

11205



34

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA

"Ignacio Chávez"

**SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER, EXPERIENCIA
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO
CHÁVEZ**

Tesis de Postgrado para obtener la especialidad de:

CARDIOLOGÍA

Presenta:

Dra. Julisa Martínez Monter

Asesor:

Dr. Gerardo Vieyra Herrera.

**TESIS CON
CALLE DE CARGEN**

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

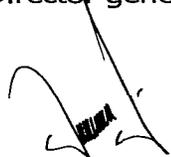
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

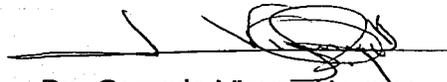
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Dr. Fause Attiè
Director general



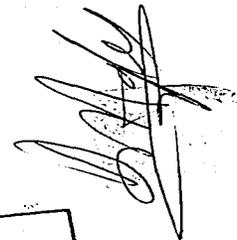
Dr. José Fernando Guadalajara Boo
Director de Enseñanza



Dr. Gerardo Vieyra Herrera
Tutor



Dr. Julissa Martínez Monter
Presenta



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

RESUMEN

Objetivo: Conocer el comportamiento clínico y angiográfico de la cardiopatía isquémica en la mujer que ingresa a la unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

Material y Métodos:

Mediante un diseño descriptivo, observacional, retrospectivo, retrolectivo y abierto. Se analizaron los expedientes clínicos de pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados coronarios con diagnóstico de síndrome coronario agudo, en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", ubicado en Juan Badiano N°1 14080 México, D.F. durante un periodo comprendido entre Enero de 2001 y Diciembre del año 2002.

Resultados:

Se incluyeron 177 pacientes, 24 pacientes se incluyeron en el grupo menor de 56 años (14%), en el grupo de edad entre 56 y 65 años, 44 pacientes (25%), en el grupo de edad de 66 a 75 años, 58 pacientes (33%) y el grupo de edad mayor a 76 años, 51 pacientes (29%). Los factores de riesgo, para tabaquismo se encontraron 59 pacientes (33%), menopausia 111 pacientes (63%), Diabetes Mellitus 82 pacientes (46%), HAS, 124 pacientes (70%), Dislipidemia 80 pacientes (45%). La presencia previa de angina fue en 141 pacientes (80%), Infarto previo en 69 pacientes (38.98%), ACTP previa en 4 pacientes (7.9%), Cirugía previa en 10 pacientes (5.64%). La condición clínica al ingreso fue: Con la presencia de Infarto subendocárdico 9 pacientes (5.08%), angina postinfarto en 15 pacientes (8.47 %), angina inestable en 106 pacientes (59.88%), y presencia de Infarto agudo de miocardio con elevación del ST en 41 pacientes (23.16%). Los cambios electrocardiográficos observados al ingreso fueron elevación del ST en 51 pacientes (28.81%), disminución del ST en 36 pacientes (20.33%), cambios en la onda T en 65 pacientes (36.72%), BCRIHH en 11 pacientes (6.21%), y ECG normal en 14 pacientes (7.90%). Dentro de los pacientes que presentaron infarto la localización del mismo según el electrocardiograma se distribuyó de localización Posteroinferior con extensión a ventrículo derecho 8 pacientes (15.38%), localización posteroinferior 16 pacientes (30.76%), anterior extenso en 7 pacientes (13.46%), anteroapical 7 pacientes (13.46%), anteroseptal 5 pacientes (9.61%) localización dorsal en 1 paciente (1.92%), inferolateral en 8 pacientes (15.38%). Las arterias afectadas fueron TCI en 10 pacientes (6.33%), Descendente anterior en 10 pacientes (6.53%), circunfleja en 70 pacientes (65.35%), lesión en la coronaria derecha en 90 pacientes (50.84%). Se llevaron a Cirugía de revascularización coronaria a 35 pacientes (19.76%), de las cuales se tuvieron que realizar de urgencia 17 casos (9.60%). Se realizó CRVC no urgente a 18 pacientes (10.1%), se encontraron fuera de tratamiento quirúrgico 13 pacientes (7.34%), y se les colocó BIAC a 17 pacientes. Dentro de las complicaciones se presentó Choque cardiogénico en 25 pacientes (14.12%), FA en 7 pacientes (3.95%), BAV en 15 pacientes (8.47%), Taquicardia ventricular en 10 pacientes (5.64 %), fibrilación ventricular en 10 pacientes (5.64%), IAM en 10 pacientes (5.64%), CIV en 1 paciente (0.56%), IMA en 3 pacientes (1.69%), Muerte en 27 pacientes (15.25%).

Conclusiones: La presencia de angina inestable fue la situación de ingreso predominante, existió mayor tendencia de síndrome coronario agudo para el grupo mayor de 66 años de edad, existió incidencia mayor para la presencia de hipertensión y postmenopausia, existió correlación electrocardiográfica con el tipo de arteria afectada, existió la presencia de choque cardiogénico como principal complicación, las pacientes con cirugía de revascularización de urgencia requirieron BIAC. En este grupo poblacional existió mayor porcentaje de lesiones trivasculares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Páginas.

MARCO TEÓRICO	.....	3
JUSTIFICACIÓN	.....	6
OBJETIVO GENERAL	.....	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS	.....	7
DISEÑO DEL ESTUDIO	.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS	.....	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	.....	10
MÉTODO ESTADÍSTICO	.....	11
RESULTADOS	.....	12
DISCUSIÓN	.....	15
CONCLUSIONES	.....	17
ANEXOS	.....	18
BIBLIOGRAFÍA	.....	27

TESIS CON
SELLO DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO:

Aproximadamente una tercera parte del total de las muertes en mujeres son atribuidas a enfermedad coronaria, haciendo de esto la causa más común de muerte tanto en hombres cómo en mujeres.

La enfermedad coronaria ha incrementado con el aumento en la sobrevivencia de la población. Ahora sin embargo a pesar del dramático descenso en la mortalidad cardiovascular en hombres durante los últimos 20 años, se ha observado un ligero incremento de la misma en las mujeres.

Dentro de los factores de riesgo para enfermedad coronaria, el más importante es la errónea percepción de que la enfermedad coronaria no es una enfermedad perteneciente a la mujer, ó que es un padecimiento más benigno ó de menor trascendencia en mujeres que en hombres.

