

11224



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DEL ESTADO ISSSTE.

"FACTORES DE RIESGO PARA INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO".

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA: MEDICINA DEL ADULTO ENFERMO EN ESTADO CRITICO

P R E S E N T A :

EFREN MONTOYA GROZCO



ISSSTE

m. 346515

2005



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.

A MIS PADRES.

por todo su cariño y apoyo.

A MIS AHERMANOS

por su cariño

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Montoya Orozco

Efrén

FECHA: 25 Mayo 05

FIRMA: 

A MI CUÑADA.

por su apoyo.

A YADHIRA.
por todo su amor y confianza.

A MIS SOBRINOS.

TITULO

**“ FACTORES DE RIESGO PARA INFARTO AGUDO DEL
MIOCARDIO EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS.**

HOSPITAL GENERAL “DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO”.

AUTOR.

DR. EFREN MONTOYA OROZCO.

ASESOR.

DR. RENE LARA BADILLO.

SERVICIO.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

HOSPITAL GENERAL. “ DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO “.

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMARY	2
MARCO TEORICO	3
HIPOTESIS	3
OBJETIVO GENERAL.	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
MATERIAL Y METODOS	5
TAMAÑO DE LA MUESTRA	6
CRITERIOS DE INCLUSION.	6
CRITERIOS DE EXCLUSION	6
CRITERIOS DE ELIMINACION	7
RESULTADOS	7
TABLAS Y GRAFICAS	9
COMENTARIOS	14
CONCLUSIONES.	18
BIBLIOGRAFIA	19

RESUMEN.

El presente estudio se realizó en el periodo comprendido del mes de mayo del 2001 a mayo del 2002, con 46 ingresos por infarto agudo del miocardio, 28 correspondieron al sexo masculino y 18 al sexo femenino, con un mortalidad de 2.3%, con respecto al total de pacientes que ingresaron en ese periodo de tiempo, sin límite de edad, los grupos se dividieron en rubros de 10 años, con diferencia significativa estadística del 85.69% y una $p= 1.46$. El grupo femenino presentándose el IAM en mayores 50 años, dentro de los factores de riesgo la personalidad de tipo A, se presentó en el 100% de los pacientes, así como el sedentarismo y el tabaquismo con porcentajes del 97.8% y 86.9% respectivamente, las dislipidemias con un 67.3%, y las enfermedades crónico degenerativas ocuparon más del 50% del rubro. Tales como DM, HAS Y cardiopatías isquémicas previas. Los infartos correspondieron al 22% del total de los ingresos en la unidad de cuidados intensivos, el 10.86% presentaron extensión eléctrica al ventrículo derecho (VD), y el 30.4% se complicaron con falla cardíaca clasificadas en Killip Kimbal (KK) III y IV, con mortalidad del 4.3% para el sexo masculino y 6.5% para el sexo femenino.

SUMMARY.

The present study one carries out in the understood period of the month of May from the 2001 to May of the 2002, with 46 revenues for sharp infarction of the myocardial, , 28 corresponded at the masculine sex and 18 to the feminine sex, with mortality of 2.3%, with regard to the total of patients that you/they entered in that period of time, without it limits of age, the groups were divided in 10 year-old items, with difference significant statistic of 85.69% and a $p = 1.46$. The feminine group being presented the IAM in more 50 years, inside the factors of risk the type personality A, you presents in 100% of the patients, as well as the sedentary and the smoking with very high percentages of 97.8% and 86.9% respectively, the dislipidemic with 67.3%, and the illnesses chronic-degenerative occupied more than 50% of the item. Such as DM, there are AND isquemic cardiopathy previous

The infarction was presented in 22% of the total of the revenues in the unit of intensive cares, and of these alone one 10.86% presented electric extension to the right ventricle (you), and 30.4% got complicated with heart flaw classified in Killip Kimbal (KK) III and IV, with mortality of 4.3% for the masculine sex and 6.5% for the feminine sex.

MARCO TEORICO.

La frecuencia del Infarto Agudo del Miocardio puede variar de una Unidad Hospitalaria a otra, así mismo de las Unidades de terapia Intensiva de acuerdo al tipo de población que atienden, así como la evaluación inicial para el manejo de la trombolisis y la terapéutica invasiva.

HIPOTESIS.

La investigación Epidemiológica de la cardiopatía isquémica continua identificando factores de riesgo adicionales, es por eso que dicha entidad se concibe como un proceso multifactorial, y ningún factor individual es estrictamente esencial.(1) Es necesario un análisis de los múltiples factores de riesgo para identificar el efecto en forma conjunta de todos, y el empleo de un determinado grupo que nos permita estimar con mayor exactitud los riesgos que conllevan. Un Análisis multivariado brinda un mejor conocimiento de la patogenia de la enfermedad y las medidas preventivas que se pueden aplicar. (2-5)

