

11220
24/78

ASESOR DE TESIS :

DR. ANTONIO CONTRERAS SANCHEZ
MEDICO FAMILIAR.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
I. M. S. S.

DR. ROBERTO UNDA CARBOT.



JEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
H. G. Z. No. 1
CD. ORBITON

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE
LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR :

DR. GILBERTO BORRERO VERDIN.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

I N D I C E

Página

- RESUMEN	(1)
- ANTECEDENTES	(3)
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	(21)
- MATERIAL Y METODOS	(22)
- RESULTADOS.....	(25)
- DISCUSION	(45)
- CONCLUSIONES	(52)
- RECOMENDACIONES	(53)
- BIBLIOGRAFIA	(54)
- CUESTIONARIO	(56)

RESUMEN :

Se estudiaron 40 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica adscritos a la UMF No.1 Cd. Obregón Sonora, de marzo 1987 a septiem -- bre del mismo año, con la finalidad de saber -- cuales son los factores de riesgo que posible -- mente lo llevaron a producir la cardiopatía -- isquémica.

Las edades más afectadas se encontraron entre los 50-59 años.

El antecedente familiar patológico, más ire -- ciente en el sexo masculino fué la hiperten -- sión arterial (31%), para el sexo femenino la obesidad con (43%).

En cuanto a los antecedentes no patológicos -- el tabaquismo ocupó primer lugar (31%), no -- siendo así para el sexo femenino ya que el se -- dentarismo ocupó (62%). La intensidad del ta -- baquismo encontrada fué de +++ para el (35%) -- de la población.

La hipertensión arterial es de considerarse -- como el factor de riesgo más importante den --

tro de los antecedentes personales patológicos ya que se encontró en sexo masculino (61%) y - (42%) para el sexo femenino.

El tiempo de evolución de los factores de riesgo el tabaquismo fué el que alcanzó mayor número de años.

Al final se hacen cuatro recomendaciones, dirigidas al médico familiar, al paciente y familiares, de la importancia del problema.

ANTECEDENTES :

La principal causa de cardiopatía después de los 40 años es la Ateroesclerosis de las arterias coronarias. En estos pacientes, el gran mecanismo productor de daño miocárdico es la isquemia, o sea el trastorno del riego sanguíneo con hipoperfusión de dicha fibra.

Se considera que hay otras causas de daño coronario, las que gruesamente pueden considerarse en un 5%, en contraposición con el 95% restante, que depende de ateroesclerosis.

EL TERMINO CARDIOPATIA CORONARIA ATEROESCLEROSA

Puesto que cardiopatía coronaria, en sus dos elementos, no implica necesariamente el origen ateroescleroso y abarca cualquier coronariopatía, parecería suficiente agregar el tercer elemento: Ateroesclerosis. Este señala que las arterias coronarias están dañadas por ateroesclerosis y producen cardiopatía.

EL TERMINO CARDIOPATIA ISQUEMICA

Es de tipo fisiológico, al señalar el gran mecanismo de daño: la hipoperfusión por isquemia.

A este respecto, solo un grupo minoritario piensa que a veces no es la isquemia el gran mecanismo de daño miocárdico, sino un trastorno metabólico celular intrínseco, pero donde la hipoxia o hipoxidosis de todos modos jugarían un papel.

ATEROESCLEROSIS EN GENERAL

Es una patología arterial productora de daño cardíaco, así como de otros órganos, en la medida que es capaz de dañar los lechos vasculares de cualquier parte del organismo.

La esperanza de vida del adulto de más de 40 años en los Estados Unidos, país que ejemplifica un alto desarrollo económico social y que cuenta con estadísticas particularmente confiables, apenas si ha aumentado en forma significativa, si se le compara con el incremento alcanzado hasta principios del siglo XX. Se sabe que el adulto en los estados unidos tiene 20% de posibilidades de presentar infarto miocárdico o muerte coronaria antes de los 65 años. De estos, el 20% de las víctimas muere en el primer episodio y dentro de las primeras horas --

del principio de los síntomas.

A la luz de los conocimientos actuales, la ate
roesclerosis puede ser definida como un padecim
iento vascular degenerativo sistémico, básica
y característicamente arteriotropo, y que con
stituye la gran causa de cardiopatía al atacar -
las coronarias, sobre todo después de los 40 -
años de vida. En lo etiopatogénico, se le ha -
relacionado, no único pero sí importantemente,
con un trastorno en el metabolismo de las grasas,
y en tal caso se trata de una variedad de
lipidosis, esencialmente angiotropa.

En lo anatómico, queda dicho que daña fundament
almente las arterias, al producirles engrosam
iento y depósito de grasa de la capa íntima, con
complicaciones agregadas (fibrosis, ulceración
trombosis, calcificaciones). En lo funcional,
tiene a la suboclusión u oclusión a distintos
niveles de los diversos lechos vasculares, y -
con ello a la hipoperfusión e isquemia tisular.
En lo clínico, evoluciona con un período próo
dromico o subclínico, asintomático, después --
con manifestaciones, en un momento dado, de di

versos "síndromes de insuficiencia arterial", según sea el territorio dañado (insuficiencia coronaria, carotídea, vertebral, basilar, vascuocerebral, axilar, radial, mesentérica, aorta abdominal, femoral etc). En lo pronóstico, y de acuerdo con estadísticas, se cree que hay signos suficientes que permiten predecir, con aceptable certidumbre, cuál es el individuo -- predispuesto, lo mismo que el que ya ha entrado a su período asintomático. Estos signos son: antecedentes familiares positivos de aterosclerosis, u otras lipoidosis, hipertensión arterial, diabetes, edad superior a los 40 años en hombres y a los 45 en las mujeres con sostenida colesterolemia sanguínea superior a 25 mg % y tensión arterial superior a 145/95, obesidad, tabaquismo, vida sedentaria y vida sometida a especial angustia.

FACTORES DE RIESGO CORONARIO

Los estudios epidemiológicos han demostrado en el ateroscleroso una larga serie de condiciones o características más frecuentemente presente en ellos.

En ausencia del conocimiento preciso de un factor etiológico único, algunos de dichos factores han sido implicados como causa, aunque es claro que pueden ser simple asociación, no necesariamente causal, dentro del mecanismo patológico.

Así un "factor de riesgo" para una enfermedad dada es frecuentemente definido como una condición o característica encontrada con más frecuencia en quienes presentan la enfermedad que - los que no lo hacen (1).

Los factores de riesgo coronario, son aquellas anomalías demostrables en personas sin cardiopatía coronaria manifiesta, que se saben es tán asociadas con un riesgo significativamente mayor de desarrollar la enfermedad en años subsecuentes. La evidencia más concluyente de su importancia se ha obtenido de investigaciones prospectivas sobre el desarrollo de cardiopa- tía coronaria en el seno de poblaciones en las que se determinó la prevalencia de caracterís- ticas sospechosas como factores de riesgo.

Afortunadamente, el señalamiento de las asocia

ciones epidemiológicas ha estimulado la realización de numerosas investigaciones clínicas, de laboratorio y de experimentación animal que han generado evidencias abundantes, consistentes y coherentes, que señalan que algunos de los factores de riesgo, identificados por la epidemiología, juegan un papel primordial en la etiología de la enfermedad aterosclerosa de las coronarias.

Más aún, ahora se cuenta con los resultados de estudios controlados prospectivos que proporcionan pruebas concluyentes de que el tratamiento oportuno de algunos factores de riesgo coronario, aisladamente o en combinación, en sujetos asintomáticos, reduce significativamente tanto la mortalidad por enfermedad coronaria, como la incidencia de infartos del miocardio. En nuestro país, no se ha realizado ningún estudio epidemiológico prospectivo que permita establecer relaciones entre ciertas características de nuestra población y el desarrollo subsecuente de enfermedad coronaria y de muestras de población sana, para determinar la prevalen

cia de las alteraciones que se han identificado como factores de riesgo coronario en otras poblaciones.

