

11226
2ej
91

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"ANALIZAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, EN LA POBLACION VISTA EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA TURNO VESPERTINO DEL H. R. Z. M. F. NO. 1 - DEL I. M. S. S. EN MICHOACAN."

T E S I S

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

M E D I C I N A F A M I L I A R

P R E S E N T A

Dra. Laura Esquivel Chávez

ASESORES DE TESIS:

DR. LUIS M. FUENTES V."

Cardiólogo turno vespertino del
H. G. R. Z. con M. F. N° 1

DR. ABELARDO HERRERO DOMINGUEZ

Dermatólogo del H. G. R. Z.
con M. F. N° 1

MORELIA, MICH.

**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**

FEBRERO DE 1985.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
CAPITULO III	
JUSTIFICACION.....	6
CAPITULO IV	
OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO.....	18
CAPITULO V	
HIPOTESIS.....	19
CAPITULO VI	
MATERIAL Y METODOS.....	20
CAPITULO VII	
RESULTADOS.....	25
CAPITULO VIII	
CONCLUSIONES.....	28
CAPITULO IX	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
CAPITULO X	
GRAFICAS.....	31

CAPITULO I INTRODUCCION

Desde 1940, la enfermedad de las arterias corona---
rias, ha sido la principal causa de muerte en los Estados Uni
dos. A la edad de los 65 años, 1 de 3 hombres mostró eviden
cia clínica de cardiopatía isquémica. La cantidad de muertes
por infarto agudo del miocardio es mayor de medio millón de -
personas por año. Estas estadísticas alarmantes han dado co
mo consecuencia investigaciones para identificar cuales son -
los factores de riesgo que tienen relación con la enfermedad
de las arterias coronarias (1).

En el año de 1971 se efectuó el estudio que se cono
ció mundialmente como Estudio Framingham y que fué llevado a -
cabo en dicha ciudad del estado de Masachussetts en los Esta
dos Unidos.

El estudio fué prospectivo analizando de toda la po
blación un gran número de variables; en dicho estudio se vió
que la presencia de algunos factores se acompañaban en el cur
so de los años con una frecuencia mayor en tales pacientes --
con enfermedad de las arterias coronarias. (2)

A tales factores se les consideró como factores de
riesgo coronario. A este estudio han seguido otros muchos en
tre los que destacan: El Estudio de los 7 Países, The Natio--

nal Cooperative Roolong Proyect, Estudio Transversal, Estudio de Puerto Rico, Estudio Göteborg, el Japonés Non-San, Estudio del Condado de Evans, Estudio de Tecumseh, el del Grupo Colaboración de Occidente.

Los Estudios Epidemiológicos tienen como objetivos describir la frecuencia de la cardiopatía isquémica en diferentes grupos de poblaciones humanas e investigar los factores que determinan su aparición y su historia natural; estos estudios revelan que existen ciertos factores llamados de riesgo coronario.

Entre los diferentes estudios epidemiológicos hay 2 que sobresalen:

- 1.-Métodos de comparación de la frecuencia de la cardiopatía isquémica y de las características asociadas de grandes grupos humanos.
- 2.-Estudio de las características individuales y su relación con la frecuencia de la cardiopatía isquémica en estos estudios.

Quizás el más conocido de estos estudios sea el de Framingham y los mencionados anteriormente. Estos estudios fueron prospectivos, se iniciaron al examinar a varios miles de varones que no presentaban signos clínicos de enfermedad -

cardiaca. En cada individuo que participó, se examinaron varias características que incluyeron peso, presión arterial, química sanguínea, tabaquismo, datos electrocardiográficos de cardiopatía isquémica, dieta, tipo de vida, comportamiento -- del individuo y factores sociales. A pesar de la envergadura y del diseño cuidadoso, estos estudios no pueden considerarse como experimentos científicos definitivos. No hubo un solo estudio al azar ni controlado de una característica especial.

(2).

C A P Í T U L O II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio no existen estadísticas completas que nos permitan conocer la realidad del problema, baste señalar que se ha efectuado el diagnóstico de enfermedad de las arterias coronarias en 157 de 632, lo que equivale al 24.46 % de las consultas de primera vez efectuadas en 1984 en la consulta externa de Cardiología turno vespertino del H.G.R.Z. -- con M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Morelia, Mich.

Existen una gran variedad de factores de riesgo que se han detectado en relación a la enfermedad de las arterias coronarias, destacan las siguientes:

- Hiperlipidemia
- Hipertensión Arterial
- Tabaquismo
- Enfermedad Vascul ar Periférica
- Sedentarismo
- Stress
- Hiperuricemia
- Diabetes Mellitus
- Obesidad
- Alcoholismo
- Actividad Física
- Tipos de Personalidad

- Antecedentes Familiares.

Cuadro No. 8

En el año de 1973, el Dr. Sternlieb y cols. reportó el signo positivo de la oreja como un factor probable de riesgo. (3). Y en 1983 el Dr. Wagner señaló una alta sensibilidad y especificidad del mismo (4).

El propósito de esta tesis es familiarizar al clínico con las manifestaciones cutáneas y de muchos factores de riesgo para enfermedad de las arterias coronarias. Esto puede llevar a la detección temprana e intervención médica en aquellos casos en que existen factores de riesgo modificables.