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la frecuencia y epidemiología del Sx . Coronario agudo y específicamente del Infarto Agudo del Miocardio (IAM) en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General "DR DARIO FERNENADEZ FIERRO", así como las causas más frecuentes para dicha patología en nuestra población, y la morbimortalidad de la misma, en nuestra población estudiada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Conocer las factores de riesgo para Infarto Agudo del Miocardio (I. A. M.) En pacientes que se recibieron con dicho diagnostico, en terapia intensiva, del H. G. " Dr. Darío Fernández Fierro".
- b) Conocer la enfermedades crónico degenerativas más frecuentemente observadas en pacientes con I. A. M. Que ingresaron a la unidad de terapia intensiva.
- c) Conocer la localización y/o zona infartada más frecuente en los pacientes que ingresaron a la unidad de terapia intensiva.
- d) Conocer la edad de presentación y el sexo más frecuentes en los pacientes infartados en nuestra unidad de terapia intensiva.
- e) Conocer en que Killip Kimbal llegaron a nuestra unidad, independientemente del sexo y/o localización, clasificándolos, como se muestra en la siguiente tabla.

KILLIP KIMBALL

CLASE	DESCRIPCION	MORTALIDAD (%)
I	SIN FALLA CARDIACA	< 10
II	FALLA CARDIACA CON CONGESTION PULMONAR	10 - 20
III	FALLA CARDIACA . SEVERA CON CONGESTION PULMONAR	35 50
IV	CHOQUE CARDIOGENICO	> 80

- f) Conocer la morbimortalidad de los paciente infartados en la terapia intensiva del H. G. " Dr. Darío Fernández Fierro".

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo, incluyendo a los pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva, de ambos sexos y sin límite de edad, en el intervalo comprendido del 1° de mayo de 2001 al 30 de mayo de 2002. A todos los pacientes se les realizó una encuesta en la que se identificaban factores de riesgo coronario, localización del infarto por electrocardiograma (EKG), clasificación Killip Kimball (KK), nombre, edad, sexo. Se eligieron todos los pacientes con el diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio realizado por 2 de los 3 criterios, cuadro clínico (Dolor precordial con irradiación a brazo izquierdo, mandíbula, sintomatología neurovegetativa tales como diaforesis, palidez, piloerección etc.), electrocardiográfico (Desniveles del segmento S-T, cambios en la onda T, y presencia de onda Q, en las derivaciones para determinación de la localización topográfica), enzimático (Elevación de la fracción MB de la CPK mayor de 10 u/L ó mayor del 10% de la CPK total, con un tiempo menor de 72 horas de evolución); así como se descartó todos aquellos que no cumplieron con los mismos, a todos se les tomó electrocardiograma con equipo Burdick, con calibración M=X1 a 25 mm/s. Y a los que presentaban infartos con localización diafragmática y anterior extenso, se tomaron precordiales derechas además de derivaciones de medrano para descartar extensión eléctrica al ventrículo derecho (VD).

Cabe mencionar que todos los pacientes que llegaron dentro del tiempo de trombolisis (menor de 6 hrs), fueron trombolizados, además de los que presentaban desnivel del segmento ST, persistencia del dolor característico aunque fueran después del tiempo referido. A todos los pacientes se les clasificó, de acuerdo a la escala de Killip Kimball (KK), para valoración de falla cardíaca, en cuanto llegaron a la unidad; dentro de los factores de riesgo evaluados fueron, sedentarismo, tabaquismo, enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus (DM) e Hipertensión arterial (HAS)), personalidad tipo A definiéndose esta como una persona con ansiedad y preocupaciones excesivas o poco realistas (expectación aprensiva) por dos o más circunstancias de la vida.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se eligieron todos los pacientes con el diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio, corroborado por cuadro clínico (Dolor precordial con irradiación a brazo izquierdo, mandíbula, sintomatología neurovegetativa tales como diaforesis, palidez, piloerección etc.), electrocardiográfico (Desniveles del segmento S-T, cambios en la onda T, y presencia de onda Q, en las derivaciones para determinación de la localización topográfica), enzimático (Elevación de la fracción MB de la CPK mayor de 10 u/L ó mayor del 10% de la CPK total, con un tiempo menor de 72 horas de evolución), con 2 de 3 criterios de inclusión, además de la realización de la encuesta para recopilación de datos y almacenamiento de los mismos.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- a) Paciente con clínica de infarto agudo del miocardio (dolor precordial, irradiación a brazo, mandíbula, sintomatología neurovegetativa tales como diaforesis palidez, piloerección, etc.).
- b) Datos electrocardiográficos (desnivel del segmento ST, cambios en la onda T, presencia de onda Q en derivaciones para tipificación topográfica.).
- c) Enzimático (Elevación de la fracción MB de la CPK mayor de 10 u/L ó mayor del 10% de la CPK total, con un tiempo menor de 72 horas de evolución) y ecocardiográfico.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- a) Pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio de + de 72 horas de evolución, dado que no se ingresaron a la unidad de cuidados intensivos.

- b) Que no cumplan con 2 de 3 criterios de Infarto Agudo del Miocardio para su ingreso a la UTI.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- a) Pacientes sin un adecuado seguimiento ó expedientes incompletos.
- b) Diagnóstico dudoso de Infarto Agudo del Miocardio (Angor estable, angor inestable, angina de Prinzmetal, etc.)