Las enfermedades del corazón aparecen por primera vez entre las diez primeras causas de mortalidad general en 1940.

Desde entonces el grupo de padecimientos cardiacos ha venido ascendiendo. Se sabe en parte que la estructura de la población es muy joven. De hecho, las tasas son considerablemente más altas en los sujetos mayores de 45 años de edad, lo cual refleja que este padecimiento produce un número significativo de muerte entre las personas que son el soporte principal del núcleo familiar (2).

Para el año de 1978, las enfermedades del corazón ocuparon, el primer lugar como causa de mortalidad en la población general con una tasa de 71.4 por 100,000 habitantes.

En 1978, las enfermedades isquémicas del corazón causaron la muerte a 14,318 personas de todas las edades del país; de ellas 1,104 eran personas de 15 a 44 años, 3,972 de 45 a 64 --

años y 9,039 de 65 años y más.

Para el año de 1982, las enfermedades del corazón ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en población usuaria de IMSS, con 3,768 defunciones y una tasa de 21.8 por 100,000 usuarios, correspondiendo al 8.6 por ciento del total de las defunciones.

Las defunciones y mortalidad por enfermedades del corazón en población usuaria de los servicios médicos del IMSS 1982; la fiebre reumática aguda y la enfermedad reumática crónica del corazón ocuparon 508 defunciones 14.1 del total y una tasa de 2.9 por 100,000 usuarios del IMSS. La enfermedad hipertensiva representó el 17.7% de las defunciones, y destaca la enfermedad isquémica del corazón con un 53.2% de las defunciones.

Cabe esperar, por el crecimiento de la esperanza de vida de la población, que en los próximos años aumenten las enfermedades cardiovasculares, y en particular la cardiopatía isquémica que en 1971 tenía una tasa de 13.8 por 100,000 habitantes y aumentó en 1978 a 21.7(3).

En el grupo de pacientes que desarrollan aterosclerosis coronaria, manifestada por el infarto del miocardio, síndrome intermedio o angina de pecho, se encuentra habitualmente uno o varios caracteres especiales que se conocen como factores de riesgo coronario.

Estos factores son:

1.- Factores no modificables:

- a. Herencia. Historia familiar de aterosclerosis.
- b. Edad
- c. Sexo

2.- Factores modificables o potencialmente controlables:

a. Mayores

1. Hiperlipidemia (colesterol y Triglicéridos)
2. Dieta alta en calorías y grasas totales, grasas saturadas, colesterol, - carbohidratos refinados y sal.
3. Hipertensión arterial.
4. Diabetes Mellitus.
5. Hábito de fumar cigarrillos.

b. Menores

1. Obesidad
2. Sedentarismo y falta de ejercicio
3. Stress: tipo de personalidad y tensiones psicosociales.
4. Uso de anticonceptivos.
5. Otros.

En los mayores la relación de causalidad es más de sospecharse, mientras que en los "menores", - la relación de causalidad es más de discutirse, y cabe preguntarse si son simple asociación.

Debemos recordar igualmente que la presencia - de un factor de riesgo no garantiza la presencia o severidad de una aterosclerosis coronaria, ni que, por el contrario, individuos carentes de él libres de poder desarrollar el padecimiento.

A mayor número de factores de riesgo presentes mayor posibilidades de presentar aterosclerosis. Así la presencia de un factor de riesgo - mayor puede duplicar la posibilidad de incidencia de aterosclerosis, y la asociación de varios de ellos puede llegar a duplicarla (efecto sinérgico). (4,5,6,7,8,9).

FACTORES GENETICOS

La aterosclerosis prematura con frecuencia parece ser familiar. En muchos casos esto puede ser atribuido a los factores de riesgo de herencia, tales como hipertensión, diabetes mellitus e hiperlipidemia.

Muchos estudios han confirmado que individuos con parientes cercanos con padecimientos ateroscleroso precoz, antes de los 50 años de edad tienen mayor riesgo de desarrollar a edad también precoz. Este riesgo ha sido incluso cuantificado como de 5 a 1.

Pese a este hecho de posible transmisión genética, no se conoce el mecanismo, ni en que forma actuaría al combinarse con los factores nutricionales y socioeconómicos, ni hasta donde la tendencia genética es modificable. Es optimista el hallazgo de que en 1 de cada 150 recién nacidos pueden encontrarse cifras de colesterol por arriba de lo normal, pero que éstas -- son corregibles por dieta y tratamiento. Ello señala la posibilidad de corregir factores de riesgo, disminuyendo una predisposición genética

ca. (10)

EDAD.

Con respecto a la edad, se sabe que a mayor -- edad, mayor tendencia a presentar cardiopatía aterosclerosa y a morir de ella. La curva, -- tanto para hombres como para mujeres, se verti caliza después de los 45-50 años, aunque a veces la correlación edad-cardiopatía esclerosa no guarda expresión linear, lo que se explica si es que hay agentes que retarden o aceleren la evolución del proceso, como serían el tipo de nutrición, las formas de vida y la asociaci ón o ausencia de otros factores aterogénicos-- (hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, taba quismo). (10)

SEXO.

Se observa un retraso de 10 a 15 años en la -- extensión de la aterosclerosis de la vascula tura coronaria, cerebral y periférica y sus se cuelas en las mujeres, en comparación con varo nes hasta cerca de los 50 años. Después de esa edad, que corresponde mas o menos a la menopa usia, los índices de enfermedad en uno y otro

sexo son similares. Esto puede representar un riesgo mayor en mujeres o un riesgo menor en varones a causa de la eliminación temprana de los varones de alto riesgo. La aceleración de la enfermedad vascular en sujetos más jóvenes con diabetes sacarina reduce las diferencias normales según el sexo. (10)

OBESIDAD.

La obesidad, en especial de 20% o más por arriba del peso ideal, produce un aumento significativo del riesgo. Sin embargo, cuando se hacen desaparecer variables asociadas, como la hipertensión, hiperlipidemia y diabetes, la obesidad por sí misma no hace ninguna contribución clara. (10)

FACTORES DE LA PERSONALIDAD.

Desde hace tiempo se ha sospechado que la angina de pecho y muerte súbita se asocia con el estrés emocional o ansiedad. El patrón de conducta tipo A (mayor agresividad, ambición, impulso de competencia y sensación crónica de urgencia) con frecuencia se asocia con muchos otros factores de riesgo, y el B inverso se --

asocia menos. (10)

HIPERLIPIDEMIA.

Tanto la hipercolesterolemia como la hipertrigliceridemia parecen ser factores de riesgo su mamente importantes en la aterosclerosis.

La hipercolesterolemia coincide con aumento en la frecuencia de cardiopatía isquémica prematura; sin embargo, su importancia varía en relación con la edad. Para ambos sexos, la frecuencia relativa al infarto del miocardio en los individuos de 30 a 49 años de edad con niveles de colesterol mayores de 260 mg%, resultó ser de tres a cinco veces mayor que para los que tenían niveles de colesterol menores de 220mg%. Parece que hay un gradiente continuo del riesgo conforme ascienden los niveles de colesterol. (11)

DIETA.

Las relaciones que hay entre la dieta y la car diopatía isquémica sigue siendo una área de grán interés y controversia.

Existe un aumento de los niveles promedio de colesterol y triglicéridos en los países muy -

desarrollados, que es un efecto del cambio tan to en la cultura total y el sistema de vida co mo en la alimentación. (11)

HIPERTENSION ARTERIAL.