Aquellos factores asociados de mayor riesgo en hombres incluyendo edad, historia familiar, tabaquismo, hipertensión, lipoproteínas y Diabetes Mellitus, se asocian también a riesgo incrementado de cardiopatía isquémica. Sin embargo factores adicionales tales cómo estatus hormonal son igualmente poderosos predictores de cardiopatía isquémica. [12]

En los países industrializados la enfermedad coronaria es la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres. [1] Sin embargo las manifestaciones clínicas, curso y pronóstico difieren entre hombres y mujeres.

Las mujeres tienen una presentación clínica diferente, así cómo la evolución posterior a un síndrome coronario agudo e Infarto agudo de miocardio, respondiendo además de forma diversa tanto a los procedimientos médicos ó intervencionistas. Aquellas mujeres que sufren un síndrome coronario agudo ó presentan infarto de miocardio por lo general son mayores y con mayor frecuencia tienen historia de hipertensión, Diabetes, Angina inestable, dislipidemia e Insuficiencia cardiaca, y con menor frecuencia son fumadoras en comparación con los hombres.

Las mujeres generalmente presentan dolor en cuello, hombro y abdomen, así cómo náusea, vómito y fatiga cómo sintomatología acompañante.

Las mujeres admitidas en el Hospital por síndrome coronario agudo, por lo general han experimentado infarto transmural previo. Y aquellas admitidas con Infarto tienen una presentación más seria con una mayor prevalencia de taquicardia, estertores, bloqueo cardíaco y una mayor clase Killip y Kimball en su presentación inicial.

Así mismo se ha observado que las mujeres tienen índices mayores de complicaciones intra hospitalarias debido a infarto incluyéndose sangrado, evento vascular cerebral, choque, ruptura cardiaca y dolor torácico recurrente en forma comparativa con los hombres, sin embargo muchas de esas diferencias desaparecen con el control de grupos de edad y estados cómorbidos. [13]

En un reporte reciente se encontró que las mujeres jóvenes con Infarto de Miocardio tienen un índice de mortalidad más alto que hombres de la misma edad, lo cual refleja una diferencia en la anatomía ó fisiopatología. [7] Aún siendo la Cardiopatía isquémica la principal causa de morbilidad y mortalidad continúa siendo infraestimada en la mujer. En un estudio prospectivo realizado con 5000 pacientes, 2500 hombres y 2500 mujeres en Alemania, se admitieron para estudio por sospecha de Cardiopatía isquémica con edad media de 61 años. Los resultados obtenidos fueron como síntoma inicial Angor típico en 40% de las mujeres y 57% de los hombres, síntomas atípicos en 48% de las mujeres en comparación a 24% de los hombres. La angina de pecho típica en presencia de enfermedad coronaria demostrada se encontró en 32% de las mujeres en comparación con 69% de los hombres. El intervalo desde los síntomas iniciales hasta el diagnóstico establecido fue de 68 meses en mujeres y 9 meses en hombres. 71% de las mujeres y sólo 5% de los hombres tuvieron que consultar al menos dos especialistas. Sin embargo los hombres y mujeres con cardiopatía isquémica presentaban factores de riesgo comparables. Se observaron cambios significativos del segmento ST en 19% de las mujeres y 30% de los hombres con enfermedad coronaria. Con dicho estudio se concluyó que las características clínicas y el ECG en esfuerzo tienen menor correlación y menor valor predictivo en mujeres en comparación con hombres. Las mujeres presentan con frecuencia síntomas típicos de angina sin evidencia de enfermedad coronaria por lo que se requiere métodos con mayor sensibilidad para el diagnóstico. [8]

Un estudio realizado en Polonia correlacionó el ECG en reposo con la presencia de dolor torácico, definido este como probable Angina de Pecho, los resultados obtenidos de acuerdo al electrocardiograma en reposo definidos como patrón típico de isquemia en 18% de los pacientes, anormalidades inespecíficas en 33% de los pacientes y electrocardiograma normal en 49% de los pacientes. La sensibilidad y especificidad del ECG con cambios típicos fue calculada en 33% y 81% respectivamente para mujeres y de 20% y 93% para hombres de forma respectiva. Y en el grupo con patrón electrocardiográfico normal en reposo 55% presentó estenosis coronaria significativa en por lo menos una arteria coronaria. [10]

Se reconoce ampliamente que se sabe menos y la precisión también es menor al realizar pruebas diagnósticas no invasivas en pacientes con cardiopatía isquémica en mujeres en comparación con hombres, por lo que el realizar una prueba más precisa se le considera crucial [2] para la detección temprana y manejo óptimo de mujeres con cardiopatía isquémica.



Entre los métodos diagnósticos no invasivos, el ECG de esfuerzo es el más estudiado y menos preciso cuando se trata de pacientes femeninos. [9].

El síndrome X es usualmente diagnosticado en la presencia de angina y arteriografía coronaria normal, se trata de un síndrome heterogéneo que involucra diferentes mecanismos patogénicos. El término de angina microvascular ha sido usado para definir el síndrome de dolor torácico y arterias coronarias normales, con incremento de la microcirculación coronaria a estímulo vasoconstrictor. Se ha involucrado la disfunción endotelial como mecanismo patogénico, misma que se puede presentar de forma multifactorial, existiendo diversos factores de riesgo tales como hipertensión, hipercolesterolemia, deficiencia estrogénica y tabaquismo que pueden contribuir a su desarrollo. Debido a que la mayoría de los pacientes con síndrome X son mujeres y la mayoría de ellas son post- menopausicas, se ha propuesto que la deficiencia estrogénica como factor patogénico [11].

TESIS CON
FALLA DE CALLEN

JUSTIFICACIÓN:

Debido a que el incremento de la cardiopatía isquémica en la mujer es cada vez más frecuente, así como la presentación de la misma se observa ya en etapas menores de la vida según la literatura mundial, es importante conocer en nuestro medio que está sucediendo con este grupo de mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el comportamiento clínico y angiográfico de la cardiopatía isquémica en la mujer que ingresa a la unidad coronaria del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

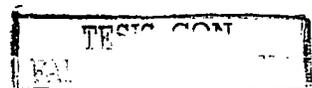
OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Categorizar la presencia de cardiopatía isquémica de acuerdo a grupos de edad.
- b) Se analizará la presencia de lesiones coronarias, así como tipo de las mismas.
- c) Se analizará presentación clínica de la cardiopatía isquémica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO DEL ESTUDIO.

