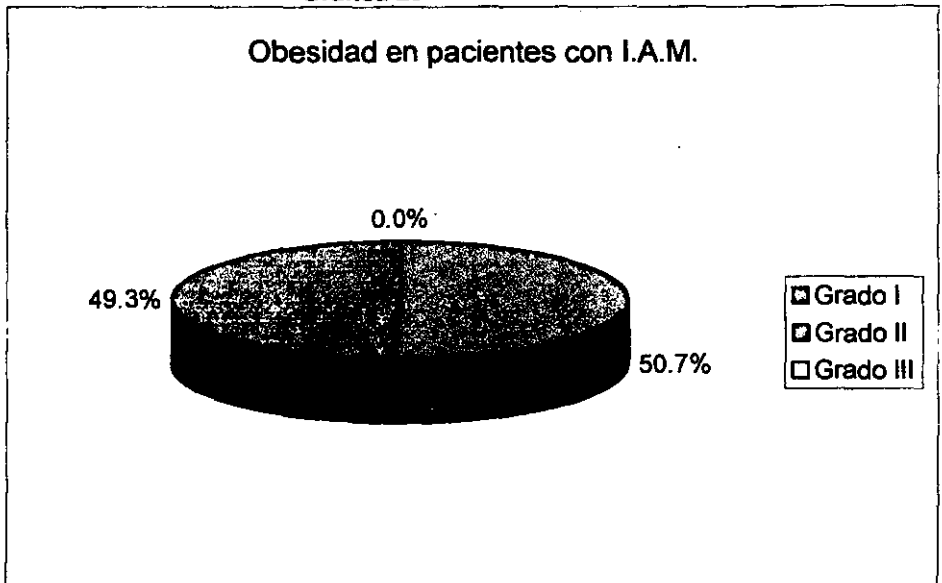
Obesidad en pacientes con I.A.M.

Cuadro 20

Obesidad	Total	%
Grado I	38	50.7
Grado II	37	49.3
Grado III	0	0
Total	75	100

Fuente : hoja de recolección de datos.

Grafica 20

Fuente : hoja de recolección de datos
I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio.

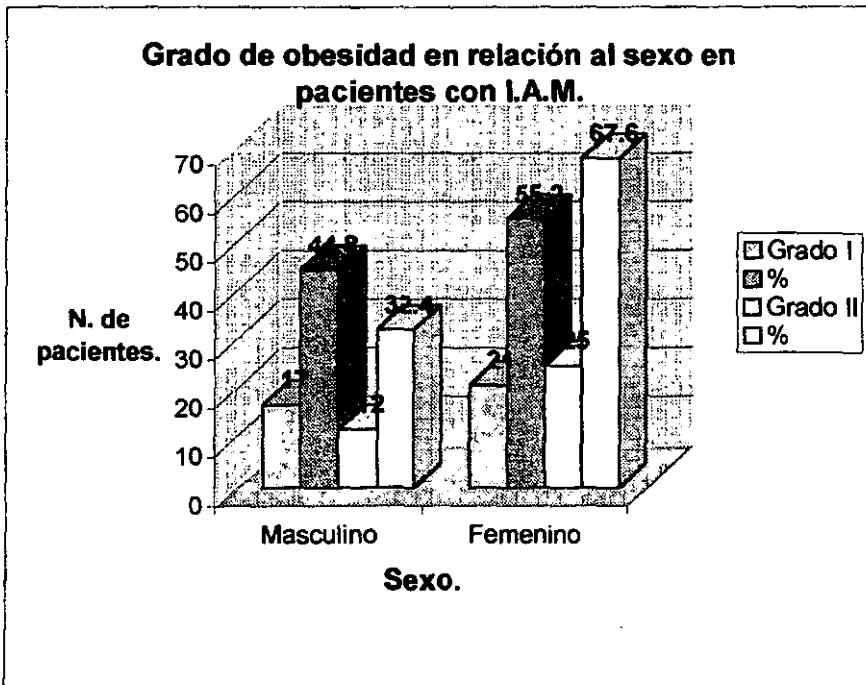
Cuadro 21.

Grado de obesidad en pacientes en relación al sexo en pacientes con I.A.M.

Sexo	Grado I	%	Grado II	%
Masculino	17	44.8	12	32.4
Femenino	21	55.2	25	67.6
Total	38	100	37	100

Fuente: hoja de recolección de datos.

GRAFICA 21.