Las pruebas experimentales y clínicas han de--
mostrado de manera convincente la importancia
de la presión arterial como acelerador de la -
ateroesclerosis. La presión arterial sistólica
de más de 160 mm de Hg o de diastólica de más
de 95 mm Hg producen un riesgo cinco veces ma-
yor de cardiopatía coronaria en comparación --
con personas normatensas. La hipertensión es,-
de todos, el factor de riesgo más importante -
en lo que se refiere a enfermedad clínica en -
sujetos mayores de 45 años; se ha demostrado -
que se reduce la mortalidad por infarto del mi
ocardio por el tratamiento de sujetos con hi--
pertensión aún más leve, o sea una presión --
diastólica de 90 a 104 mm de Hg. (11)

HIPERGLUCEMIA Y DIABETES MELLITUS.

Los estudios elaborados en diversas poblacio-
nes han demostrado que hay cierta relación en-
tre hiperglicemia y aterosclerosis clínicamenu

te evidente, lo que sugiere que la hiperglucemia desempeña algún papel en la aterogénesis.

En los diabéticos conocidos, tanto insulino-dependientes como los no dependientes, hay cuando menos un aumento del doble en la frecuencia de infarto del miocardio, en comparación con los no diabéticos.

Este riesgo aumenta en forma importante en los diabéticos jóvenes y las mujeres diabéticas - son mucho más propensas a sufrir cardiopatía isquémica que los hombres diabéticos. (11)

HABITO DE FUMAR CIGARRILLOS.

El tabaco, por sí mismo, provoca en los vasos arteriales una disminución del calibre, espasmo, inflamación y daño del endotelio, además - de aumentar viscosidad y agregación plaquetaria y acortar la vida media de las plaquetas. También causa inhibición de la fibrinólisis y elevación de las lipoproteínas de baja densidad.

La asociación del tabaquismo con la cardiopatía isquémica es mayor para el infarto del miocardio y la muerte súbita que para la angina--

de pecho, y está en relación con el número de cigarrillos que se fuma.

La mortalidad total, la mortalidad cardiovascular y la frecuencia de cardiopatía isquémica - son 60% más altas en los fumadores que en los no fumadores. La mortalidad entre los no fumadores y fumadores es de 1 a 2.5. El quitar o reducir el tabaquismo la hace descender del 70 - al 20%.

El riesgo de infarto del miocardio es tres veces mayor en los fumadores, y el dejar de fumar por más de dos años lo disminuye en forma tan importante que puede llegar a no considerarse como factor de riesgo coronario activo.

(12)

SEDENTARISMO Y FALTA DE EJERCICIO.

En forma general se define el ejercicio físico aeróbico como aquel con duración superior a 5 minutos y con demandas de oxígeno que no supera al aporte.

Algunos autores muestran evidencia estadística significativa de que hay elevación de "lipoproteínas protectoras", sin demostración defi-

nitivamente feaciente.

Otros autores señalan que el ejercicio físico aeróbico aumenta la actividad fibrinolítica - como mecanismo de prevención para la trombosis intracoronaria y aterosclerosis.

El ejercicio físico disminuye la glucosa sanguínea en el diabético, fenómeno trascendente ya que la diabetes, por mecanismos bien conocidos y estudiados, contribuye a la isquemia miocárdica. (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Tomando en cuenta la tendencia que han mostrado, las tasas de mortalidad por enfermedad del corazón en general, y por enfermedad coronaria en particular, consideramos un problema de salud pública creciente.

Se sabe están asociadas con uno o varios factores de riesgo.

Se ha observado que los pacientes con hipercolesterolemia, hipertensión arterial sistémica, y el hábito de fumar cigarrillos tiene una -- gran mayor incidencia de enfermedad coronaria: Debe descartarse la posibilidad de herencia en relación a obesidad, hiperlipidemia, y diabetes así como la tensión emocional.

En nuestro trabajo de investigación tratamos -- de identificar:

¿ Cuales son los factores de riesgo que posiblemente llevaron al paciente a una cardiopatía isquémica ya diagnosticados en población -- adscrita a la UMR No. 1 Cd. Obregón, Son ?

MATERIAL Y METODOS :

El presente trabajo de investigación se realizó en la UMF No.1 Cd. Obregón Sonora. mediante un estudio retrospectivo descriptivo y revisión bibliográfica, en pacientes con Diagnóstico de cardiopatía isquémica, tomando una muestra representativa del 20% de la población Adscrita, la cual corresponde a cuatro consultorios de Medicina Familiar.

El tiempo de duración del estudio fué de seis meses; se inició en el mes de marzo 1987 y terminandose en septiembre del mismo año.

Una vez localizado el paciente se le aplicó un cuestionario mediante entrevista directa (ANEXO), también se complemento la información con el expediente clínico.

Se realizó determinación de talla, peso, tensión arterial, y se tomo muestras para cuantificación de glicemia y colesterol sanguíneo. - La determinación de glicemia se realizó con el paciente previa cita y en ayunas considerando cifras normales 120 mg % .

El colesterol sanguíneo, se consideró como no normal a la persona que encontramos con cifras menores de 250mg %.

La determinación de la tensión arterial se tomó con el paciente en reposo, considerando lo normal para la diastólica 95 mm Hg, y para la sistólica 160 mm Hg.

Se clasificó el tabaquismo por medio de cruces una cruz para los que fumaban 1-10 cigarrillos diario, dos cruces 10-20 cigarrillos, tres cruces 20-30 cigarrillos y cuatro cruces para el que fuma más de 30 cigarrillos diario.

El alcoholismo también se clasificó por cruces una cruz para el tomador social u ocasional, - dos cruces para el que toma una o dos veces a la semana, tres cruces para el que toma todos los fines de semana y con cuatro cruces para - el que toma diario.

La clasificación para el obeso se hizo tomando en cuenta sexo, estatura y la edad, representándolo en grados, para el que rebasó, el 10% de su peso ideal primer grado, el 20% segundo grado, el 30% tercer grado.

Para interpretación de los resultados realizamos cuadros los cuales representan, grupos de edad y sexo, tiempo de evolución de los antecedentes patológicos, colesterol actual, glicemia, También utilizamos gráficas de barras sencillas y pasteles en los cuales representamos Grupo de edad por sexo, antecedentes familiares patológicos, antecedentes personales no patológicos, personales patológicos, tabaquismo de acuerdo a intensidad, además datos actuales en lo que respecta a obesidad, tensión arterial, - Se utilizaron como medidas de tendencia central la media, moda, y mediana, como medida de dispersión la desviación estandar.

RESULTADOS :

De los 40 pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica entrevistados en la UMR No.1 - Cd. Obregón Sonora, de marzo 1987 a Septiembre del mismo año encontramos los siguientes resultados;

Cuadro No.1 representa grupos de edad y sexo comprendidos entre los 26 años y 77 años, con un rango de 51, el promedio de edad fué de 57 años.

Grafica No.2 Observamos grupos de edad y por número de casos, encontrando que el grupo más afectado se encuentra entre los 50-59 años, -- con (47.5%). La moda fué de 57 años y una mediana de 65.5 años, desviación estándar \pm 9.4 .

Grafica No.3 en cuanto al sexo el 25% corresponden al femenino y 75% al masculino.

Grafica No. 4 se aprecian los antecedentes familiares patológicos por sexo, encontrando el mayor porcentaje para la hipertensión arterial (31%), diabetes mellitus (26%), Obesidad (26%) e infarto al miocardio (17%) para el sexo masculino.