- Descriptivo.
- Observacional.
- Retrospectivo.
- Retrolectivo.
- Abierto.



MATERIAL Y MÉTODOS.

1. Diseño: Mediante un diseño descriptivo, observacional, retrospectivo, retrolectivo y abierto.
2. Lugar: Se analizarán los expedientes clínicos de pacientes que hayan ingresado en la unidad de cuidados coronarios con diagnóstico de síndrome coronario agudo, en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", ubicado en Juan Badiano N°1 14080 México, D.F.
3. Tiempo: Periodo comprendido entre Enero de 2001 y Diciembre del año 2002.

Variables:

- a) Edad, que se categorizó de acuerdo a grupos < 56 años, 56-65, 66-75 y > ó = 76 años.
- b) Sexo
- c) Factores de riesgo
 - Tabaquismo
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial sistémica
 - Dislipidemia
 - Menopausia.

Localización electrocardiográfica del infarto:

- a) Anteroapical (V1-V4)
- b) Anteroseptal (V1-2 y/ó 3)
- c) Anterior extenso (V1-6 +D1 y AVL)
- d) Lateral (D1+VL+V4-V6)
- e) Inferior (DII+DIII+VF)
- f) Inferior con extensión a ventrículo derecho (DII + DIII+ VF+ V3R+V4R)
- g) Posteroinferior (DII + DIII + VF + V6-V9)
- h) Posteroinferior con extensión a ventrículo derecho (DII + DIII + VF + V6-9 + V3R V4R).
- i) Dorsal (V6I- V9I +- V6R- 9R).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres de todas las edades portadoras de Cardiopatía isquémica ingresadas en la Unidad de Cuidados Coronarios del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉTODO ESTADÍSTICO:

Las variables se expresan en porcentajes de acuerdo a la característica de la variable y a su comportamiento.

TESIS CON
FALLA DE CARGEN

RESULTADOS:

Se incluyeron 177 pacientes en el periodo comprendido entre Enero de 2001 hasta el mes de Diciembre del año 2002, según el grupo de edad. Veinticuatro pacientes se incluyeron en el grupo menor de 56 años (14%), en el grupo de edad entre 56 y 65 años se incluyeron 44 pacientes (25%), en el grupo de edad de 66 a 75 años se incluyeron 58 pacientes (33%) y el grupo de edad mayor a 76 años se incluyeron 51 pacientes (29%).

De acuerdo a los factores de riesgo, para tabaquismo se encontraron 59 pacientes (33%), menopausia 111 pacientes (63%), Diabetes Mellitus 82 pacientes (46%), Hipertensión arterial sistémica 124 pacientes (70%), Dislipidemia 80 pacientes (45%).

Dentro de las características clínicas del dolor la duración del mismo fue menor de 20 minutos en 64 pacientes (36.15%), y mayor de 20 minutos en 113 pacientes (63.3%).

La presencia previa de angina fue en 141 pacientes (80%), Infarto previo en 69 pacientes (38.98%), ACTP previa en 4 pacientes (7.9%), Cirugía previa en 10 pacientes (5.64%).

En cuanto a la estancia hospitalaria presentó un rango amplio que fue desde un día hasta 120 días, con una media de 13.31 días.

En lo que respecta a la clase funcional 81 pacientes se encontraban en Clase funcional I al ingreso (45.7%), en clase funcional II se encontraron 66 pacientes (37.28%), en clase funcional III (11.29%), y en clase funcional IV se encontraron 9 pacientes (5.08%).

La condición clínica al ingreso fue: Con la presencia de Infarto subendocárdico 9 pacientes (5.08%), angina postinfarto en 15 pacientes (8.47%), angina inestable en 106 pacientes (59.88%), y presencia de Infarto agudo de miocardio con elevación del ST en 41 pacientes (23.16%).

Los cambios electrocardiográficos observados al ingreso fueron elevación del ST en 51 pacientes (28.81%), disminución del ST en 36 pacientes (20.33%), cambios en la onda T en 65 pacientes (36.72%), BCRHH en 11 pacientes (6.21%), y ECG normal en 14 pacientes (7.90%).

La puntuación TIMI Risk al ingreso de aquellos pacientes con angina inestable fue para puntuación de 5 en 50 pacientes (40%), puntuación de 4 en 33 pacientes (26%), puntuación de 3 en 23 pacientes (18%), y puntuación de 2 en 19 pacientes (15%).

Dentro de los pacientes que presentaron infarto la localización del mismo según el electrocardiograma se distribuyó de localización Posteroinferior con extensión a ventrículo derecho 8 pacientes (15.38%), localización posteroinferior 16 pacientes (30.76%), anterior extenso en 7 pacientes (13.46%), anteroapical 7 pacientes (13.46%), anteroseptal 5 pacientes (9.61%) localización dorsal en 1 paciente (1.92%), inferolateral en 8 pacientes (15.38%) .

Se les realizó CTT a 154 pacientes (86.44%), dentro de las lesiones encontradas ectasia en 7 pacientes (5%), sin lesiones angiográficas en 25 pacientes (16%), lesiones univasculares en 36 pacientes (23%), lesión en dos vasos 28 pacientes (18%), lesiones trivasculares en 58 pacientes (38%).

Las arterias afectadas fueron TCI en 10 pacientes (6.33%), Descendente anterior en 10 pacientes (6.53%), circunfleja en 70 pacientes (65.35%), lesión en la coronaria derecha en 90 pacientes (50.84%).

EL tratamiento implementado fue solamente médico en 89 pacientes (50.28%), ACTP en 54 pacientes (30.49 %):

Se llevaron a Cirugía de revascularización coronaria a 35 pacientes (19.76%), de las cuales se tuvieron que realizar de urgencia 17 casos (9.60%).