Fuente: hoja de recolección de datos

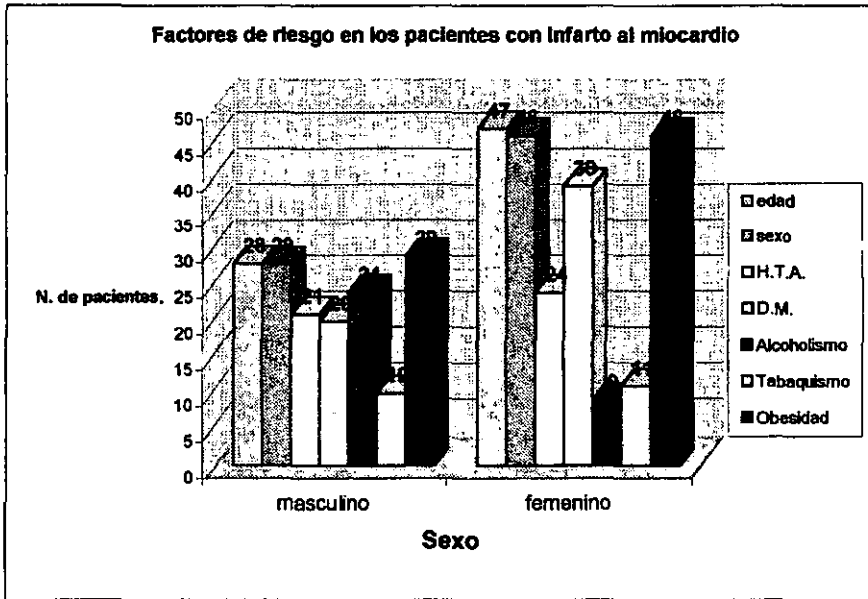
I.A.M. Infarto Agudo al Miocardio

Cuadro 22

Factores de riesgo en los pacientes con Infarto Agudo al miocardio.

variable	edad	sexo	H.T.A.	D.M.	Alcoholismo	Tabaquismo	Obesidad
masculino	28	28	21	20	24	10	29
fermenino	47	46	24	39	9	11	46
total	75	75	45	59	33	21	75

Fuente: hoja de recolección de datos



Fuente : hoja de recolección de datos

H.T.A. Hipertensión Arterial

D:M: Diabetes mellitus

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta encuesta retrospectiva el sexo predominante fue el femenino y la media de edad fue de 53 años, además el rango donde predominio con mayor frecuencia fue de 50 a 59 años de edad, seguidos del sexo masculino y relacionándolo con la bibliografía se menciona que entre mayor edad más riesgo para el Infarto Agudo al Miocardio y de que el sexo predominante es el masculino, en este estudio predominio más el sexo femenino.

Refiriéndonos a los factores como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus también aquí predomino el sexo femenino y refiriéndonos especialmente a la gravedad de Hipertensión Arterial y al descontrol metabólico de Diabetes mellitus también predomino el sexo femenino además el sexo masculino se presento con mayor frecuencia en la Diabetes Mellitus controlada además de que estas dos enfermedades crónico degenerativas entre mayor edad y sexo más susceptibles para desencadenar Infarto Agudo al Miocardio.

En el factor alcoholismo aquí predominio el sexo masculino tanto en el numero de copas de alcohol al día.

El tabaquismo nuevamente se presento en el sexo femenino. Tanto en el numero de cigarrillos al día.

La obesidad es otro de los factores de riesgo el cual también se encontró en el sexo femenino tanto de primer grado y segundo grado. Y en segundo termino el sexo masculino.

Ante estos resultados se puede decir que los factores de riesgo valorados se presentaron en la mayoría de ellos en el sexo femenino y especialmente se hace hincapié en la edad, la Diabetes Mellitus, y la Hipertensión Arterial, alcoholismo ya que con esto son más susceptibles para desarrollar Infarto Agudo al Miocardio, debido a que en esta edad la mujer entra a la menopausia lo que también contribuye todavía más la disminución hormonal y esto ocasiona mayor riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, por lo que se tiene que tener muy en cuenta para evitar complicaciones y secuelas.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que dentro del periodo de abril a julio del 2000 el numero de pacientes que padecieron Infarto Agudo al Miocardio de la unidad de Medicina Familiar # 33 el Rosario del IMSS.

Refiriéndonos especialmente al sexo femenino este predominó con mayor frecuencia que el sexo masculino en los siguientes aspectos en lo que es la edad se presentó en el rango de mayor edad, además de influir en las enfermedades crónico degenerativas como fueron la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y dentro de estas según su clasificación de Hipertensión Arterial fue mayor en la moderada seguido de la leve y al ultimo la grave, en lo que es la Diabetes Mellitus de tipo descontrolada fue otro de los aspectos donde también predominó contando con una glucemia de 210 mg/dl. Lo que esto todavía puede influir más para el desarrollo de Infarto Agudo al Miocardio.