Para el sexo femenino la hipertensión arterial ocupó el (14%), la diabetes (29%), Obesidad -- (43%), infarto al miocardio (14%).

Grafica No.5 , nos muestra los antecedentes familiares patológicos en el total del grupo en estudio permaneciendo en primer lugar la hipertensión con un porcentaje de (27%), para la -- Obesidad y diabetes mellitus un(22%), para el infarto al miocardio (15%), esto para el sexo -- masculino. En el sexo femenino la obesidad le corresponde (7%), diabetes mellitus(5%), y para la hipertensión e infarto al miocardio (2%).

Grafica No.6, representa los antecedentes personales no patológicos por sexo en pacientes -- con cardiopatía isquémica. Para el sexo masculino el que alcanzó mayor porcentaje fué el tabaquismo (31%), alcoholismo (26%), Obesidad -- (23%), y sedentarismo (20%). En el sexo femenino la obesidad ocupó un (38%), el sedentarismo (62%), tabaquismo y alcoholismo no se encontraron presentes en este sexo.

Grafica No. 7, los antecedentes no patológicos en el total del grupo en estudio, el tabaquis-

no ocupó un (57%) para el sexo masculino, (0%) para el femenino, el alcoholismo (47%) para el sexo masculino, (0%) el femenino, obesidad (48%) para el sexo masculino, el femenino (15%), sedentarismo (35%) para el sexo masculino, (25%) el femenino.

En la grafica No.8, veremos el tabaquismo de acuerdo a intensidad en los pacientes estudiados. Con una + encontramos (13%), ++ (30%), --- +++ (35%), ++++ el (22%).

Grafica No. 9, tenemos los antecedentes patológicos por sexo, para el sexo masculino la hipertensión arterial ocupó el (61%), la hipercolesterolemia (21%), y la diabetes mellitus (18%). En el sexo femenino la hipertensión arterial (42%), hipercolesterolemia (29%) y para la diabetes mellitus (29%).

Grafica No. 10, nos muestra los antecedentes patológicos en el total del grupo, la diabetes mellitus ocupó el (12%), en sexo masculino, el femenino (10%), la hipercolesterolemia (15%) - sexo masculino, el femenino (10%), la hipertensión arterial (42%) sexo masculino, el femenino (15%).

Cuadro No. 11, representa el tiempo de evolución en años de los antecedentes personales patológicos y No. de personas. Tabaquismo 23 personas, con una media en años y desviación standrt de 28.6 ± 9.4 , y rango 15-50. Alcoholismo 19 personas con media y desviación standrt 28.7 ± 10.7 , rango de 10-50, diabetes mellitus 9 personas con media y desviación standrt 8.0 ± 4.02 , rango de 3-16, hipercolesterolemia 10 personas con media y desviación standrt 8.0 ± 2.28 , rango 5-12, hipertensión arterial 23 - casos con media y desviación standrt 9.6 ± 4.7 rango de 3-23.

Grafica No. 12, grado de obesidad actual en pacientes estudiados. Para el primer grado corresponde el (70%), para el segundo (17%), y para el tercer (13%).

Grafica No. 13, encontramos con presión arterial normal (83%), leve (10%), Moderada (5%), y severa (2%).

Cuadro No. 14, glicemia actual de 61-90 encontramos 12 personas, correspondiendo (30%), de 91-120mg% 20 personas (50%), de 120 a + 8 per-

sonas con porcentaje de (20%).

Cuadro No. 15, colesterol actual de 115-160 --
mg% encontramos 4 personas que corresponde al
(10%), de 161-205 son 20 personas (50%), de --
206-250 tenemos 11 que corresponde al (27%) y
con más de 250 son 5 personas con(12.5%).

**CARDIOPATIA ISQUEMICA POR GRUPO DE EDAD Y
SEXO EN PACIENTES ADSCRITOS EN LA
U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987**

GRAFICA No. 1

(30)

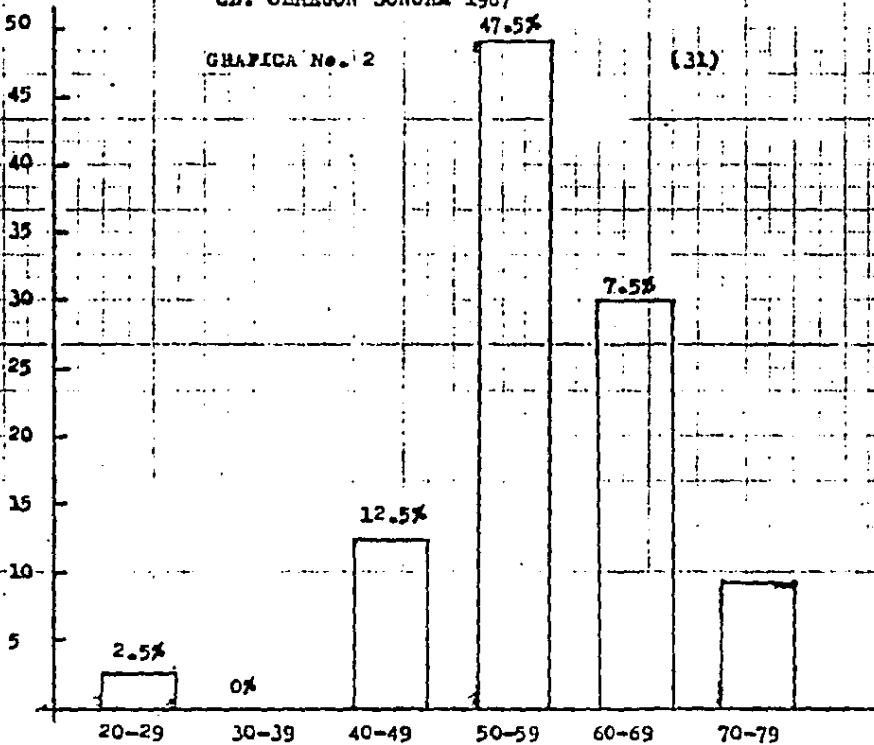
SEXO GRUPO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 — 29	0	0.0	1	3.3	1	2.5
30 — 39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40 — 49	2	20.0	3	10.0	5	12.5
50 — 59	5	50.0	14	46.6	19	47.5
60 — 69	2	20.0	10	33.3	12	30.0
70 — 79	1	10.0	2	6.6	3	7.5
TOTAL	10	100.0	30	99.8	40	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

GRUPO DE EDAD Y POR NUMERO DE CASOS EN LOS PACIENTES
CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS EN LA U M F No.1

CD. OREGON SONORA 1987

GRAFICA No. 2



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

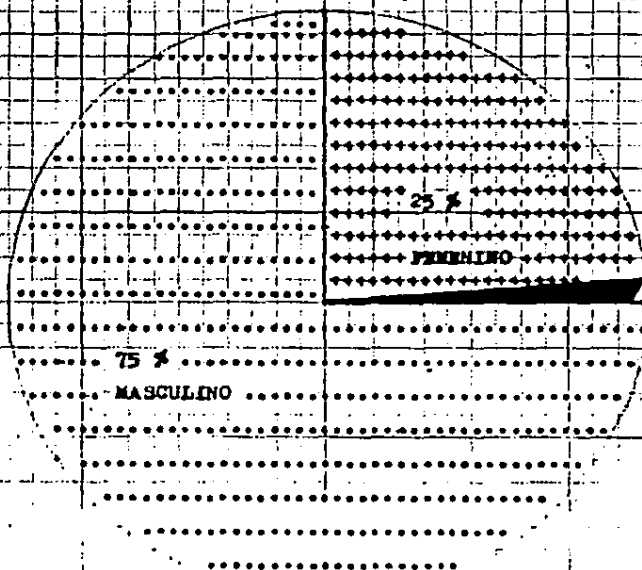
INCIDENCIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA DE ACUERDO