Se realizó CRVC no urgente a 18 pacientes (10.1%), se encontraron fuera de tratamiento quirúrgico debido a malos lechos distales a 13 pacientes (7.34%), y se les colocó BIAC a 17 pacientes, es decir el 100% de los pacientes llevados a CRVC de urgencia.

Dentro de las complicaciones se presentó Choque cardiogénico en 25 pacientes (14.12%), FA en 7 pacientes (3.95%), BAV en 15 pacientes (8.47%), Taquicardia ventricular en 10 pacientes (5.64 %), fibrilación ventricular en 10 pacientes (5.64%), IAM en 10 pacientes (5.64%), CIVB en 1 paciente (0.56%), IMA en 3 pacientes (1.69%), Muerte en 27 pacientes (15.25%).

La sobrevida a 6 meses fue para Angina inestable 35 pacientes (20%), sobrevida libre de complicaciones en 79% y para muerte en 2 casos con 1.12%.

Las pacientes que murieron fueron 27, dos de ellas dentro del grupo menor de 56 años (7.4%), dentro de 56-65 años 6 pacientes (22.2%), dentro 66-75 años 8 pacientes (29.6%), 76 ó más años 11 pacientes (40.74%).

Los factores de riesgo tabaquismo 10 pacientes (37.03%), menopausia 16 pacientes (59.27%), Diabetes mellitus Tipo 2, 16 pacientes (59.27%), hipertensión arterial sistémica 18 pacientes (66.66%), dislipidemia 7 pacientes (25.9%).

En clase funcional al ingreso I fueron 4 pacientes (14.8%), Clase funcional II, 15 pacientes (55.5%), Clase funcional III 5 pacientes (18.5%), clase funcional IV 3 pacientes (11.1%).

Dentro del grupo que murió y que al ingreso presentó cuadro de angina inestable la puntuación según TIMI Risk fue de 5 puntos en 8 pacientes (61.5%), con puntuación de TIMI 4 fueron 4 pacientes (30.7%), puntuación TIMI 2 una paciente (3.7%).

Aquellas pacientes que murieron y que se les realizó Coronariografía las lesiones angiográficas tuvieron un comportamiento de lesiones trivasculares en 15 pacientes (75%), lesiones bivasculares en 3 pacientes (15%), lesiones de un solo vaso en 2 pacientes (10%).

Los cambios electrocardiográficos encontrados fueron elevación del segmento ST en 14 pacientes (51.8%), depresión del segmento ST en 6 pacientes (22.1%), cambios en la onda T en 6 pacientes (22.2 %), Bloqueo avanzado de rama izquierda de haz de His en 1 pacientes (3.7%), el cuadro clínico en estas mismas pacientes que murieron tuvo un comportamiento de angina inestable en 17 pacientes (62.9%), Infarto de miocardio en 10 pacientes (37.1%).

La lesión coronaria se distribuyó con afección del Tronco de la coronaria izquierda en 2 pacientes (9.09%), Descendente anterior 19 pacientes (86.36%), Circunfleja 16 pacientes (72.7%) de las pacientes, coronaria derecha en 20 pacientes (90.9%).

El tratamiento implementado en el grupo de pacientes que murió fue médico en 9 pacientes (33%), ACTP en 6 pacientes (22%), Cirugía de revascularización coronaria de urgencia en 12 pacientes (44%), se encontró en este grupo una paciente considerada fuera de tratamiento quirúrgico representando (4%).

Las complicaciones observadas en el grupo que murió fue Infarto agudo de miocardio en 2 pacientes (7%), choque cardiogénico en 16 pacientes (59%), arritmias en 12 pacientes (44%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN:

Entre hombres y mujeres existen gran cantidad de factores de riesgo, pero la importancia de cada uno de ellos varía acorde al sexo.

Se le ha considerado al tabaco un factor de riesgo significativo para enfermedad coronaria en la mujer, encontrándose relacionado con el efecto antiestrogénico relativo del tabaco, los hombres que fuman son más susceptibles que los hombres que no fuman a un evento de infarto agudo de miocardio, pero las mujeres tienen un riesgo relativo más elevado (RR) para infarto de miocardio (2.24 comparado con 1.43 para hombres). [13]. En este estudio observamos que en porcentaje la población femenina ingresada con síndrome coronario agudo representó el 33% de la población.

En EUA la prevalencia de mujeres que fuman es menor que la reportada en el hombre, sin embargo se espera que en el futuro la población femenina supere al hombre en cuanto a la misma., esto en parte por la mayor tendencia de tabaquismo entre mujeres jóvenes.

En cuanto al colesterol los niveles elevados de lípidos (>240 mg/dl) se han visto en más del %= % de la población de mujeres mayores de 55 años, en nuestro estudio se observó un porcentaje de dislipidemia en el 45% de la población, sin embargo cabe mencionar que no fue posible registrar niveles de lípidos en todas las mujeres ingresadas, debido a que existieron casos en que la paciente moría a las pocas horas de su ingreso.

Se le ha considerado que los triglicéridos podrían ser el mejor predictor de riesgo para mujeres sin embargo continua en discusión. Niveles de HDL son un factor de riesgo para mujeres tanto jóvenes y ancianas y podrían representar mayor riesgo en mujeres que en hombres, los niveles de lipoproteínas de baja densidad representan un riesgo similar para ambos sexos, pero considerando que se incrementa un factor de riesgo más al llegar la mujer a la menopausia. Se ha observado sin embargo que aún con tratamiento una minoría de pacientes tanto hombres como mujeres alcanzan el objetivo de un nivel de colesterol LDL menor de 100 mg/dl.[14].

La inactividad y un estilo de vida sedentario ha sido identificado según la American Heart Association como un factor de riesgo independiente para enfermedad arterial coronaria. Por tal motivo sería conveniente la implementación de un programa de ejercicio para la población en riesgo.

La disminución de grasas saturadas, polinsaturadas y reemplazarlas por grasas monoinsaturadas es más efectivo que disminuir el contenido total de grasas en la dieta, por lo que es altamente recomendable tanto para hombres como mujeres el incremento en frutas, vegetales y fibras para disminuir el riesgo de enfermedad aterosclerosa coronaria; ya que se ha visto que la dieta del mexicano es rica en grasas saturadas, así como predominio de azúcares refinados.