Se espera que la modificación de dichos factores de riesgo en etapa temprana, eventualmente contribuirán a disminuir la morbi-mortalidad por enfermedad de las arterias coronarias.

C A P I T U L O III

J U S T I F I C A C I O N

Los factores de riesgo por enfermedad de las arterias coronarias son aquellas condiciones, hábitos y costumbres que se encuentran con mayor frecuencia en pacientes que desarrollan esta enfermedad al compararlos con la población general. Si se identifican adecuadamente, los factores de riesgo pueden identificar los sujetos que tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad de las arterias coronarias y la modificación de estos factores de riesgo provee a la comunidad médica de un método para prevenir el desarrollo de la misma.

Sólo hasta hace poco se ha aceptado el concepto de que la enfermedad de las arterias coronarias (EAC) debe prevenirse en los niños si se desea lograr adultos libres de esta enfermedad.

Los factores de riesgo para enfermedad de las arterias coronarias que comunmente se reconocen como tales son: hiperlipidemia, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, tolerancia anormal a la glucosa, gota, menopausia y anticonceptivos por vía bucal, obesidad, actividad física, tipos de personalidad, factores psicológicos y sociales, antecedentes-

familiares, grasas saturadas y colesterol en la dieta, enfermedad vascular periférica, diabetes mellitus y recientemente el pliegue auricular del lóbulo de la oreja. Cuadro No. 8.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO

H I P E R L I P I D E M I A

Entre los factores de riesgo coronario el que más se ha estudiado es la relación entre hiperlipidemia y cardiopatía isquémica. La relación entre colesterol sérico y cardiopatía isquémica se basa en:

- 1.-Producción de lesiones ateroscleróticas en animales de experimentación mediante el empleo de dietas ricas en colesterol.
- 2.-Naturaleza y evolución de la placa aterosclerótica en humanos.
- 3.-Presencia de hiperlipidemia en sujetos con manifestaciones clínicas de cardiopatía isquémica.
- 4.-Estudio de las hiperlipidemias de origen genético que acompañan a una cardiopatía isquémica prematura y
- 5.-Estudios epidemiológicos de poblaciones con diferentes niveles de colesterol sérico.

PRESION ARTERIAL

La elevación de la presión arterial representa un riesgo coronario. La presión arterial a menudo varía mucho, no sólo a través de los años sino también en pocos minutos, ésta puede variar por la postura, el ejercicio, el estado emocional, la temperatura ambiental y toda una gamma de factores. Se ha visto que tomada aisladamente, la presión arterial es un factor de riesgo coronario mucho más importante que el nivel de colesterol o el tabaquismo. La presión arterial tiende a subir con el tiempo, por lo tanto, sigue siendo un factor de riesgo incluso en ancianos, igual para hombres y mujeres (1).

En estudio epidemiológico realizado en nuestro país Méndez y cols. encontraron una evidencia de 11.2% de hipertensos entre mil individuos adultos mayores de 30 años, de los cuales el 85% lo ignoraba. (2).

TABAQUISMO

El tabaquismo se ha considerado como un riesgo para la salud y muy dañino para los pulmones y es un factor de riesgo importante para el infarto miocárdico y la muerte, secundarios a cardiopatía isquémica.

Quienes abandonan el hábito de fumar presentan un riesgo menor en comparación con los que siguen fumando. El estudio de Framingham parece indicar que los efectos nocivos en fumar cigarrillos puede disminuir conforme aumenta la edad. En mujeres la manifestación más frecuente de cardiopatía isquémica es la angina de pecho. El número total de casos de cardiopatía isquémica en mujeres no muestra una relación con el tabaquismo.

ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA

El estudio Framingham demostró que aquellos pacientes con enfermedad de las arterias coronarias (EAC) tenían un alto riesgo de enfermedad vascular periférica (EVP), la cual se manifestaba por claudicación intermitente. Desde entonces varios estudios han confirmado que del 46% al 61% de los pacientes con EVP conocida tenían evidencias objetivas de enfermedad de las arterias coronarias. En otra serie de 100 pacientes consecutivos con EAC conocida, coexistió EVP en el 62%. La fuerte asociación estadística entre EAC y EVP no es sorprendente, dado que la histopatología de ambas enfermedades no son diferentes una de otra.

Hay varios signos cutáneos en la EVP. La piel generalmente es seca, atrófica y brillante, algunas veces las emi

nencias hipotenares de los dedos de los pies y talón están -- atrofiados. El crecimiento ungueal es lento o está disminuído. En los hombres puede haber ausencia de vello de los dedos del pie o la parte baja de las piernas. La isquemia severa de la parte más baja de la extremidad provoca ulceración superficial de la piel. Estas úlceras son dolorosas y se localizan en forma característica en los extremos de los dedos de los pies, aunque tambien pueden encontrarse en el pie o en la parte inferior de la pierna. Cuando el talón se encuentra afectado por isquemia, inicialmente cruje y más tarde se ulcerará lentamente. Las uñas amarillas tambien se consideran como signos de enfermedad vascular periférica.