AL SEXO EN LOS PACIENTES ADSCRITOS EN LA

U.M.F. No. 1 CD. OBTREGON, BOB-1987

GRAFICA No. 3

(3P)



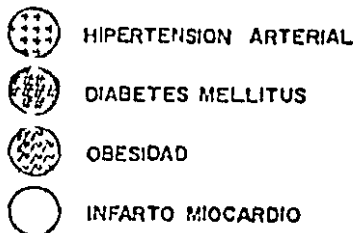
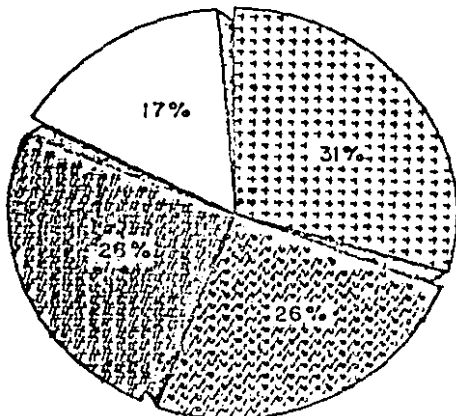
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
ENTREVISTA DIRECTA

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS POR SEXO
 EN PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
 ADSCRITO EN LA U.M.F. N°1 CD. OREGON, SON. 1987

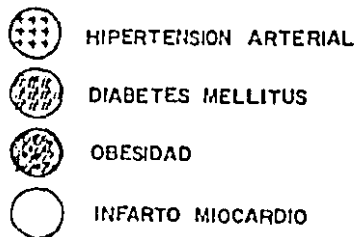
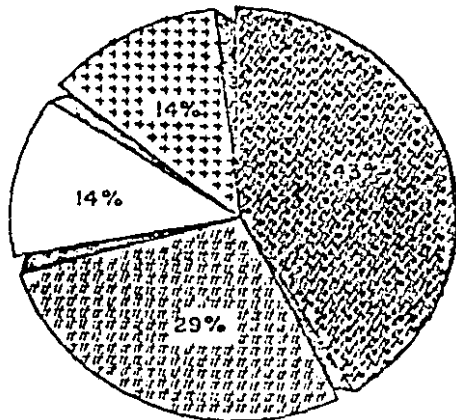
GRAFICA No. 4

(33)

MASCULINO



FEMENINO

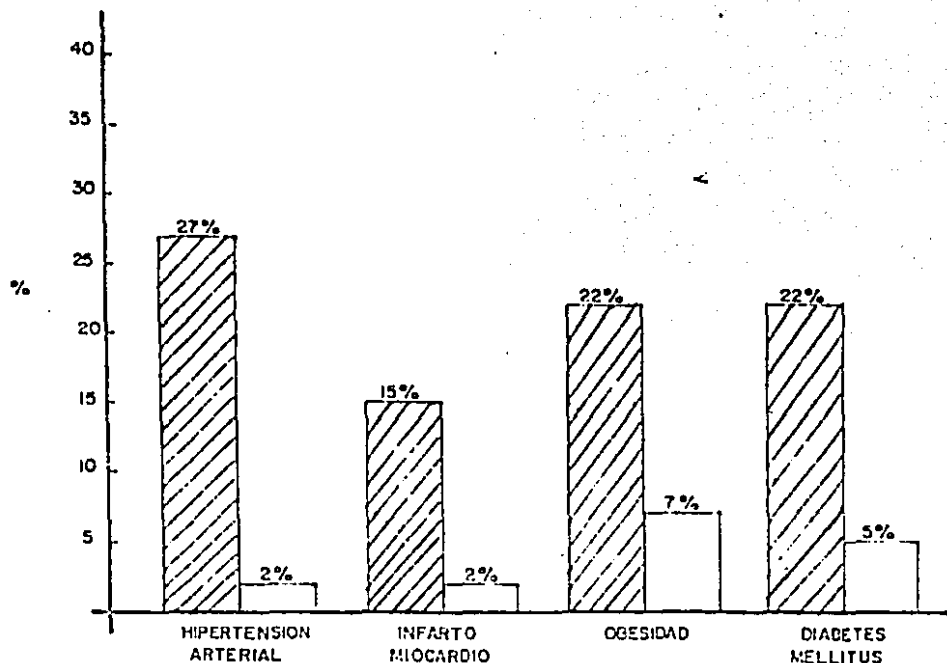


FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
 INFORMACION DIRECTA

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS EN
PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
ADSCRITOS EN LA U.M.F N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

GRAFICA no. 5

(24)



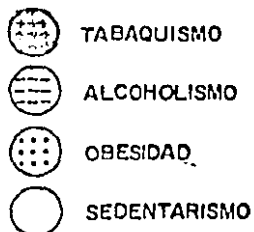
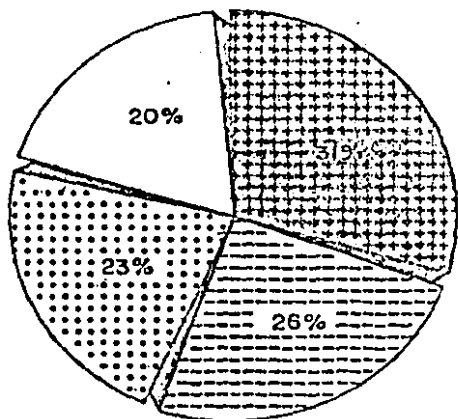
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS POR SEXO. EN PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS EN LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

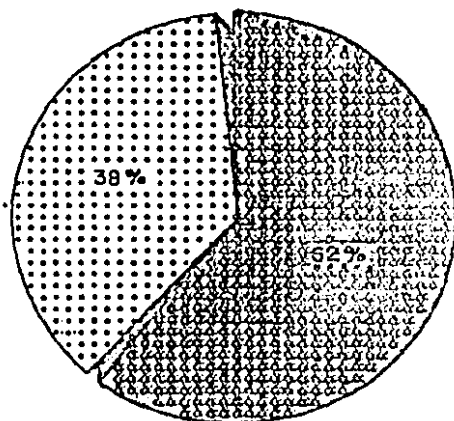
GRAFICA No. 6

(35)