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

A realizar tipo de investigación prospectiva, el estudio fue realizado en el periodo comprendido del 1° de mayo del 2001 al 30 de mayo de 2002. (13 meses).

RESULTADOS.

En el presente estudio se incluyeron 46 pacientes de un total de 209 ingresos a terapia intensiva que corresponde al 22.1%, de los cuales 18 fueron del sexo femenino y 28 del sexo masculino, (ver tabla y grafica No.1). El promedio de edad de los paciente fue de 70 ± 19.2 años, para los pacientes del sexo femenino y para los pacientes del sexo masculino fue de 61.2 ± 29.8 años,

Por localización topográfica, correspondieron de la siguiente forma, **anteroseptales** un total de 21, y **posteroinferiores** un total de 17 de los cuales 3 tuvieron extensión eléctrica al ventrículo derecho (VD), **Anterior extenso** 6 de los cuales 2 tuvieron extensión eléctrica al (VD) y **NO Q: 2**, (ver tabla y grafica No. 2).

Dentro de los factores de riesgo que se hicieron evidentes fueron el tabaquismo con un 86.9%, Dislipidemias con un 67.3%, sedentarismo con un 97.8%, la personalidad tipo A con el 100% de los pacientes infartados. Y las enfermedades crónico degenerativas que se encontraron fueron la diabetes mellitus con un 63% e hipertensión arterial con 56.5%, además de cardiopatía previa sin especificar cual, con un 41.3%. (ver tabla y grafica No. 3).

Por grupo de edad, de 33 años como la menor edad, y 74 años como la mayor edad dentro del grupo del sexo masculino, en el sexo femenino se observó que la edad promedio era mucho mayor, la menor edad fue de 50 años y la mayor edad fue de 90 años, los grupos se dividieron en rubros de 10 años, con diferencia significativa estadística del 85.69% y una $p= 1.46$. (ver tabla y grafica No. 4).

Dentro de la clasificación KILLIP KIMBALL (KK), en la que se recibieron en el hospital fue de la siguiente manera, KK I; mujeres 15.2%; hombres 26%, KK II mujeres 10.8%, hombres 17.4%, KK III; mujeres 6.6%, hombres 10.8%, y el KK IV; mujeres 6.6% al igual que hombres. Y en global KKI 41.2%, KK II 28.2%, KK III 17.4% y en KK IV 13.2%. (ver tabla y grafica No. 5).

La mortalidad global fue de 5 pacientes del total de los 46 incluidos que ingresaron en la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) del hospital, es decir la mortalidad por esta patología fue del 2.3% del total del pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos en este periodo, y la mortalidad por infartos del total de estos fue del 10.8% dentro del grupo del sexo masculino la mortalidad fue del 4.3% y del grupo del sexo femenino fue del 6.5%, (ver tabla No. 6 y grafica No. 6 y 7), cabe mencionar como ya referimos con anterioridad que la edad fue estadísticamente significativa ya que el promedio de edad de muerte fue de 61.2 +/- 10.3 años.

TABLAS Y GRAFICAS.

TABLA No. 1.

SEXO

HOMBRES	MUJERES
28	18

GRAFICA No. 1 SEXO.

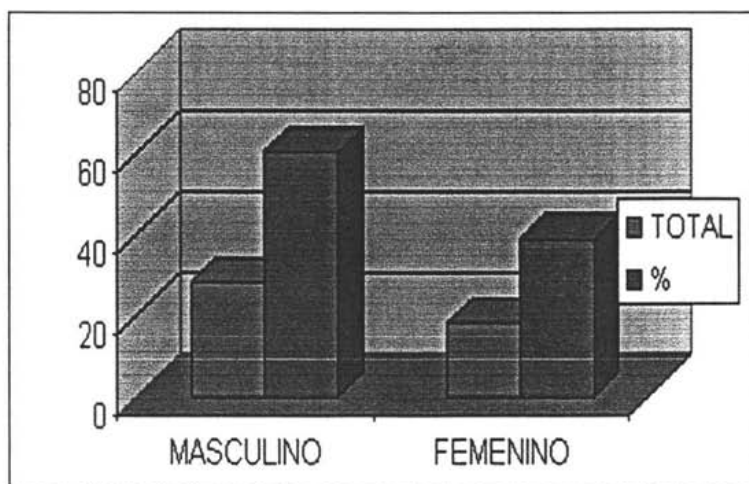


TABLA No. 2.

LOCALIZACION TOPOGRAFICA.