H I P E R U R I C E M I A

Desde hace mucho tiempo se conoce que los hombres -- con artritis gotosa se encuentran con mayor riesgo para desarrollar EAC. Esta asociación en hombres se vió más tarde, -- que es secundaria a otros factores de riesgo. Sin embargo, -- más tarde se descubrió que la hiperuricemia en las mujeres es un factor de riesgo independiente para EAC.

Los tofos son los signos cutáneos característicos -- encontrados en la gota, el tofo representa el depósito de -- cristales de ácido úrico (urato monosódico), en el tejido sub -- cutáneo y se encuentra generalmente en el élix y antiélix de -- la oreja y en el olécrano y la bursa prepatelar. Estas lesio

nes pueden aumentar en número y tamaño con la evolución de la enfermedad. La región afectada en los episodios agudos muestran los signos clásicos de inflamación: rubor, calor, tumor y dolor. Las lesiones son de un color asalmonado moteado y - periodicamente drenan líquido que contiene cristales de ácido úrico.

D I A B E T E S M E L L I T U S

La diabetes mellitus (DM) se ha asociado con EAC --- desde mucho tiempo atrás en la literatura médica, es una enfermedad que tiene un gran número de marcas cutáneas.

La necrobiosis lipóidica diabetorum es una lesión cutánea no isquémica que se localiza en la piel que recubre -- la tibia en el 90% de los casos. Esta se vé más frecuentemente en mujeres. Esta lesión consiste en un nódulo café que finalmente se aplanan y comunican con otras lesiones similares para formar una placa afilada circunscrita con un centro amarillento y una superficie brillante atrófica.

La dermatía diabética generalmente se inicia como pápulas rojas en la piel que recubre la cara anteroexterna de la tibia y que evolucionan gradualmente a placas escamosas -- atróficas e hiperpigmentadas. Estas lesiones se resuelven --

Lentamente en dos años aproximadamente, pero el afloramiento de nuevas lesiones da la impresión de tener una evolución no-resolutiva. Recientemente Lethner reportó tres lesiones cutáneas y que se encuentran en forma característica en los diabéticos; eritema con o sin necrosis en las piernas y pies, púrpuras, pigmentaciones localizadas en la parte inferior de las extremidades y uñas amarillas en los pies, y además lo considera como una forma de gangrena diabética, la cual tiene típicamente una zona notoria de bordes rojos, mientras que la gangrena debida a otras causas no tiene dicho borde.

MENOPAUSIA Y ANTICONCEPTIVOS POR VIA BUCAL

Las mujeres de 40 a 50 años de edad, menopáusicas, presentan una frecuencia mayor de cardiopatía isquémica que las mujeres de la misma edad que aún siguen menstruando. La probabilidad de infarto miocárdico en mujeres jóvenes que emplean anticonceptivos orales aumenta más si coexisten otros factores de riesgo, en especial diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, ya que existe un efecto acumulativo de los factores. Los anticonceptivos orales también aumentan la presión arterial y producen alteraciones en los niveles séricos de las lipoproteínas, así como trastornos de la circulación y mayor tendencia a fenómenos tromboembólicos. Los anticonceptivos que contienen elevadas dosis de progestina tien--

den a disminuir los niveles plasmáticos de lipoproteínas y -- los que tienen mucho estrógeno tienden a aumentarlos.

O B E S I D A D

Recientemente se ha puesto en duda que la obesidad desempeña un papel independiente para predisponer a la cardiopatía isquémica. Según algunos estudios, existe una relación directa entre sobrepeso e hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y trastornos de los lípidos plasmáticos y quizás debido a esto, los efectos de la obesidad quedan enmascarados por los efectos más directos de los demás factores de riesgo.

A C T I V I D A D F I S I C A

Cada vez son más los informes de que la actividad física sirve para prevenir la cardiopatía isquémica. Se discute si los beneficios de la actividad física se logran mejor con un ejercicio moderado o uno más vigoroso y prolongado o -- si sus efectos protectores se deben únicamente a que el ejercicio modifica de alguna manera los demás factores de riesgo coronario.

TIPOS DE PERSONALIDAD

A finales de la década de 1950, según Friedman y Rosenman existe un tipo de personalidad llamado tipo "A" que sería más propenso a accidentes coronarios. Rosenman lo describe como: " Es un conjunto de acción y emoción que posee y muestra un individuo que lucha continua y vigorosamente para obtener un gran número de cosas del ambiente que lo rodea en el menor tiempo posible, en contra de todas las circunstancias adversas ". Esta lucha puede consistir en tratar de alcanzar o hacer lo máximo en el menor tiempo posible sin importarle los conflictos con los demás. La personalidad tipo "A" es fuerte, agresiva, extremadamente luchadora, su mayor preocupación es su trabajo y la falta constante de tiempo, es impaciente. La probabilidad de que se presente en ellos una cardiopatía isquémica representa un doble riesgo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Los antecedentes familiares y los factores genéticos, aunados a hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa y los niveles de lipoproteínas quizás desempeñen un papel importante en la aparición de cardiopatía isquémica. Cuadro No. 8

OTROS FACTORES DE RIESGO

Se menciona en algunos estudios que los individuos con sangre tipo "O" son menos propensos a las cardiopatías isquémicas que los individuos tipo "A". Los factores de coagulación desempeñan un papel fundamental en la formación de trombos y en proceso aterosclerótico, pero no se tienen datos de que ésto aumente el riesgo de cardiopatía isquémica. Se ha dicho que un aumento a la viscosidad de la sangre puede desempeñar un papel en el desarrollo de fenómenos trombóticos y favorecer la aparición de isquemia.