La obesidad no es considerada actualmente un factor de riesgo trivial, las mujeres con índice de masa corporal de 29-30Kg/m², presentan un riesgo tres veces mayor para enfermedad cardiaca, en comparación a mujeres con IMC menor la distribución de la grasa corporal también es de consideración, ya que la grasa abdominal incrementa el riesgo tanto en hombres como en mujeres.

Considerando el papel del alcohol en enfermedad arteria coronaria, el consumo moderado de alcohol representa un factor de protección contra enfermedad cardiaca para hombres y mujeres, sin embargo la abstinencia del mismo es deseable en pacientes con hipertensión, ya que el alcohol exacerba esta condición. La menopausia ocurre alrededor de los 50 años de edad, después de lo cual incrementa la enfermedad cardiaca en la mujer. Múltiples factores pueden ser atribuidos al incremento del riesgo, lo cual en parte puede ser por ganancia de peso, cambios en el patrón de actividad física, deficiencia de estrógenos y efectos de la edad [15].

Es conocido el papel de los estrógenos en una gran variedad de efectos protectores, muchos de los cuales son a través de la vasculatura.

En nuestro estudio se observó que un gran porcentaje se encontraba en la postmenopausia representando el 63% de la población ingresada (111 pacientes).

La gran asociación con enfermedad arterial coronaria y diabetes tanto en hombres como en mujeres ha ido mostrada tanto en hombres como en mujeres sin embargo aún habiéndose demostrado en un gran número de estudios no lo ha sido en todos. Las mujeres con diabetes y enfermedad arterial coronaria tienen peor pronóstico que en hombres en igualdad de circunstancias. La implicación clínica es clara: Pacientes diabéticos requieren pronta y rápida atención, especialmente control de glucosa y de las cifras tensionales.

En nuestro estudio se observó que el 46% de la población ingresada con síndrome coronario agudo presentaban diabetes mellitus. Tanto hombres como mujeres con historia familiar positiva para enfermedad coronaria tienen mayor riesgo de enfermedad aterosclerosa coronaria. En este estudio se observó una mortalidad del 15.27%, y lo que se encuentra reportado en la literatura es del 21.4% aproximadamente.

En cuanto a la correlación electrocardiográfica del infarto con las lesiones angiográficas si existió asociación entre el tipo de lesiones y la localización electrocardiográfica del infarto, sólo existió un caso de infarto anterior extenso y con ectasia en la coronariografía.

En cuanto a la mortalidad existió una tendencia mayor en el grupo de edad mayor de 66 años, así mismo una tendencia mayor a la presencia de choque cardiogénico como complicación,. La presencia de lesiones trivasculares así como la mayor tendencia a realización de cirugía de revascularización coronaria urgente.

El riesgo relativo se incrementa (RR2.8) con una historia positiva de Infarto de miocardio antes de los 60 años. Este riesgo incrementado en ambos sexos puede ser causado tanto por factores genéticos y metabólicos.

El riesgo de muerte en mujeres con enfermedad arterial coronaria por lo general se presenta con 10 años de retraso en comparación con los hombres. La presencia de enfermedad arterial coronaria en mujeres de forma más tardía puede ser atribuida a una investigación y tratamiento de forma menos agresiva. La prevalencia de infarto de miocardio incrementa con la edad.

En cuanto a la edad, observamos que el mayor porcentaje de mujeres que ingresó con síndrome coronario agudo presentaron un mayor porcentaje de casos en el grupo mayor de 66 años.

En cuanto a las limitantes del estudio encontramos la determinación de lipoproteínas de alta y baja densidad, así como niveles séricos de colesterol y triglicéridos determinados, ya que no en todas las pacientes fue posible la determinación de los mismos, debido a muerte en las primeras horas del ingreso.

Sería conveniente realizar estudio prospectivo que involucre la investigación de uso de hormonas para remplazo hormonal, niveles de homocisteína, en medida de lo posible la realización de coronariografía para determinar tipo de lesiones angiográficas.

Es un estudio inicial que representa un amplio campo de estudio en cuanto al comportamiento del síndrome coronario agudo en la mujer.

CONCLUSIONES.

El presente estudio cumplió los objetivos de conocer el comportamiento clínico angiográfico de las mujeres que ingresan con síndrome coronario agudo, y de acorde a la literatura se encontró incidencia elevada de los factores de riesgo cardiovascular ya conocidos como dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, mayor incidencia de postmenopausia y una incidencia menor que en la literatura en cuanto al tabaquismo.

Se encontró mayor porcentaje de lesión en la arteria coronaria derecha, seguido por lesión en la circunfleja. Y en aquellas pacientes a las que se les realizó

coronariografía y sufrieron de infarto agudo de miocardio existió correlación electrocardiográfica y tipo de lesión coronaria.

El tratamiento utilizado en mayor porcentaje fue médico. Todas las pacientes que fueron llevadas a CRVC de urgencia se les colocó BIAC previo a la Qx.

La complicación predominante fue el choque cardiogénico.

Se observó una tendencia mayor en la mortalidad en el grupo mayor de 76 años.

El tratamiento implementado en las pacientes que murieron fue en mayor porcentaje CRVC de urgencia.

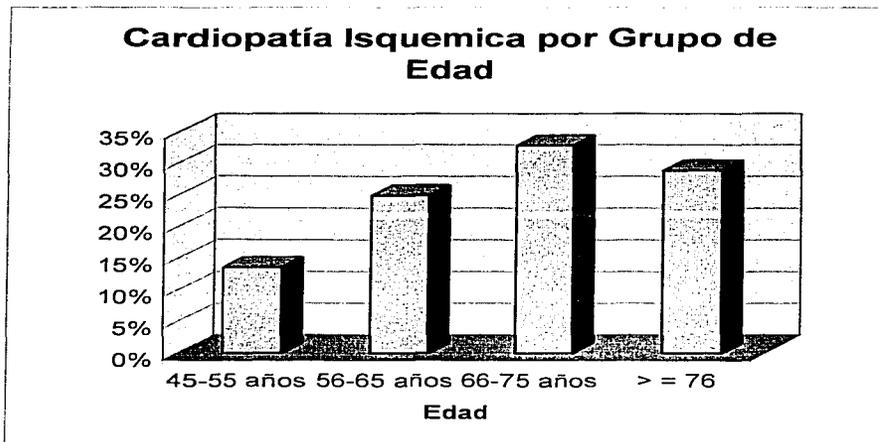
Los cambios electrocardiográficos predominantes fueron alteraciones en la onda T.