MASCULINO



FEMENINO

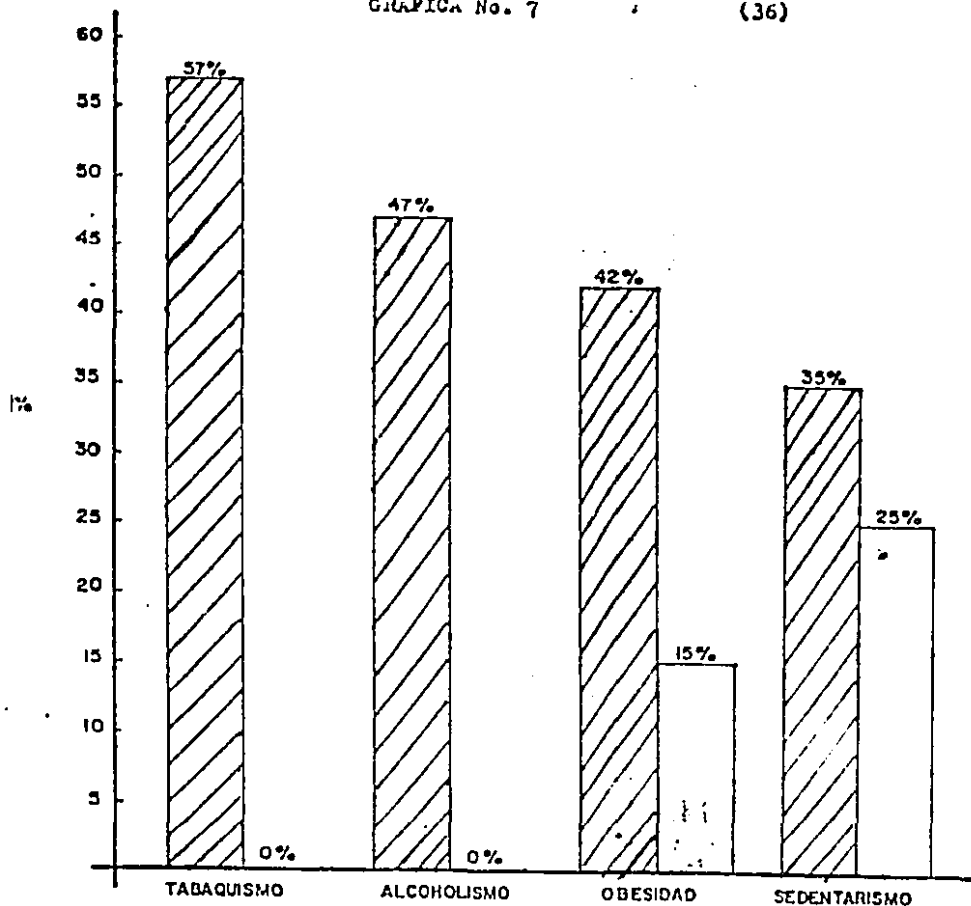




FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS EN
PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
ADSCRITOS EN LA U.M.F N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

GRAFICA No. 7

(36)



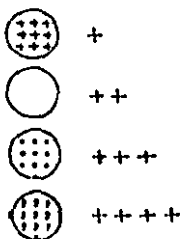
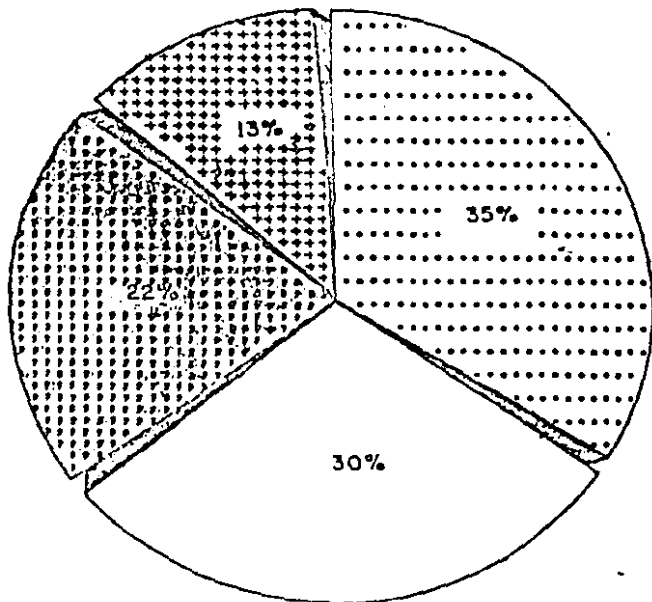
 MASCULINO
 FEMENINO

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

TABAQUISMO DE ACUERDO A INTENSIDAD EN
PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITO
EN LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

Gráfica No. 8

(37)



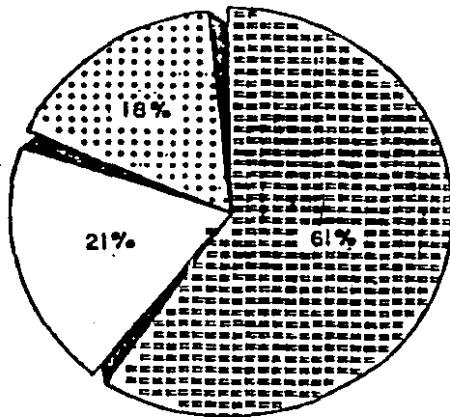
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS POR SEXO EN PACIENTES
CON CARDIOPATIA ISQUÉMICA ADSCRITOS EN
LA U.M.F. N°1 CD. OBREGÓN, SON. 1987

GRÁFICA No. 9

(38)

MASCULINO



HIPERTENSION ARTERIAL

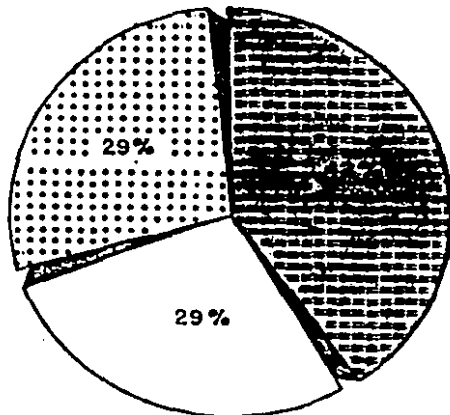


HIPERCOLESTEROLEMIA



DIABETES MELLITUS

FEMENINO



HIPERTENSION ARTERIAL



HIPERCOLESTEROLEMIA



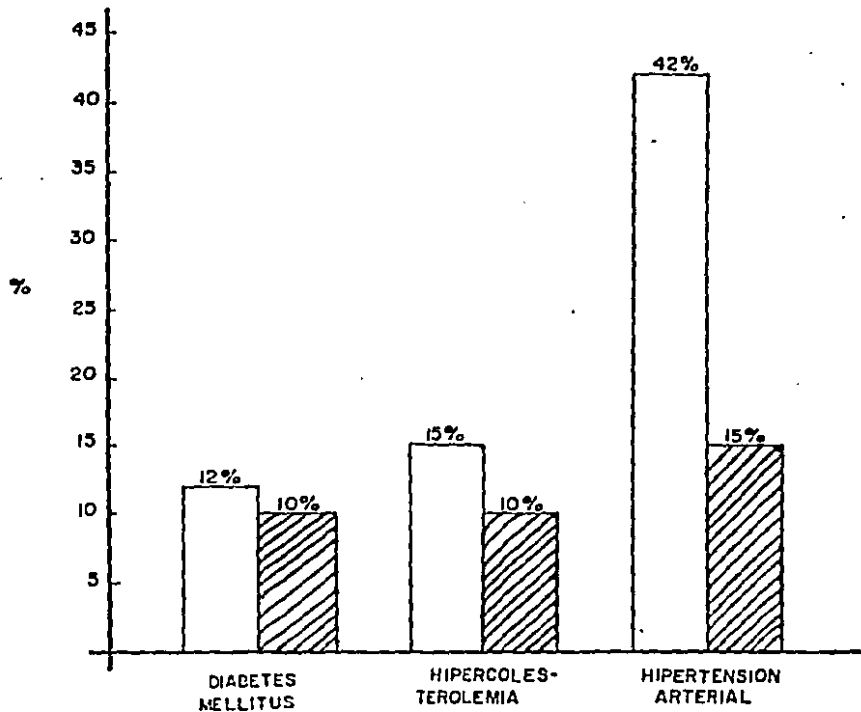
DIABETES MELLITUS

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN PACIENTES
CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS
EN LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

GRAFICA No. 10

(39)



○ MASCULINO
◐ FEMENINO

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

TIEMPO DE EVOLUCION EN AÑOS DE LOS ANTECEDENTES
 PERSONALES PATOLOGICOS EN PACIENTES CON CARDIOPATIA
 ISQUEMICA ADSCRITOS EN LA U.M.F N°1 CD.OBREGON, SON. 1987

GRAFICA No. 11

(40)