ANTEROSEPTAL	POSTEROINFERIOR	ANTERIOR EXTENSO	NO Q
21	17	6	2

GRAFICA No. 2
LOCALIZACION TOPOGRAFICA

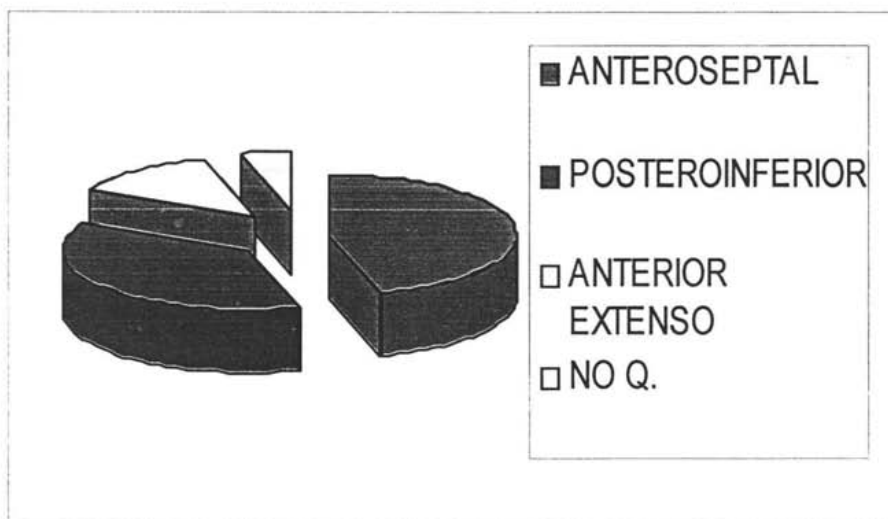


TABLA No. 3

FACTORES DE RIESGO.

SEDENTARISMO	45	97.8%
TABAQUISMO	40	86.9%
DISLIPIDEMIA	31	67.3%
PERSONALIDAD	46	100%
DIABETES MELLITUS	29	63%
HIPERTENSION ARTERIAL	26	56.5%
CARDIOPATIAS	19	41.3%

GRAFICA No. 3
FACTORES DE RIESGO.

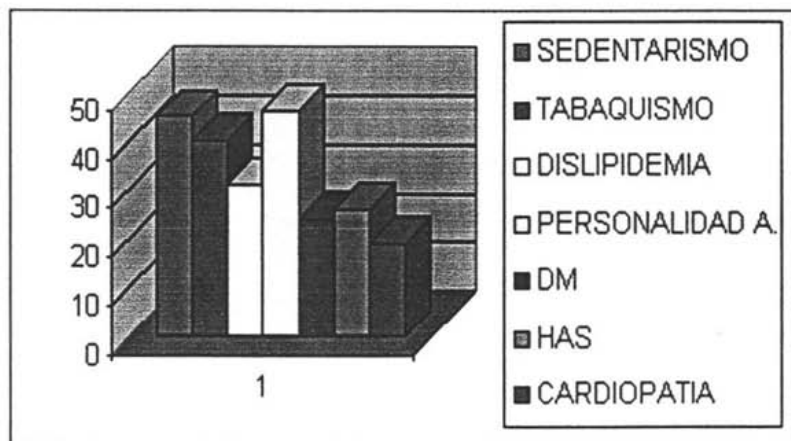


TABLA No. 4

GRUPO DE EDAD Y SEXO.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO
> 30 Años.		
31 – 40	2	
41 – 50	7	1
51 – 60	13	3
61 – 70	5	5
> 70 Años.	2	9
TOTAL	28	18
%	60.8%	39.2%

GRAFICA No. 4
GRUPO DE EDAD Y SEXO.

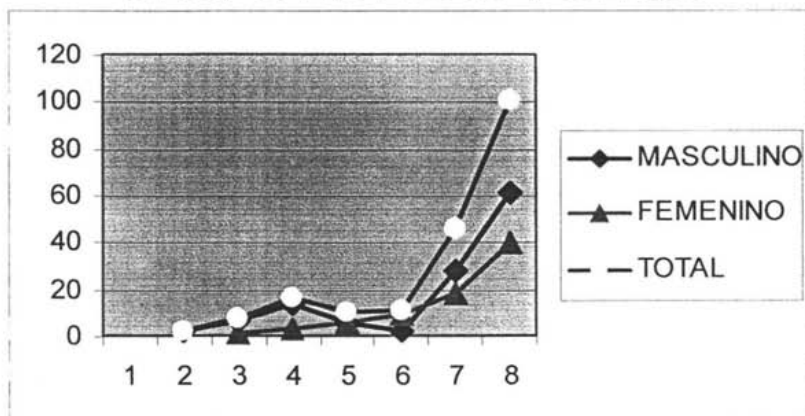
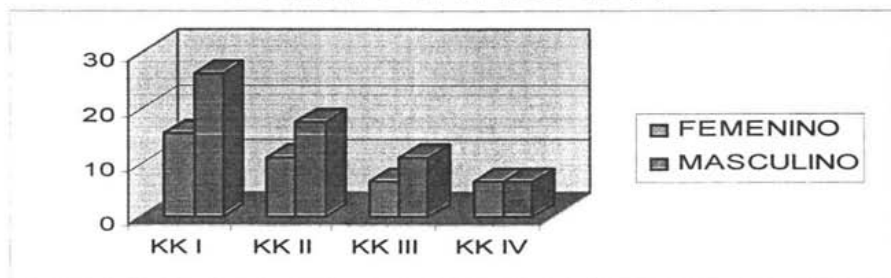


TABLA No. 5

KILLIP LIMBALL.