Las pacientes con Angina inestable tuvieron un porcentaje más alto de 5 puntos de acuerdo al TIMI Risk.

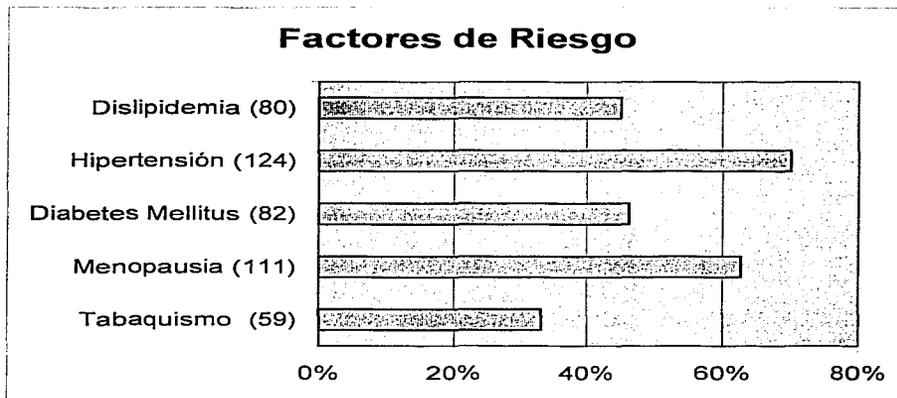
Se encontró enfermedad trivascular con mayor porcentaje en este grupo poblacional.

En cuanto a la mortalidad existió correlación en cuanto a lo reportado para el grupo de mujeres en la literatura.

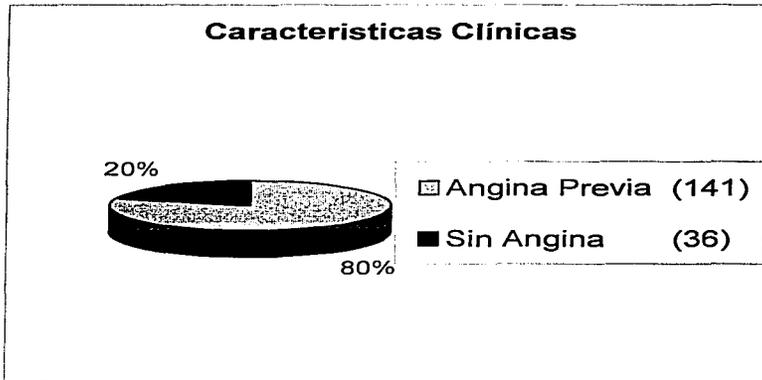
ANEXOS.