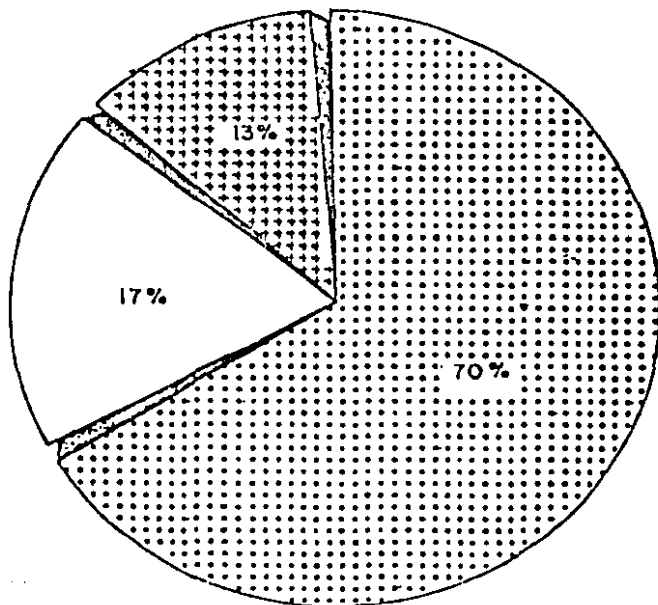
ANTECEDENTE	Nº DE PERSONAS	MEDIA EN AÑOS Y DESV. STANDARD	RANGO
TABAQUISMO	23	28.6 ± 9.4	15 — 50
ALCOHOLISMO	19	28.7 ± 10.7	10 — 50
GLICEMIA	9	8.0 ± 4.02	3 — 16
HIPERCOLESTEROLEMIA	10	8.0 ± 2.28	5 — 12
HIPERTENSION ARTERIAL	23	9.6 ± 4.7	3 — 23

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
 INFORMACION DIRECTA

**GRADO DE OBESIDAD ACTUAL EN PACIENTES
CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS
EN LA U.M.F. N°1 CD OREGON, SON. 1987**

GRAFICA No. 12

(41)



PRIMER GRADO



SEGUNDO GRADO



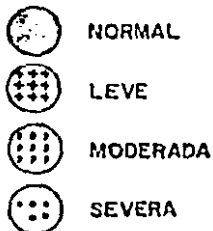
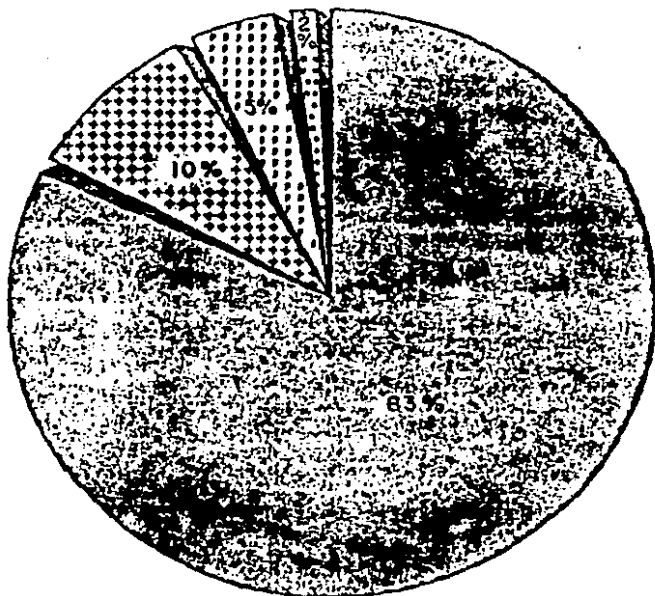
TERCER GRADO

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

PRESION ARTERIAL ACTUAL EN PACIENTES
CON CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS
EN LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

GRAFICA No. 13

(42)



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

GLICEMIA ACTUAL EN PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS EN
LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987

GRAFICA No. 14

(43)

GLICEMIA (mg.%)	N° DE PERSONAS	POR CIENTO (%)
61 — 90	12	30.0
91 — 120	20	50.0
120 — 0 MAS	8	20.0
TOTAL	40	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

**COLESTEROL ACTUAL EN PACIENTES CON
CARDIOPATIA ISQUEMICA ADSCRITOS EN
LA U.M.F. N°1 CD. OBREGON, SON. 1987**

GRAFICA No. 15

(44)

COLESTEROL (mg. %)	N° DE PERSONAS	POR CIENTO (%)
115 — 160	4	10.0
161 — 205	20	50.0
206 — 250	11	27.5
250 — O MAS	5	12.5
TOTAL	40	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
INFORMACION DIRECTA

DISCUSION :

En nuestro estudio tratamos de identificar cuales son los factores de riesgo más frecuentes que posiblemente llevaron al paciente a una -- cardiopatía isquémica ya diagnosticados en la población adscrita a la Umr No.1 Cd. Obregón - Sonora.

Del total de la población estudiada que fueron 40 personas, con variaciones de edades entre - los 26 y 77 años Grafica 1, encontramos que el grupo de edad más afectado fué entre los 50 y 59 años correspondiendo al(47%) Grafica No.2 En cuanto al sexo (25%) corresponde al femenino y (75%) al masculino.

Se sabe que a mayor edad, mayor tendencia a -- presentar cardiopatía aterosclerosa y a morir de ella (10), También se observa un retraso de 10 a 15 años en la extensión de aterosclero-- sis de la vasculatura coronaria, cerebral y pe-- riférica y sus secuelas en las mujeres, en comparación con los varones hasta cerca de los 50 años. Después de esa edad que corresponde más

o menos a la menopausia, los índices de enfermedad son similares en una y otro sexo. (11)

De los antecedentes familiares patológicos, en contramos que el sexo masculino predominó la hipertensión arterial con (31%), para el sexo femenino la obesidad alcanzó el (43%) la cual ocupó primer lugar. Grafica No.4.

De aquí lo importante para tomar en consideración como antecedente familiar la hipertensión arterial y obesidad como factores de riesgo co ronario, sin menospreciar la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia.

La aterosclerosis prematura con frecuencia pa rece ser familiar, muchos estudios han confirmado que individuos con pacientes cercanos con padecimientos aterosclerosos precoz, antes de los 50 años de edad, tienen mayor riesgo de de sarrollar a edad también precoz. (10)

Los antecedentes personales no patológicos encontrados en nuestro estudio, para el sexo mas culino el tabaquismo ocupó (31%), siendo el -- más alto, seguido por alcoholismo(26%), obesidad (23%), y sedentarismo (20%). En sexo feme-

nino el sedentarismo ocupó (62%), obesidad -- (38%). Esto hace ver que el tabaquismo como antecedente no patológico es de gran importancia como contribuyente para cardiopatía isquémica en el sexo masculino, no siendo así para el sexo femenino ya que en este predominó el sedentarismo. Grafica No. 6

En cuanto a la intensidad del tabaquismo el mayor porcentaje (35%) lo ocupó la población que fuma más de 20 cigarrillos diarios. Grafica No 8. El tabaco, por sí mismo, provoca en los vasos arteriales una disminución del calibre, espasmo, inflamación y daño del endotelio, además de aumentar viscosidad y agregación plaquetaria y acortar vida media de las plaquetas, -también causa inhibición de la fibrinólisis y elevación de las lipoproteínas de baja densidad.

La asociación del tabaquismo con cardiopatía -isquémica es mayor para el infarto del miocardio y la muerte súbita que para la angina de -pecho, y está en relación con el número de cigarrillos que se fuma.