Los pacientes con artritis reumatoide son menos propensos a cardiopatía isquémica y esto se atribuye a que éstos están bajo tratamiento con aspirina que impide los agregados plaquetarios. (1)

SURCO DEL LOBULO AURICULAR

El surco positivo del lóbulo auricular se describió por primera vez como un signo aural de enfermedad de las arterias coronarias en 1973. Este signo es una condición adquirida definida como una depresión diagonal en la porción del lóbulo de uno o ambos pabellones auriculares y que se extiende a una distancia mayor o igual a la tercera parte de la longitud del lóbulo auricular. Se desconoce si este signo repre--

senta una característica genética o una respuesta localizada para angiopatía generalizada. Recientemente se ha descrito una importante variación racial en la frecuencia del surco -- del lóbulo auricular. La presencia de éste se ha relacionado en forma positiva con EAC. El estudio de Sternlieb y cols. -- demostró que el 90% de los pacientes con surco del lóbulo auricular tenían enfermedad de las arterias coronarias y el 91% de pacientes sin signo del lóbulo auricular no tenían enferme-- dad de las arterias coronarias. (1, 5, 6, 7). Cuadro No. 9

TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CORONARIO

Una vez identificados los pacientes relativamente -- propensos a cardiopatía isquémica, el médico debe considerar-- las posibles medidas para el tratamiento de estos factores de riesgo, ya que muchos pueden modificarse. Al abandonar el há-- bito de fumar, se observa una disminución muy rápida de la -- frecuencia de ataques cardiacos, que se aproxima a la que se-- observa en personas que nunca han fumado en su vida. Al tra-- tar de una manera adecuada los grados de hipertensión arte--- rial entre moderados y graves, se observa una disminución de-- la mortalidad, en particular por accidentes vasculares cere-- brales e insuficiencia cardiaca congestiva, pero lo que no se ha definido es, si al modificarse disminuye la frecuencia de-- cardiopatía isquémica.

MEDIDAS PROFILACTICAS EN LA NIÑEZ

Desde la niñez se debe evitar la obesidad, una vida sedentaria y el tabaquismo. Proporcionar una nutrición sin exceso de calorías, fomentar deportes vigorosos pero no violentos. Los niños con antecedentes de cardiopatía isquémica deben estudiarse de manera más completa. (1)

C A P I T U L O I V

OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- 1.-Identificar cuales factores de riesgo se presentan - con mayor frecuencia en la población con enfermedad de las arterias coronarias y que es vista en la consulta externa de Cardiología turno vespertino del -- H.G.R.Z. con M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Morelia, - - Mich.
- 2.-Analizar la frecuencia del Signo del Lóbulo de la -- Creja en este grupo de pacientes.

C A P I T U L O V
H I P O T E S I S

HIPOTESIS NULA

A mayor cantidad de factores de riesgo encontrados en la población con enfermedad de las arterias coronarias estudiados, menor será la morbi-mortalidad en ella misma.

HIPOTESIS DE TRABAJO

A mayor cantidad de factores de riesgo encontrados en la población con enfermedad de las arterias coronarias estudiados, mayor será la morbi-mortalidad en ella misma.

C A P I T U L O VI

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se efectuó estudio retrospectivo en el que se analizaron los expedientes de 63 pacientes tomados al azar de la consulta externa de Cardiología turno vespertino, en quienes se había efectuado el diagnóstico de cardiopatía isquémica en sus diferentes modalidades: angor inestable, angor estable, infarto agudo del miocardio, infarto antiguo del miocardio, angor postinfarto al miocardio, corroborado desde el punto de vista clínico y electrocardiográfico, prueba de esfuerzo y en algunos incluso con coronariografía.

Se analizaron los factores de riesgo mencionados -- por grupos de edades y por el tipo de patología, con interés en el signo del lóbulo de la oreja, clasificándolo como existente o no y de estar presente si era uni o bilateral.

El surco auricular se clasificó en grados, se midió longitud y profundidad del mismo y se clasificó en grados a saber:

GRADO I: Abarcó 3 mm. de longitud y profundidad superficial.

GRADO II: Abarcó 6 mm. de longitud y profundidad media-superficial.

GRADO III: Abarcó 9 mm. de longitud

Cumpliendo con los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes adscritos al H.G.R.Z. con M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Morelia, Mich.
- Pacientes de cualquier edad y sexo con diagnóstico de enfermedad de las arterias coronarias.
- Periodo comprendido del 10. de marzo al 31 de octubre de 1984 detectados en la 4-30-6
- Diagnósticos establecidos a nivel de consulta externa de Cardiología turno vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes foráneos
- Diagnósticos establecidos a nivel de consulta externa de Cardiología turno matutino del H.G.R.Z con M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Morelia, Mich.