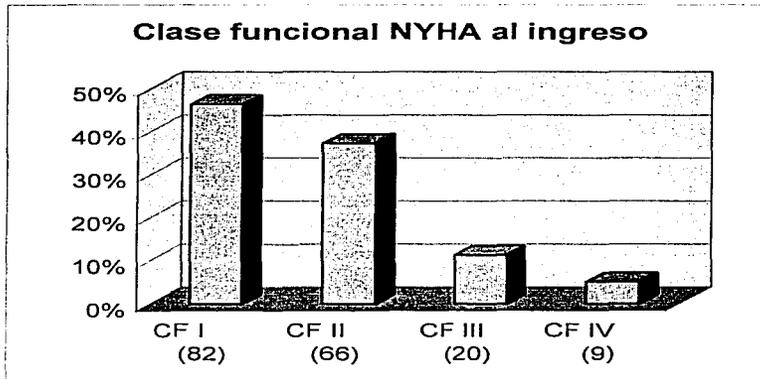
Gráfica 1



Gráfica 2



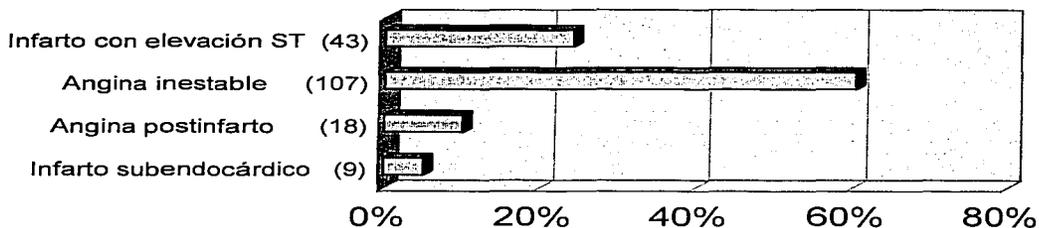
Gráfica 3



Gráfica 4

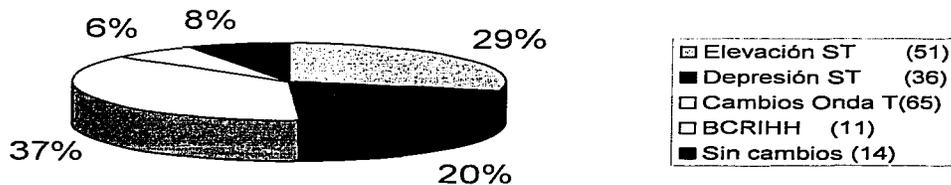
TESIS CON
 FALLA DE CUMPLIMIENTO

Síndrome Coronario Agudo al Ingreso



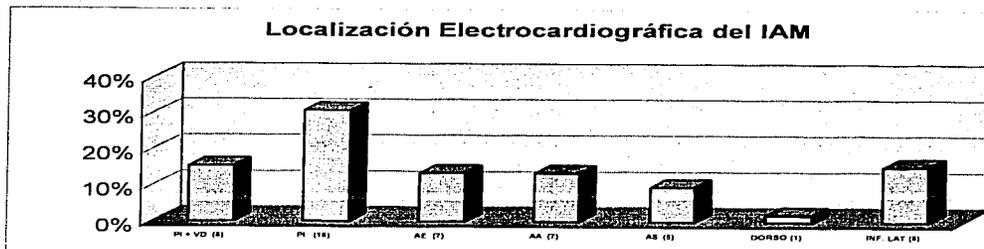
Gráfica 5

Cambios Electrocardiográficos

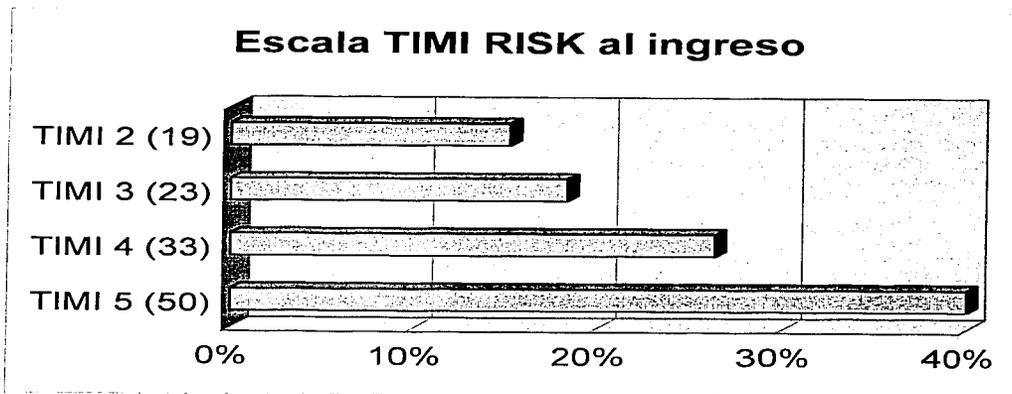


Gráfica 6

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN
 DE LA BIBLIOTECA

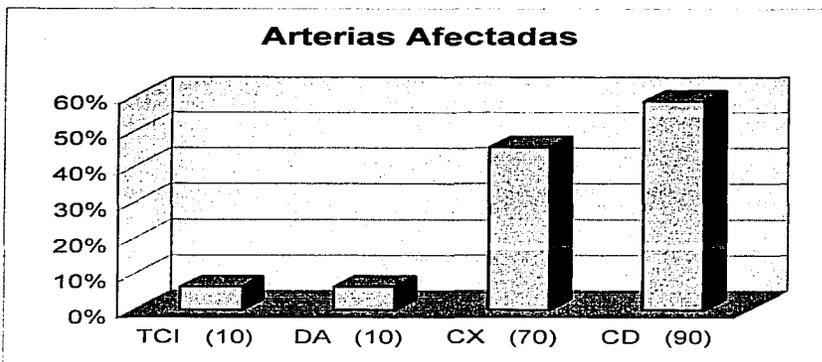


Gráfica 7

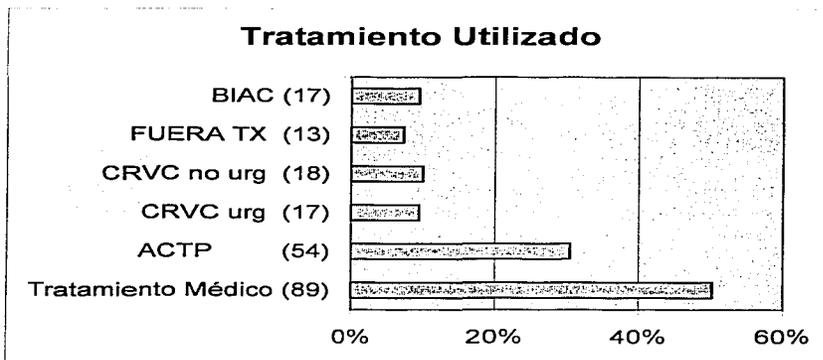


Gráfica 8

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

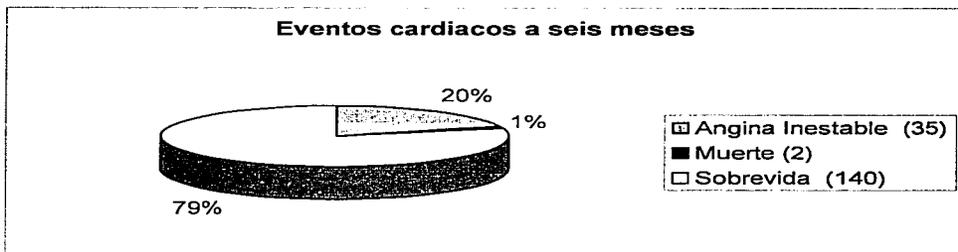


Gráfica 9

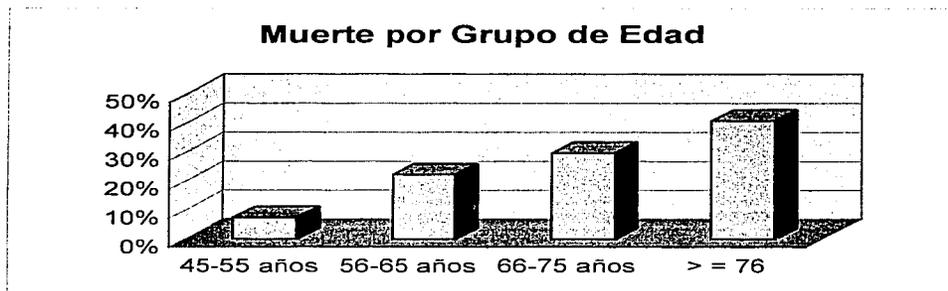


Gráfica 10

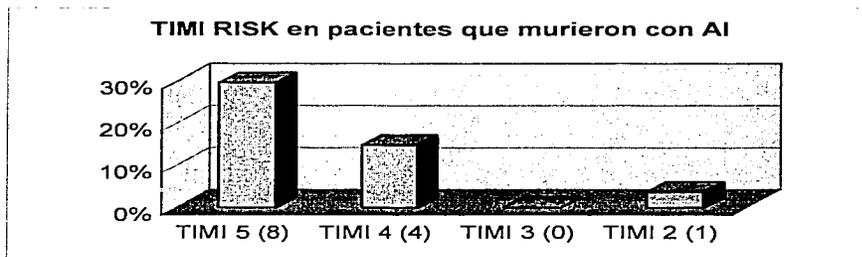
**TEMA CON
FALLA DE ORIGEN**



Gráfica 11



Gráfica 12



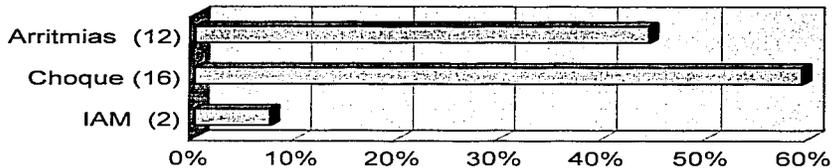
Gráfica 13

Número de arterias afectadas en pacientes que murieron



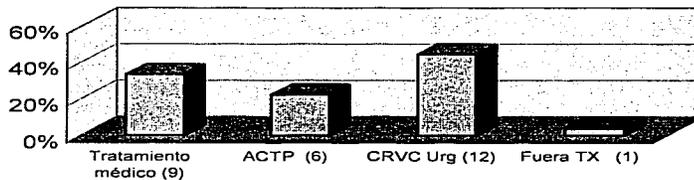
Gráfica 14

Complicaciones en pacientes que murieron



Gráfica 15

Tratamiento implementado en pacientes que murieron



Gráfica 16

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1

<u>Número de vasos afectados</u>	<u>Número de pacientes</u>	<u>%</u>
1	36	23%
2	28	18%
3	58	38%
Sin lesiones	25	16%
No significativas	0	0%
Ectasia	7	5%
<i>Total</i>	154	100%

Tabla 2

<u>Complicaciones</u>	<u>Número de pacientes</u>	<u>%</u>
Choque	25	14.12%
Reinfarto	10	5.65%
TSV	7	3.95%
BAV	15	8.47%
TV	10	5.65%
FV	10	5.65%
IMA	3	1.69%
CIV	1	0.56%
Muerte	27	15.25%

Tabla 3

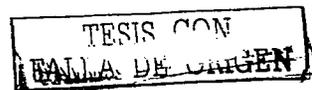
Correlación de la localización electrocardiográfica del infarto y la angiografía coronaria

Localización	Trivascular	DA+CX	DA+CD	CD+CX	DA	CX	CD	Ectasia	No CTT
PI+VD	2	-	1	-	-	-	2	-	3
PI	4	-	3	1	-	2	3	-	3
Dorso	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Inf. Lat	3	2	-	-	-	-	3	-	-
AE	2	-	1	-	2	-	-	1	1
AA	1	2	-	-	4	-	-	-	-
AS	1	-	1	-	1	-	-	-	2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

1. Mosca L, Manson J, Sutherland S, et al. Cardiovascular disease in women: a statement for care professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1997;96:2468-82.
2. Barrett-Connor E. Differences in coronary heart disease. *Circulation* 1997;95:252-64.
3. Schenck-Gustafsson K. Risk factors for cardiovascular disease in women: assessment and management. *Eur Heart J* 1996;17:2-8.
4. Demirovic J, Henry B, McGovern PG, et al. Sex differences in early mortality after acute myocardial infarction (The Minnesota Heart Survey). *Am J Cardiol* 1995;75:1096-101.
5. Hochman JS, Tamis JE, Thompson BS, et al, for the Global Use of Strategies To Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIB Investigators. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 1999;341:226-32.