La frecuencia de cardiopatía isquémica son 60% más altas en los fumadores que en los no fumadores. Su mortalidad entre los no fumadores y fumadores es de 1 a 3. El quitar o reducir el tabaquismo la hace descender del 70 al 20% (12) De los antecedentes personales patológicos el que predominó en ambos sexos fué la hipertensión arterial (61%) para el sexo masculino y (42%) para sexo femenino. Grafica No.9

Seguidos ambos sexos por hipercolesterolemia y diabetes con porcentajes casi similares. Grafica No. 10

La presión arterial sistólica de más de 160 mm Hg o diastólica de más de 95 mm Hg producen un riesgo cinco veces mayor de cardiopatía coronaria en comparación con personas normotensas. - La hipertensión es, de todos, el factor de riesgo más importante en lo que se refiere a enfermedad clínica en sujetos mayores de 45 años (11).

En los diabéticos conocidos, hay cuando menos un aumento del doble en la frecuencia de infarto del miocardio, en comparación con los no --

ESTA TERCERA PARTE DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

diabéticos. (12)

La hipercolesterolemia como la hipergliceridemia coincide con aumento en la frecuencia de cardiopatía isquémica prematura. Los niveles de colesterol mayores de 260 mg%, resultó ser de tres a cinco veces mayor en frecuencia para el infarto al miocardio que para los que tenían niveles de colesterol menor de 220 mg%. Parece que hay un gradiente continuo del riesgo conforme ascienden los niveles de colesterol.

(11)

En cuanto al tiempo de evolución de los factores de riesgo, encontramos que el tabaquismo ocupa el mayor número de años de evolución con una media y desviación standrt de 28.6 ± 9.4 , para la hipercolesterolemia una media con desviación estandrt de 9.0 ± 4.7 , la diabetes mellitus 8.0 ± 2.28 , y la hipertensión arterial 9.6 ± 4.7 Grafica 11 .

Esto nos hace ver que el tabaquismo ocupó el primer lugar en cuanto al mayor tiempo de evolución, seguido por hipercolesterolemia, diabetes e hipertensión.

De los datos actuales encontramos en los pa --
cientes estudiados, la obesidad fué de primer
grado (70%), segundo y tercer grado el resto.

Grafica No. 12

La obesidad, en especial de 20% o más arriba --
del peso ideal, produce un aumento significati
vo del riesgo. Sin embargo cuando se hacen desa...
parecer variables asociadas, la obesidad por -
sí misma no hace ninguna contribución clara.

(10)

Los datos actuales de presión arterial, fueron
para los que tenían cifras dentro de lo normal
(83%), leve (10%), moderada (5%), severa (2%)

Grafica No.13

Aquí observamos que el control de la población
con este factor de riesgo es aceptable, aunque
no deberíamos encontrar ningún paciente con ci
fras mayor de 95/160 mm Hg.

La glicemia actual encontrada fué, solo (20%) -
los pacientes que rebasaban cifras mayores de
120 mg%. Cuadro No.14

Estas cifras son de considerarse ya que el por
centaje es alto de las personas que están por

(51)

arriba de cifras normales.

El colesterol (50%) de la población en estudio mantiene cifras de 206-259 y solo (12.5%), están por arriba de 250 mg%. Cuadro No. 15

CONCLUSIONES :

- 1.- La edad más afectada por cardiopatía isquémica en la población estudiada adscrita a la UMF No.1 se encuentra entre los 50-59 años, con predominio del sexo masculino.
- 2.- El factor de riesgo más importante como antecedente familiar patológico es la hipertensión arterial.
- 3.- El antecedente no patológico como factor de riesgo principal para el sexo masculino fué el tabaquismo y para el femenino el sedentarismo.
- 4.- La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante como antecedente personal patológico en ambos sexos, seguido por hipercolesterolemia y diabetes mellitus.
- 5.- En cuanto al tiempo de evolución en años de factores de riesgo el tabaquismo alcanzó mayor tiempo de evolución.

RECOMENDACIONES :

- 1.- Tener presente la posibilidad de factores de riesgo coronario en pacientes mayores - de 26 años.
- 2.- Educar y hacer promoción en todo paciente, tratando de evitar o disminuir el tabaquismo, fomentar el ejercicio físico aeróbico, el seguimiento de una dieta adecuada, baja en grasas y mantenerse en peso ideal.
- 3.- El paciente que tenga antecedentes patológicos como factor de riesgo, ofrecerle un control adecuado por medio de citas periódicas y exámenes de laboratorio.
- 4.- La posibilidad de formación de clubes, para agrupar a los pacientes y familiares, - dandoles pláticas para ampliar el conocimiento del padecimiento y sus complicaciones, así como la importancia de llevar un control adecuado.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Chavez. Cardiopatía Isquémica por aterosclerosis coronaria. Salvat Mexicana de Ediciones. México 1979.
- 2.- Zorrilla. Factores de riesgo coronario en la población Mexicana. Rev. Archivo del -- Instituto de Cardiología de México. Vol 55 Pag 405-409, Sep-Oct 1985.
- 3.- Amescua V.F.- Factores de riesgo Coronario. Bol. Méd. IMSS, 20, 243-8, 1978.
- 4.- Averbach O.- Cigarette Smoking and Coronary Artery Disease, Chest 70 (6); 679-705. Dec. 1976.
- 5.- Ball K.- Smoking and the Heart.- Lancet - 832-26, Oct. 1974.
- 6.- Méndez L. Alvarez R. Ordoñez B.R. Figueroa Estudio Epidemiológico de la Hipertensión Arterial y de la Isquemia cardíaca. V Congreso Nacional de Cardiología, Torreón -- Coah. 1967.
- 7.- Méndez L.- Hipertensión Arterial. An. Act. Méd. IMSS, Fasc. I, 119-26, 1969.
- 8.- Serrano P. Magos C.- Aterosclerosis. El -

- papel de la Hiperlipidemia. Asp. Cl. de -
la Hiperlipidemia. ICF: 7, 1973.
- 9.- Estadísticas Vitales de los Estados Uni--
dos Mexicanos. Secretaria de Salubridad y
Asistencia, México, 1978.
 - 10.- Harrison. Tratado de medicina interna, Mc
Hill. 10ma Edición. 1986.
 - 11.- Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna -
12va Edición. 1986.
 - 12.- Espinoza. Tabaquismo y Cardiopatía Isqué-
mica. Rev. Mexicana de Cardiología Aplicada
da. Vol V No. 3, 1987.
 - 13.- Bisteni. El ejercicio físico en la prevenci
ción de la aterosclerosis coronaria. Rev.
Archivo del Instituto de Cardiología de -
México. Vol. 55: 377-379, 1985.

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUEMICA
AMBULATORIA EN LA UMF No. 1 CDI OBREGON SONORA

FECHA _____ AFILIACION _____ CLINICA _____
NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
DOMICILIO _____ TELEFONO _____
OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS;

HIPERTENSION ARTERIAL..... SI___ NO___
INFARTO AL MIOCARDIO..... SI___ NO___
OBESIDAD..... SI___ NO___
DIABETES MELLITUS..... SI___ NO___

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

EVOLUCION

TABAQUISMO..... SI___ NO___ INTENSIDAD _____
ALCOHOLISMO..... SI___ NO___ INTENSIDAD _____
OBESIDAD!..... SI___ NO___ 1er ___ 2do ___ 3er Grado _____
GLICEMIA ANORMAL..... SI___ NO___ _____
HIPERCOLESTEROLEMIA..... SI___ NO___ _____
HIPERTENSION ARTERIAL..... SI___ NO___ _____
SEDENTARISMO..... SI___ NO___ _____

DATOS ACTUALES:

PESO _____ ESTATURA _____
COLESTEROL _____ GLICEMIA _____
TENSION ARTERIAL _____