R E C U R S O S

1.-HUMANOS: Un residente II de Medicina Familiar, un médico Cardiólogo y un Dermatólogo

2.-MATERIALES: Forma 4-30-6

Forma T.A.C.

Expediente Clínico

M E T O D O S

a).-Captación de datos mediante una cédula concentrada - (libreta)

b).-Visitas domiciliarias posteriores a la captación de datos en el expediente clínico.

c).-Se buscaron los siguientes datos:

c.1. Factores de Riesgo Coronario

c.2. Surco del lóbulo auricular.

FUENTES DE INFORMACION

Para la elaboración del presente trabajo fueron necesarios los siguientes departamentos y documentos:

- 1.-Estadística y Codificación
- 2.-Archivo Clínico
- 3.-Forma 4-30-6
- 4.-Forma TAC (para obtención del domicilio de los pacientes en estudio)
- 5.-Visita domiciliaria-entrevista al paciente
- 6.-Expediente Clínico

ORGANIZACION DEL TRABAJO

- a).-Elaboración y Vo. Bo. de la solicitud del protocolo de investigación.
- b).-Identificación de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de las arterias coronarias.
 - 4-30-6 de la consulta externa de Cardiología turno-
vespertino.
 - Archivo Clínico (TAC) identificación del caso, domi
cilio particular para visita domiciliaria-entrevista al paciente.
 - Captación de datos, proceso estadístico y elaboración de gráficas.

- c).--Elaboración de la TESIS en borrador, revisión y Vo.--
Bo. por los médicos Cardiólogo (turno vespertino) y-
Dermatólogo asesores, revisión y Vo. Bo. por los mé-
dicos titular y adjunto de la Residencia de Posgrado
en Medicina Familiar.
- d).--Impresión del presente trabajo.

C A P I T U L O V I I
R E S U L T A D O S

El análisis estadístico se efectuó por medio de com
putación. Los datos que se obtuvieron fueron:

- 1.-Número de pacientes con edades mínima y máxima.
- 2.-Histograma de los grupos de edades
- 3.-Grupos de pacientes de acuerdo a diagnóstico
- 4.-Métodos de diagnóstico utilizados
- 5.-Factores de riesgo de acuerdo a la frecuencia.
- 6.-Signo del lóbulo de la oreja.

Se estudiaron 63 pacientes al azar de la consulta - externa de Cardiología turno vespertino del H.G.R.Z con M.F.- No. 1 en Morelia, Mich., tomando como único requisito el diagnóstico de enfermedad de las arterias coronarias en cualquiera de sus variedades para tratar de identificar los factores de riesgo y en forma retrospectiva buscar intencionadamente - el signo del lóbulo de la oreja, por métodos de computación se obtuvieron los siguientes resultados:

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
No.	63	33	30
%	100	52.38	47.62

De los 63 pacientes estudiados, 33 correspondieron al sexo masculino (52.38%) y 30 al sexo femenino (47.62%) con edades extremas de 36 y 82 con una media de 59.

En cuanto al grupo de edades se observó que el mayor porcentaje de enfermedad de las arterias coronarias en el sexo masculino correspondió al grupo de edades entre 65 y 70 años que equivale a un 21% y entre 75 y 80 años 24%. En el sexo femenino el grupo de mayor edad con esta enfermedad correspondió a las edades entre 55 y 60 años 16%.

En todos los pacientes se estableció el diagnóstico de cardiopatía isquémica en cualquiera de sus variedades. Los métodos de diagnóstico utilizados fueron clínico y electrocardiográfico en 56 pacientes (67%), Prueba de Esfuerzo en 14 pacientes (16%), Coronariografía en 7 de ellos (8.4%) CUADRO -- No. 7

Los factores de riesgo encontrados se aprecian en el Cuadro No. 8. Cabe señalar la frecuencia bastante alta de vida sedentaria, tabaquismo e hipertensión arterial. En la gran mayoría de los pacientes existía más de 2 factores de riesgo.

El signo del lóbulo de la oreja se encontró en los 63 pacientes, se clasificó su presencia en uni o bilateral y en grados de acuerdo a la profundidad y extensión, al grupo I se le consideró arbitrariamente una extensión de 3 mm. y profundidad superficial, al grupo II una extensión de 6 mm y medio superficial, al grupo III una extensión de 9 mm. y profundo. 43% de los casos correspondieron al grado I, 47% al grado II y el 10% al grado III.

C A P I T U L O V I I I

C O N C L U S I O N E S

La piel puede servir como un signo importante de enfermedad de las arterias coronarias subyacente. El reconocimiento de los signos cutáneos de enfermedad de las arterias coronarias puede llevar al diagnóstico y tratamiento de graves enfermedades que se sabe son factores de riesgo para esta enfermedad, por ejemplo la diabetes mellitus. Además el reconocimiento de factores de riesgo que el paciente no ha controlado tales como el surco del lóbulo auricular puede servir como un incentivo más en los pacientes para modificar su modo de vida haciéndoles ver los factores que ellos pueden controlar tales como el tabaquismo. El reconocimiento de los signos cutáneos de enfermedad de las arterias coronarias debe apurar al clínico a realizar una historia más detallada de los signos y síntomas clásicos de esta enfermedad.