6. Vaccarino V, Parsons L, Every NR, et al, Participants for the National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999;341:217-25.
7. Faris Al-Khalili MD^a Bertil Svane MD, Faris Al-Khalili MD^a et al Clinical importance of risk factors and exercise testing for prediction of significant coronary artery stenosis in women recovering from unstable coronary artery disease: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *American Heart Journal* Volume 139 • Number 6 • June 2000.
8. Schannwell CM. Schoebel FC; Lazica D. et al Differences in the clinical performance and initial diagnosis in women with suspected coronary artery disease - *Dtsch Med Wochenschr* - 24-Nov-2000; 125(47): 1417-23
9. Chen G. Redberg RF. Noninvasive diagnostic testing of coronary artery disease in woman. *Cardiol Rev* - 2000 Nov-Dec; 8(6): 354-60 .
10. Lewandowski M. Szwed H; Kowalik I; The diagnostic value of resting electrocardiography in stable coronary artery disease] - *Pol Arch Med Wewn* - 01-May-1999; 101(5): 403-1



11. Kaski JC, Russo G. Microvascular angina in patients with syndrome X. - Z Kardiol-01-Jan-2000;89 Suppl 9: IX/121-5.
12. Branwald E, ed. Heart Disease: A text-book of Cardiovascular Medicine. Philadelphia:Saunders.2001:2038-2049.
13. Heim Lori, Brunseli Susan et al. Heart disease in Women. Primary Care; Clinics in Office practice. Volume 27. Number 3. September 2000.
14. Abby SL, Harris IM: Homocysteine and cardiovascular disease. J Am Board Fam Pract 11:391, 1998.
15. Andersen R, Wadden T, Bartlett S, et al: Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women. JAMA 281: 335; 1999.
16. Bairey Merz CN, Kelsey SF, Pepine CJ, et al. Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study: protocol design, methodology and feasibility report. J Am Coll Cardiol 1999;33:1453-61.
17. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, et al: The effect of race and sex on physician's recommendations for cardiac catheterization. N Engl J Med 340: 618, 1999.
18. Sowers JR: Diabetes Mellitus and cardiovascular disease in women. Arch Intern Med 158: 167, 1998.
19. Wals BW, Kuller LH, Wild RA, et al: Effects of raloxifene on serum lipids and coagulation factors in postmenopausal women. JAMA 279:1445, 1998.
20. Rochon PA, Clark JP, Binns MA, et al: Reporting of gender-related information in clinical trials of drug therapy for myocardial infarction. CMAJ 159:321, 1998.
21. Rexrode KM, Carey VJ, Hennekens CH, et al. Abdominal adiposity and coronary heart disease in women: JAMA 280:1843, 1998.
22. Price JF, Folkers GR: Risk factors and the sex differential in coronary artery disease.