KILLIP LIMBALL	KK I	KK II	KK III	KK IV
FEMENINO	7	5	3	3
%	15.2	10.8	6.6	6.6
MASCULINO	12	8	5	3
%	26	17.4	10.8	6.6
TOTAL	19	13	8	6
%	41.2%	28.2%	17.4%	13.2%

GRAFICA No. 5
FALLA CARDIACA



GRAFICA No. 5

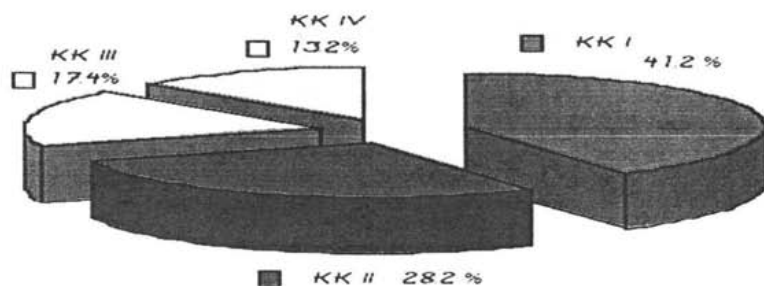
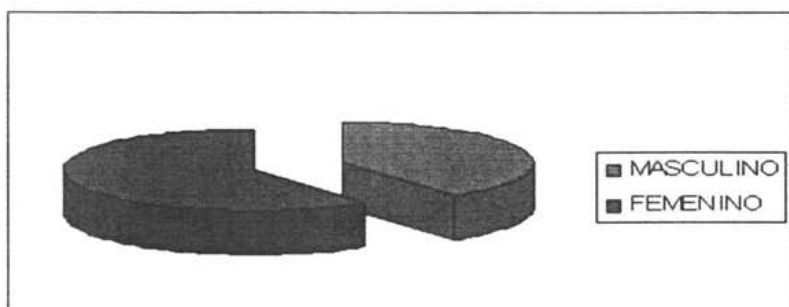


TABLA No. 6.

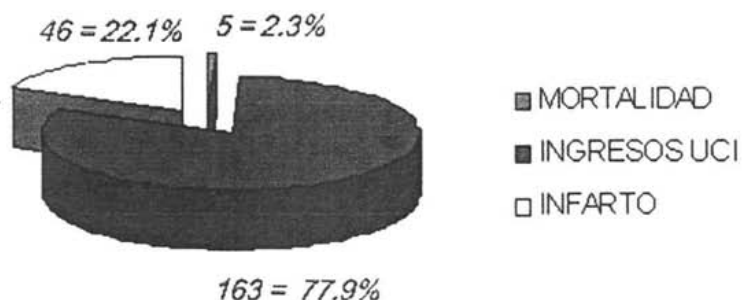
MORTALIDAD POR SEXO.

MORTALIDAD	TOTAL 46 PACIENTES	%
MASCULINO	2	4.3%
FEMENINO	3	6.5%

GRAFICA No. 6
MORTALIDAD



GRAFICA No. 7
MARTALIDAD POR INFARTO



ANÁLISIS Y COMENTARIOS.

La investigación Epidemiológica de la cardiopatía isquémica continua identificando factores de riesgo adicionales, es por eso que dicha entidad se concibe como un proceso multifactorial, y ningún factor individual es estrictamente esencial.(1) Es necesario un análisis de los múltiples factores de riesgo para identificar el efecto en forma conjunta de todos, y el empleo de un determinado grupo que nos permita estimar con mayor exactitud los riesgos que conllevan, cabe mencionar que las estadísticas nuestras entran perfectamente dentro de los rangos de la población mundial. Un Análisis multivariado brinda un mejor conocimiento de la patogenia de la enfermedad y las medidas preventivas que se pueden aplicar. (2-5)

Con base en los factores de riesgo absoluto, relativo y atribuible que conllevan los diversos factores patógenos, se han planeado conceptos de lo "normal" a partir de lo común ó promedio, hasta llegar a los valores óptimos propios de la indemnidad a largo plazo, es decir, el hecho de estar libre por mucho tiempo de la enfermedad. (1,6) En consecuencia, se han revisado factores como los valores aceptables de presión arterial, glucemia, lípidos, aunados a otros como el tabaquismo, obesidad, estilo de vida etc. (1,6-12)

Decenios de investigación epidemiológica en el estudio de Framingham y otros han contribuido a evaluar los efectos de los factores de riesgo cardiovasculares que contribuyen en forma importante para la presentación del Infarto Agudo del Miocardio. (1,13-14,16) Se observan grandes diferencias en su trascendencia en las secuelas cardiovasculares ateroscleróticas. sin embargo todos los factores relevantes no identificados contribuyen poderosamente a la presentación de la cardiopatía isquémica del tipo del Infarto Agudo del Miocardio. (17-18,23) Los diversos factores de riesgo incitan a la presentación del Infarto Agudo del Miocardio de diversas maneras, y edades pero con intensidad diferente. La diabetes y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad actúan con mayor fuerza en las mujeres sobre todo después de la menopausia (19-21,54-55,58) El tabaquismo influye particularmente en los varones, siendo un factor no acumulativo y pierde su impacto nocivo posterior.(22), aunque a nosotros el

porcentaje fue muy elevado con un reporte de más del 86.9% por arriba del porcentaje mundial el cual se reporta por debajo del 50%. (22).