La cardiopatía isquémica en nuestro país cada vez adquiere una frecuencia mayor como se refleja en el alto porcentaje de los pacientes vistos por primera vez en la consulta externa de Cardiología turno vespertino en el que 1 de cada 4 pacientes tiene dicho diagnóstico.

En nuestro medio, carecemos de tecnología sofisticada pero contamos con el recurso valiosísimo que es la clínica

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

en donde la observación como parte inicial del método científico nos brinda la oportunidad de conocer el grupo de pacientes en quienes el encontrar un número importante de factores de riesgo nos obligaría a un estudio más a fondo ya que como sabemos existe cardiopatía isquémica sin traducción en el electrocardiograma de reposo o sin la manifestación clásica de angor.

En los Estados Unidos se recomienda el efectuar prueba de esfuerzo en aquellos pacientes con importantes factores de riesgo y que tienen a su cargo la responsabilidad de un gran número de vidas como es el caso de los pilotos aviadores independientemente de que no tengan manifestaciones clínicas o eléctricas de enfermedad de las arterias coronarias. Este es otro ejemplo de cómo los factores de riesgo pueden servir de guía para un estudio detallado de un grupo seleccionado de pacientes.

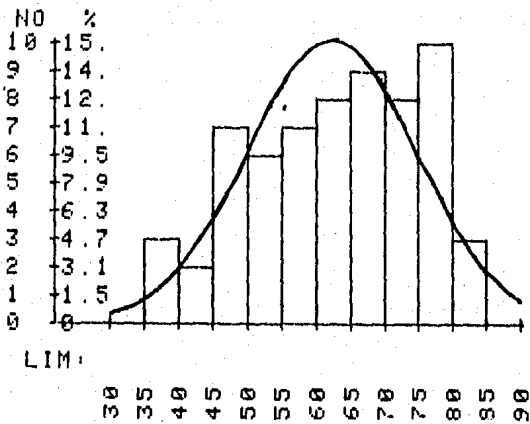
En nuestro grupo de pacientes el sedentarismo, tabaquismo, hipertensión arterial, constituyen los factores de riesgo más frecuentemente encontrados, y confirmamos la alta sensibilidad del signo del lóbulo de la oreja que fué del 100%. Este estudio sirve como pauta para estudios futuros en los que deberán analizarse la especificidad y la prevalencia de dicho signo.

C A P I T U L O I X

- 1.-Levy RI, Feinleib M: Risk factors for coronary artery disease and their management. In; Heart Disease: A textbook - of Cardiovascular Medicine. Edited by Braunwald E. Philadelphia, WB Saunders, 1980, p 1246.
- 2.-Rev.Med. del IMSS (Mex) 19:1, 1981, p 13-18
- 3.-Sterlieb JJ, Gau GT, Davis GD, et al: The ear crease sign in coronary artery disease. Circulation (suppl) 50 III:152, 1974.
- 4.-Richard F, Wagner Jr., MD and Karen Dineen Wagner, Ph.D.: - Cutaneous Signs of Coronary Artery Disease. International Journal of Dermatology 22: 215-219, May 1983.
- 5.-Shoenfield Y, Mor R, Weinberger A, et al: Diagonal ear lobe crease and coronary risk factors. J Am Geriatr Soc 27: 84, 1980.
- 6.-Kaukola S: The diagonal ear lobe crease a physical sign -- associated with coronary heart disease. Acta Med. Scand -- (suppl) 619:1, 1978
- 7.-Cristiansen JS, Mathiesen B, Andresen AR, et al: Diagonal-ear-lobe crease in coronary heart disease. N Engl J Med -- 293:308, 1975

CAPITULO X

HISTOGRAMA DEL TOTAL DE LAS EDADES DE LAS PERSONAS ESTUDIADAS.
(63 PERSONAS.)



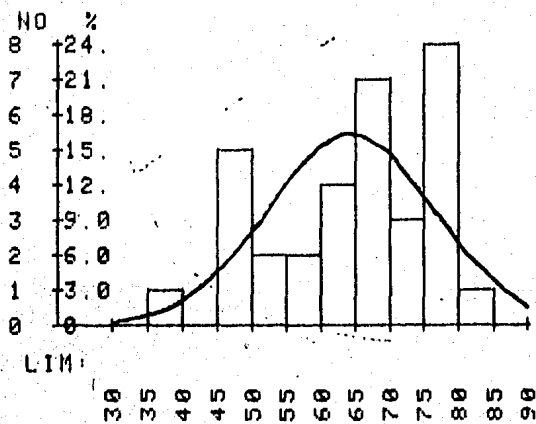
GRAFICA No. 1

ESTUDIO SOBRE FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.