Hablando del tabaquismo predominó mayormente en este sexo femenino tanto en el numero de cigarros al día. El alcoholismo fue donde menos se presentó en este sexo.

La obesidad también predominó en este sexo tanto en el grado I y grado II. No se presentó grado III.

Por lo que se puede mencionar que con estos factores de riesgo el sexo femenino puede desarrollar más frecuentemente Infarto Agudo al Miocardio debido a que a mayor edad, se inicia la disminución de las concentraciones de hormonas principalmente estrógenos los cuales actúan como cardioprotectores lo que esto contribuye todavía más para presentar enfermedades cardiovasculares. Por lo que se debe de tener mucho énfasis en el tratamiento hormonal sustitutivo pudiendo evitar las complicaciones y secuelas.

En el sexo masculino el alcoholismo predominó con mayor frecuencia tanto en el numero de copas de alcohol al día seguido de la edad en el rango de 50 a 59 años.

La Hipertensión Arterial se presentó con mayor frecuencia en la moderada seguidos de la leve y al ultimo la grave. La Diabetes Mellitus en relación a su control metabólico la controlada tuvo un rango promedio de glucemia de 120 mg/dl seguido de la descontrolada con un rango promedio igual al del sexo femenino de 210mg/dl,

El tabaquismo se presento poco en este sexo, como la obesidad tanto el grado I y grado II. No hubo ningún paciente en el grado III.

Con todo esto debemos poner mucho énfasis sobre las alternativas que deben estar encaminadas en acciones de educación para la salud y atención medica integrada, objetivos ambos de la atención primaria a la salud, así como es necesario ampliar la cobertura de la atención a pacientes de enfermedades crónico degenerativas en 100%, además de que el medico familiar debe apoyar a los familiares de estos pacientes para que puedan prevenir las complicaciones que estos pueden tener.

Además de concientizar a familiares y al mismo paciente para que asistan a su control mensual a la clínica para prevenir las complicaciones que estos pueden tener por su enfermedad crónico degenerativa , como puede ser el Infarto Agudo al Miocardio, además de que va asociado con factores como: el alcoholismo, tabaquismo y la edad entre otros, por lo que se insistirá en su adecuado manejo tanto dietético como terapéutico y con esto poder prevenir riesgos para su salud y mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Rodriguez G. Factores predictores de sobrevida o de un segundo evento coronario en pacientes con un primer infarto agudo del miocardio. Arch inst cardiol Méx. 1997;67:38-45.
- 2., Peña G. Factores de riesgo coronario en una población de trabajadores del IMSS. Rev.Mex.Cardiol. 1993;4:19-26.
- 3.- Gonzalez VC. Factores de riesgo cardiovascular en la ciudad de Mexico, estudio de población abierta. Rev. Med .IMSS.1996;34:461-66.
- 4.- Solis MH. Perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial sistémica, de la ciudad de durango. Med.Int.Mex. 1998;14:8-12.
- 5.-Victoria OM. Hipertensión arterial sistémica y ejercicio. Rev, Mex, Cardiol. 1990;1:154-56.
- 6.- Chávez DR. Definición ,causas, y clasificación. Rev,Mex,Cardiol. 1995;6:9-14.
- 7.- Fanghanel G. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades coronaria en trabajadores del hospital general de México. Salud Publica Mex. 1997;39:427-33.
- 8.-Martinez F. Infarto del miocardio en pacientes menores de 40 años. Rev.Mex. Cardiol, 1994;5:122-27.
- 9.-Dalia LR. El habito de fumar en el estudiante de secundaria. Rev, Mex, Cardiol, 1996;34:287-92.
- 10.-Melendez RH. Trombolisis en infarto agudo del miocardio de origen embolico, Arch Inst cardiol Méx. 1996;66:122-28.
- 11.- Factores de riesgo cardiovasculares; Internet, : 1-2.
- 12.- Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Tomada de Fifth report of the joint national committee on detection, evaluación and treatment of high presure, 1992:1-14.
- 13.- Factores modificables cardiovasculares: Uned nutriccion y dietetica :1-7.
- 14.-Factores modificables indirectos cardiovasculares, Uned nutriccion y dietetica : 1-4.
- 15.-Factores de riesgo no modificables. Uned nutriccion y dietetica.: 1-3.
- 16.- Halabe J. El internista. 1 ed México D.F. interamericana,1997: 265-71.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**