Recientemente se han agregado a la lista de factores importantes que pueden desencadenar cardiopatía isquémica. (8,24-30,57 Los factores como la lipidemia, intolerancia a la glucosa, niveles de ácido úrico y fibrinógeno, con llevan proporciones menores de riesgo en la senectud, pero este riesgo menor puede ser superado por un riesgo absoluto. 1,4,31) La obesidad ó el aumento ponderal estimulan ó agravan todos los factores aterógenos y la inactividad física empeora algunos de ellos y predispone a trastornos coronarios en cualquier edad. (15-18) La hipertensión sistólica aislada constituye un factor de riesgo mayor a cualquier edad y en ambos sexos. La proporción de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad con colesterol total constituye en la actualidad el indicador más eficiente y "cómodo" de los riesgos, con respecto a los lípidos. (32-34,53)

El estudio de Framingham y otros de índole observacional han corroborado la presencia de varias categorías de factores de riesgo cardiovascular entre ellos están los atributos personales aterógenos, hábitos de vida que los perpetúan, indicadores de lesiones inestables, signos de deterioro circulatorio é indicadores de susceptibilidad a estas influencias. A pesar que en los últimos 30 años se ha observado una disminución en el número de fallecimientos por trastornos cardiovasculares, el infarto agudo del miocardio es una de las principales causas de

muerte e incapacidad en los EE.UU.. Actualmente se ha calculado que cada año cerca de 1.5 millones de norteamericanos sufren de infarto agudo del miocardio y de este grupo fallecen 500,000, es decir el 33.3% a diferencia de nuestro estudio que la mortalidad fue del 2.3% global y del 4.3% para el sexo masculino y femenino del 6.5% y lo preocupante de la situación es que muchas veces la presentación del infarto agudo del miocardio constituye la primera y última manifestación de la enfermedad aterosclerosa coronaria.(35-38,49), (ver tabla 6 y graficas 6 y 7).

En los últimos años se han logrado notables adelantos en la obtención de nuevas posibilidades terapéuticas , disponibles en la actualidad para tratar

individuos que sufren infarto agudo del miocardio. La ministración de agentes trombolíticos ha revolucionado la asistencia a estos enfermos; diversos estudios han indicado que la ministración temprana de trombolíticos produce limitación del tamaño del infarto y propicia una mejoría notable en las cifras de supervivencia a corto plazo, sin embargo quienes sobreviven a un infarto agudo del miocardio, están expuestos a un mayor peligro de nuevas crisis coronarias y muerte de origen cardiaco. Se han creado diversas estrategias terapéuticas con el fin de disminuir el riesgo de crisis cardiacas después del infarto. Se han estudiado y valorado diversos fármacos, con agentes de eficacia probada que incluyen antiplaquetarios, B-bloqueadores, é inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Hasta la actualidad poco interés se había prestado al empleo de hipolipemiantes en la prevención secundaria después del infarto agudo del miocardio. (36,38-40,46,52,57-58)

En los últimos 10 años ha surgido notable entusiasmo por varios métodos de revascularización del miocardio, tales como angioplastia y cirugía derivativa, sin poner atención a estrategias profilácticas; No existe duda con respecto a los métodos de revascularización , son de gran utilidad en el tratamiento del infarto agudo del miocardio.(37,39-42)

La población médica aceptan la importancia de la modificación de los factores mencionados, pero en realidad se ha presentado poco interés a la evaluación e inicio de métodos activos para la modificación de esta esfera. (48,50-51,56) Al conceder mayor énfasis en los aspectos profilácticos y al costo creciente de la atención médica, por lo que es necesario atender las medidas preventivas e intervenciones de utilidad probada en la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica del tipo del infarto agudo del miocardio.(43-44,46-47).

CONCLUSIONES.

1.- La frecuencia observada del Infarto Agudo del Miocardio en nuestra estudio fue mayor que la esperada con respecto a otras Unidades de Terapia Intensiva, dado que es una unidad, en un hospital que no cuenta con una unidad de cuidados coronarios.

2.-La causa única de muerte en nuestra unidad fue debido a Choque cardiogénico. Pacientes con Killip Kimball IV, del 13.2%, la mortalidad fue de 2.3%, es decir, más del 11.9% a pesar de llegar en falla cardiaca severa, presento recuperabilidad.

3.-Se ha observado un incremento en la presentación del Infarto Agudo del Miocardio en las mujeres es claro que la enfermedad coronaria empieza posterior a los 50 años, ya que existen cambios hormonales lo que favorece acumulo de lípidos y ateromas en los vasos sanguíneos (menopausia), pero con una mayor edad a la presentada por el sexo masculino, quién cuenta con más riesgo de enfermedades isquémicas dados los factores de riesgo coronario.