Sexo	Media	Desviación Estandar
Masculino	64.36	12.03
Femenino	59.16	14.02

CUADRO No. 1

HISTOGRAMA DE LAS EDADES DE LAS PERSONAS ESTUDIADAS; MASCULINO.
(33 PERSONAS)



CUADRO No. 2

```

*****
*      SUMMARY STATISTICS      *
*      ON DATA SET:          *
*      ESTAD. DE LAS EDADES   *
*****

```

BASIC STATISTICS

Var.	# of Obs.	# of Missing
Names	30	33
FEM.	33	30
MASC.	63	0

Var.	Mean	Std. Dev.
Names	59.1667	14.0273
FEM.	64.3636	12.0307
MASC.	61.8889	13.1751

Var.	Std. Error	Coef of Variation
Names	2.5610	23.7081
FEM.	2.0943	16.5311
MASC.	1.6599	21.2884

95% CONFIDENCE INTERVAL ON MEAN

Var.	Lower Limit	Upper Limit
Names	53.9276	64.4058
FEM.	60.0967	68.6305
MASC.	58.5700	65.2078

CUADRO No. 3

ORDER STATISTICS

Var.		
Names	Maximum	Minimum
FEM.	82.0000	25.0000
MASC.	82.0000	37.0000
TOTAL	82.0000	25.0000

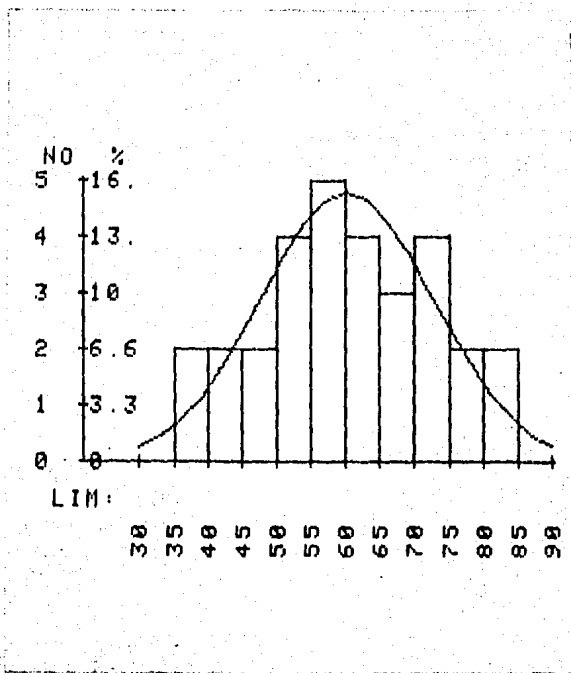
Var.		
Names	Range	Midrange
FEM.	57.0000	53.5000
MASC.	45.0000	59.5000
TOTAL	57.0000	53.5000

Var.	
Names	Median
FEM.	60.5000
MASC.	66.0000
TOTAL	64.0000

Var.		
Names	25-th %	75-th %
FEM.	50.0000	69.0000
MASC.	55.0000	74.0000
TOTAL	50.0000	72.0000

CUADRO No. 4

HISTOGRAMA DE LAS EDADES DE LAS PERSONAS ESTUDIADAS; FEMENINO.
 *(30 PERSONAS).



CUADRO NUM. 5

De los 63 pacientes estudiados se encontraron 86 --
diagnósticos. Los padecimientos diagnosticados fueron:

PADECIMIENTO DIAGNOSTICADO	No. DE CASOS	%
Infarto Antiguo del Miocardio.	20	23
Cardiopatía Mixta	25	29
Cardiopatía Isquémica	40	46

CUADRO No. 6

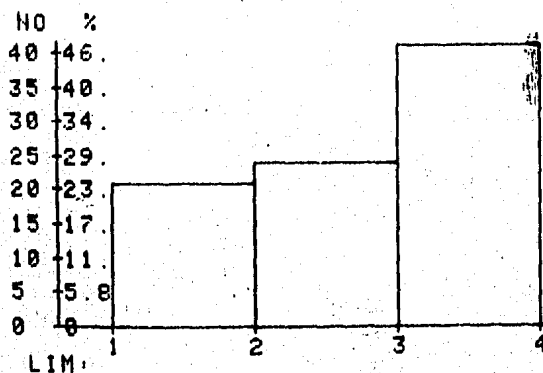
Observándose que el padecimiento predominante como-
factor de riesgo de arterias coronarias fué la cardiopatía is
quémica.

HISTOGRAMA DE LOS DIAGNOSTICOS
REALIZADOS. (63 PACIENTES Y
86 DIAGNOSTICOS)

LOS NUMEROS EN LAS ABSISAS REPRESENTAN LOS PADECIMIENTOS DIAGNOSTICADOS.

PADECIMIENTOS DIAGNOSTICADOS

1. INEARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO.
2. CARDIOPATIA MIXTA.
3. CARDIOPATIA ISQUEMICA.



CUADRO No. 6

Los métodos de diagnóstico más utilizados fueron:

Diagnóstico	Casos	%
Clínico y Electrocardiográfico	56	67
Prueba de Esfuerzo	14	16
Coronariografía	7	8.4

CUADRO No. 7

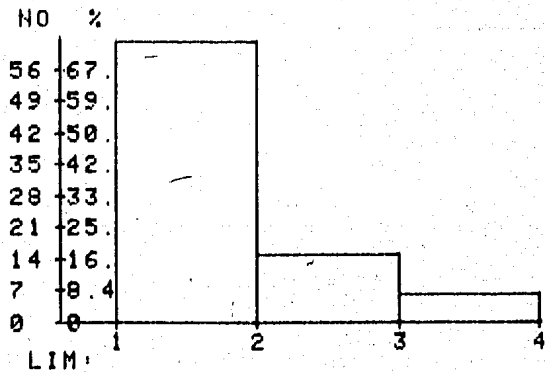
Podemos concluir que utilizando o aplicando bien la clínica podemos llegar a realizar diagnósticos de certeza y - el resto como métodos de apoyo.