Con una diferencia significativa de +/- 29.2 años de edad. con significancia estadística de 89.56%, con una $p= 1.46$.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Castelli WP et al. Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham Study. *Am J Med* 1984;76:4-12.
- 2.- Wilson PWF: Established risk factors and coronary artery disease. The Framingham Study *Am J Hypertens*. 1994;7:7S-12S.
- 3.- Stampfer MJ, Hennekens CH, Manson JE, et al. Vitamin E consumption and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med*, 1993;238:1444-1449.
- 4.- Beaglehole R. International trends in coronary heart disease, mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiol Rev* 1990;12:1-15.
- 5.- Bakker AJ, Koelemay MJ, Gorgels JP et al. Troponin T and mioglobin at admission: Value of early diagnosis of acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1994;15:45-53.
- 6.- Criqui MH et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med* 1992;326:381-86.
- 7.- Cashin-Hemphill L. et al. Beneficial effects of colestipolnicin on coronary atherosclerosis: A 4-years follow-up. *JAMA* 1990;264:3013-3017.
- 8.- Furberg CD, Byington RP, Crouse JR et al. Pravastatin, lipids and major coronary events. *Am J Cardiol* 1993;72:1031-1037.
- 9.- Gaspoz JM, Lee TH, Cook et al. Outcome of patients who were admitted to a new short-stay unit to "rule-out" myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991;68:145-149.
- 10.- Hearme SE et al. Adjunctive agents to reduce ischemia, preserve myocardial function and reduce mortality: *Acute Coronary Care*, Mosby Yera Book 1995; De. 2:355-369.
- 11.- He J et al. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea: Experience in 385 male patients. *Chest* 1988;94:9-14.
- 12.- Gordon T et al. High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease. The Framingham study. *Am J Med* 1997;62:707-714.
- 13.- Kannel WB, D'Agostino RB. Risk reduction after quitting smoking. *Quality of life and cardiovascular Care* 1989;1:84-85.

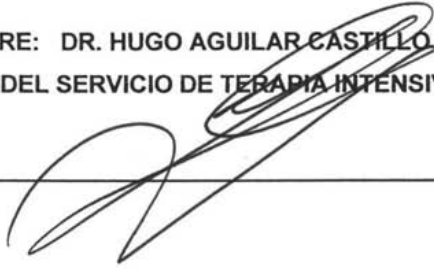
- 14.- ISIS-4 (Fourth International Study of Infarct Survival) Collaborative Group: A randomized factorial trial assessing early oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58, 0 50 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1995;345:669-685.
- 15.- Williams MI et al. Acute myocardial infarction . A guide for north Carolina doctors: NC. *Med J* 1995;56(8):390-397.
- 16.- Meldenson MA et al. Myocardial Infarction in women. *Cardiology* 1995;86(4):272-85.
- 17.- Multiple Risk factor intervention research group: Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982;248:1465-1477.
- 18.- Brensike JF et al. Effects of therapy with colestiramine on progression of coronary arteriosclerosis: Results of the NHLBI type II coronary intervention study. *Circulation* 1984;69:313-324.
- 19.- Coronary drug project research group: Clofibrate and niacin in coronary heart disease. *JAMA* 1975;231:360.381.
- 20.- Fuster V, Badimon L, Dyken ML, Vokonas PS et al. Aspirin as a therapeutic agent in cardiovascular disease. *Circulation* 1993;87: 659-675.
- 21.- Leon AS, Connett J. For the MRFIT Research Group: Physical activity and 10.5 year mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) *Int epidemiol* 1991;20:690-697.
- 22.- Kane JP, Malloy MJ, Ports TA et al. regression of coronary atherosclerosis during treatment of familial hypercholesterolemia with combined drug regimens. *JAMA* 1990;264:3007-3012.
- 23.- Lott KJA et al. Time changes of creatine kinase and creatine kinase MB isoenzyme versus discrimination values in the diagnosis of acute myocardial infarction: What is the optimal method fosdisplaying the date?. *Eur J Clin Chem Clin Biochem* 1995;33(8):491-8.
- 24.- MacMahom s et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease in older persons and women: *Lancet* 1990;335:765-774.

- 25.- Muller JE et al. Circadian variation and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 1991;325:1038-1039.
- 26.- Krumholz HM et al. Aspirin for secondary prevention after acute myocardial infarction in the elderly; prescribed used and outcomes. *Ann Intern Med* 1996;1(2)292-8.
- 27.- Goldman L et al A computer protocol to predict myocardial infarction in emergency department patients with chest pain. *N Engl J Med* 1988;318:797-803.
- 28.- Grover A. et al. The importance of early patency after acute myocardial infarction. *Curr Opin Cardiol* 1995;10(4):361-366.
- 29.- Arntzenius AC, et al. Diet, Lipoproteins, and the progression of coronary atherosclerosis: The Leiden Intervention Trial. *N Engl J Med* 1985;312:805-11.
- 30.- Bosh X, Theroux P, Waters DD, et al, Early post-infarction ischemia: Clinical angiographic and prognostic significance. *Circulation* 1997;75:988-995
- 31.- Austin MA et al, Plasma triglyceride and coronary heart disease. *Arterioscler thromb*;1991:2-14.
- 32.- Brenkenhorn DH, Azen SP, Kramsh DM et al, Coronary angiographic changes in lovastatin therapy: The monitored atherosclerosis regression study (MARS). *Ann Intern Med* 1993;119:969-976.
- 33.- Hill MF et al. Antioxidant and oxidative stress changes during heart failure subsequent to myocardial infarction in rats. *Am J Patol* 1996;148(1):291-300.
- 34.- Grundy SM et al. The place of HDL in cholesterol management: A perspective from the national cholesterol education programs. *Arch Intern Med* 1989;149:505-510.
- 35.-Lipid Research Clinics Program : The Lipids Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results.11. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *JAMA* 1984;251:365-74.
- 36.-Muscarei et al. serum C3 as a screening factor in the primary prevention of myocardial infarct. *Cardiologia* 1995;40(7):507-14.
- 37.-Lipid Research Clinics Program: The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results.1. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984;251:351-64.

- 38.-Pitt B. Reduction in cardiovascular events during treatment with pravastatin: Pooled analysis from coronary and carotid atherosclerosis. *Eur Heart J* 1994;15:487.
- 39.-Nodek et al. Increased release of NO during ischemia reduces myocardial contractility and improves metabolic dysfunction. *Circulation* 1996;93(2):356-64.
- 40.-GISSI-3: Effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate after acute myocardial infarction. *Lancet* 1994;343:1115-1122.
- 41.-GISSI-2: Six-Month survival in 20,981 patients with acute myocardial infarction randomized between alteplase and streptokinase with acute myocardial infarction randomized International study Group. *Eur Heart J* 1992;13:1692-97.
- 42.-Gill JB, et al. Prognostic importance of myocardial ischemia detected by ambulatory monitoring early after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1996;334(2):65-70.
- 43.-Adachi TJ et al. Effect of verapamil on myocardial stunning in xanthine oxidase deficient heart pre-treatment vs post ischemic treatment. *Basic Res Cardiol* 1994;89(1):16-28.
- 44.-ISIS-3: A randomized comparison of streptokinase vs tissue plasminogen activator vs anistreplase and of aspirin plus heparin vs aspirin alone among 41,299 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1992;339:753-70.
- 45.-Jeunemaitre X, Soubrier F, Kotelertsev YV et al. Molecular basis of human hypertension: Role of angiotensinogen. *Cell* 1992;71:169-180.
- 46.-Hollander JE et al. The management of cocaine-associated myocardial ischemia. *N Engl J Med* 1995;333(19):1267-72.
- 47.-Kannel WB, Wolf R, Castelli WP et al. Fibrinogen and risk of cardiovascular disease: The Framingham Study. *JAMA* 1987;258:1183-1186.
- 48.-Kasel AM et al. B2 bradykinin receptor in cultured neonatal rat cardiomyocytes mediate a negative chronotropic and negative inotropic response. *Diabetes* 1996;45 suppl 1 : 544-50.
- 49.-Keys A. Coronary heart disease in seven countries (American Heart Association Monograph 29). *Circulation* 1970;41(suppl 1):1-211.

- 50.-Zavaroni Y, Bonora E, Pagliara M et al. Risk factors for coronary artery disease in healthy persons with hyperinsulinemia and normal glucosa tolerance. *N Engl J Med* 1989;320:702-706.
- 51.-Weinberger MH. Antihypertensive therapy and lipids: Evidence mechanisms and implications. *Arch Inter Med* 1985;145:1102-1105.
- 52.-Roussean M, Lewis B, Rifkin BM. The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1990;32:1112-1119.
- 53.-Reaven GM . Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988;37:1595-1607.
- 54.-Gawaz M et al. Platelet function in acute myocardial infarction treated with direct angioplasty. *Circulation* 1996;93(2):229-37.
- 55.-Fibrinolytic Therapy trialists' colaborative Group: Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1994;343:311-22.
- 56.-Coulson CC et al. Myocardial infarction and coronary artery dissection in pregnancy. *Am J Perinatol* 1995;12(5):328-330.
- 57.-ISIS-1 (First International Study of Infarct Survival)Collaborative Group: Randomized Trial of Intravenous Atenolol among 16,027 cases of suspected myocardial infarction: ISIS -1. *Lancet* 1986; 57-66.
- 58.-ISIS -2 Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin both, or neither among: ISIS 2. *Lancet* 1988;2:340-360.

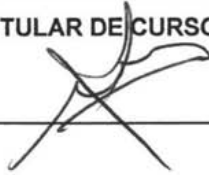
NOMBRE: DR. HUGO AGUILAR CASTILLO JS.
JEFE DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.



NOMBRE: DR. RENE LARA BADILLO .
ASESOR DE TESIS.



NOMBRE: DR. RENE LARA BADILLO.
TITULAR DE CURSO.



NOMBRE: DR. EFREN MONTOYA OROZCO.
INVESTIGADOR.



NOMBRE: DR. ROBERTO CRUZ PONCE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ FEB. 28 2003 ★

DR DARIO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.P.