HISTOGRAMA DE LOS METODOS DE DIAGNOSTICO.

LOS NUMEROS EN LAS ABSISAS REPRESENTAN LOS METODOS.

METODOS DE DIAGNOSTICO.

1. CLINICO Y ELECTROCARDIOGRAFICO.
2. PRUEBA DE ESFUERZO.
3. CORONARIOGRAFIA.



CUADRO No. 7

Como factores de riesgo predominantes en los 63 pacientes estudiados se encontraron:

Factores de Riesgo	No. de Casos	%
Sedentarismo	40	27
Tabaquismo	25	17
Hipertensión Arterial	24	16.8
Obesidad	22	14.5
Stress	20	13
Alcoholismo	8	5.3
Diabetes Mellitus	5	3.4
Hiperuricemia	2	1.6
Hiperlipidemia	1	0.7

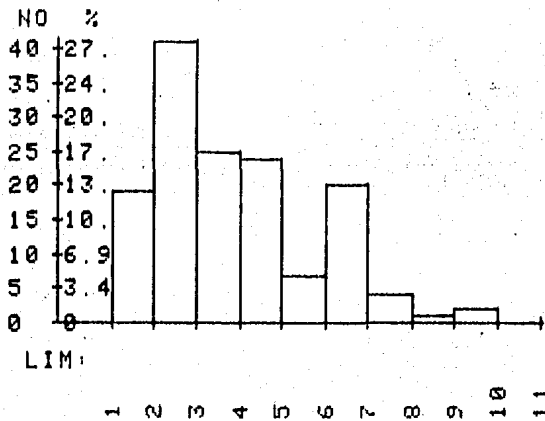
CUADRO No. 8

HISTOGRAMA DE LOS FACTORES DE RIESGO.

LOS NUMEROS EN LAS ABSISAS REPRESENTAN LOS METODOS.

FACTORES DE RIESGO.

1. STRESS.
2. SEDENTARISMO.
3. TABAQUISMO.
4. HIPERTENSION ARTERIAL.
5. ALCOHOLISMO.
6. OBESIDAD.
7. DIABETES MELLITUS.
8. HIPERLIPIDEMIA.
9. HIPERURICEMIA.



CUADRO No. 8

El signo del lóbulo de la oreja se encontró en los-
63 pacientes estudiados clasificándose:

No. de Pacientes	Signo del Lóbulo Auricular	%
30	Izquierdo	47
24	Bilateral	38
9	Derecho	14

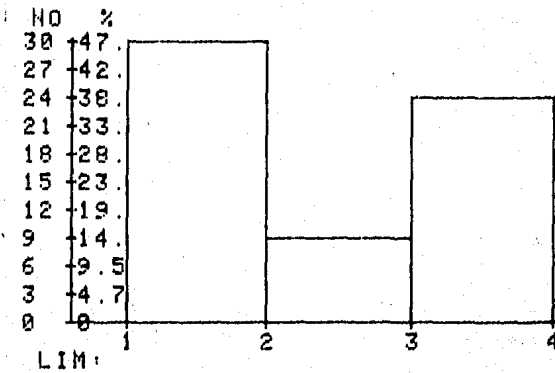
CUADRO No. 9

HISTOGRAMA DE U-B; (63 PACIENTES Y 63 OBSERVACIONES).

LOS NUMEROS EN LAS ABSISAS REPRESENTAN LO OBSERVADO.

CLASIFICACION

1. IZQUIERDO.
2. DERECHO.
3. BILATERAL.



CUADRO No. 9

La forma como se clasificó el signo del lóbulo de -
la oreja fué:

GRADO I	al	50%
GRADO II	al	45%
GRADO III	al	5%

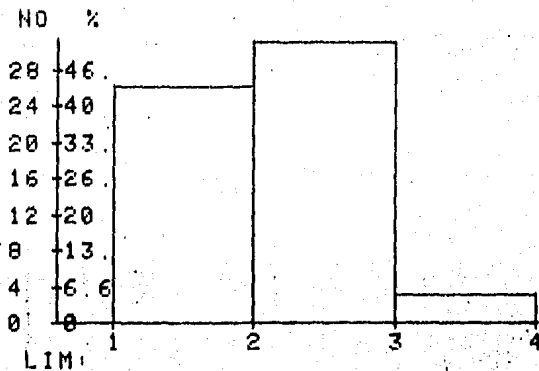
CUADRO No. 10

HISTOGRAMA DE GRADO: (63 PACIENTES Y 60 OBSERVACIONES)

LOS NUMEROS EN LAS ABSISAS REPRESENTAN LO OBSERVADO.

GRADOS OBSERVADOS.

1. GRADO I.
2. GRADO II.
3. GRADO III.



CUADRO No. 10

PIE DE FIGURA



Signo del lóbulo auricular unilateral en pacientes-
con enfermedad de las arterias coronarias.