

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo"

Actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial

Dr. José Manuel Madrazo Ríos y Lic. América María Madrazo Machado

Resumen

Se presentaron las principales tasas de morbilidad-mortalidad por cardiopatía isquémica (CI) en algunos países del mundo incluida Cuba, lo que constituye una gran problemática epidemiológica universal. Se expusieron y clasificaron los actuales factores de riesgo aterogénicos y coronarios, en la génesis de la cardiopatía isquémica.

Palabras clave: Factores de riesgo aterogénico y coronarios, cardiopatía isquémica.

Las enfermedades cardiovasculares aportan el mayor número de defunciones anuales en todo el planeta, por lo que se les considera un verdadero azote de la humanidad; dentro de estas cobra relevancia especial la cardiopatía isquémica (CI) por exhibir las mayores tasas de mortalidad universal,¹⁻³ e incluso los autores han pensado, dado su expansión, en proponer el término de epidemia. Esto a escala mundial conforma un escenario epidemiológico de particular relevancia, donde por solo ejemplificar algunas tasas de morbilidad-mortalidad en disímiles países, cabe decir que en México la CI alcanza 41,9 % del total de defunciones anuales por enfermedades del corazón, las que a su vez reportan 69,4 % del cómputo total de fallecidos de ese país;⁴ en EE. UU. continúa siendo la primera causa de muerte,⁵ al igual que en el continente Europeo, donde países como España, tienen 40 % de mortalidad por CI, dentro de 60 % de fallecimientos de causa cardíaca en general;⁷ estudios como el REGICOR arrojó tasas de mortalidad de hasta 183 por 100 000 habitantes.⁸ La magnitud del problema también involucra a Cuba con serias afectaciones, donde la incidencia de CI además de incrementarse ocurre más tempranamente; en la década de los ochenta llegó a presentar tasas de hasta 144,2 por 100 000 habitantes, en los noventa ascendió a 173,4 para continuar perpetuándose como la primera causa de muerte; en el año 2000, independientemente de los incuestionables avances alcanzados en materia de cardiología, presentó cifras de 152,2, y en el 2003, increíblemente exhibió una tasa de 153,1 por 100 000 habitantes; esto es francamente alarmante y debe ser disminuido.⁹

La cardiopatía isquémica (CI), dada por el compromiso aterosclerótico de las arterias coronarias y la

consiguiente disminución del aporte de oxígeno miocárdico ocasiona modificaciones en el metabolismo celular y en su función, teniendo como particular expresión clínica a los accidentes coronarios agudos. Múltiples han sido los esfuerzos investigativos en su detección causal y existe consenso del carácter multifactorial en la génesis de este proceso, donde obviamente su factor etiológico fundamental lo constituye la aterosclerosis (AS) coronaria, unida a los espasmos coronarios, sin olvidar los factores de riesgo aterogénico, compuestos de forma más dinámica por aquellas condicionales que precediendo a la enfermedad mantienen con esta una significativa correlación estadística y un fuerte poder predictivo, lo que establece los mecanismos patogénicos basados en observaciones básicas y clínicas. Tales factores están constituidos, en grado mayor, por la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las hiperlipoproteinemias; y en menor grado, estarían integrados por el tabaquismo, las dietas ricas en colesterol y grasas, la obesidad, el sedentarismo, el estrés de la vida moderna con el típico patrón conductual tipo A, descrito por *Rosenman* y otros, y la herencia; esta última es para nosotros de vital importancia porque no puede ser modificada, al igual que la edad y el sexo. Además de estos factores de riesgo, recientemente se han señalado otros como la hiperhomocisteinemia, el aumento de lipoproteína A, alteraciones del balance entre radicales oxidantes y antioxidantes (estrés oxidativos), hipercoagulabilidad, el polimorfismo del gen de la enzima convertidora de la angiotensina, la presencia de antígeno leucocitario humano (HLA-DR), las infecciones crónicas, las alteraciones del óxido nítrico, así como la tan en boga inflamación (mecanismo clave en la aterogénesis, por la liberación de su mediador químico citosina). Todo lo anterior, en sentido general, marca la poligenicidad en la patogenia de la AS. La OMS define el término de aterosclerosis, como un proceso que denota el resultado de la reacción de un organismo genéticamente condicionado en interacción con su medio ambiente en un período de tiempo de toda la vida. Por todo lo antes expuesto y sin relegar a un plano inferior los factores modificables (dependientes e independientes), se le da valor prioritario a factores que hasta ahora no son modificables y dentro de estos a los heredo familiares.

Es tarea priorizable de la cardiología de este tiempo la especial atención a la cardiopatía isquémica. Cuba ha prestado consideración especial a las características, concentración y frecuencia de la CI, principalmente en grupos de población, incluidos los adolescentes genéticamente más expuestos, a modo de que con el desarrollo de la medicina preventiva, en edades tempranas de la vida se pueda evitar en la descendencia, hasta cierto punto, el riesgo que le impone la lotería genética.

Current atherogenic risk factors in the genesis of ischemic heart disease

Summary

The main morbidity-mortality rates from ischemic heart disease in some countries of the world, including Cuba, are presented. It is a great universal epidemiological problem. The present atherogenic and coronary risk factors in the genesis of ischemic heart disease are exposed and classified.

Key words: Atherogenic and coronary risk factors, ischemic heart disease.

Referencias bibliográficas

1. Informe anual MINSAP. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(6):590-94.
2. WHO. Ischaemic heart disease mortality age standardised rates among men and women aged 15-74 years Scotland in context of maximum, minimum, and mean rates for 17 western European countries. Source: WHOSIS; 2002.p. 1-18
3. Wood D, de Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998;19:1434-503.
4. Subsecretaria de Planeación. Dirección General de Estadística e Informática Mortalidad. México, D.F.;1995. p.1-21.
5. Gillum RF. Trends in acute myocardial infarction and coronary heart disease death in the United States. J Am Coll Cardiol 1994;23:1273-7.
6. Villar Alvarez F. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). Med Clin Barc 1998;110:321-7.
7. Medrano MJ. Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas (1): mortalidad y morbilidad. Bol Epidemiol Semanal 1998;6:149-53.
8. Tunstall H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. Lancet 1999;353:1547-57.
9. Cuba. MINSAP. Mortalidad por enfermedades del Corazón. 1970, 1980, 2001-2003. Anuario 2003. p.1-23.

Recibido: 3 de marzo de 2005. Aprobado: 4 de abril de 2005.

Dr. *José Manuel Madrazo Ríos*. Calle 30 No. 114. Miramar. Playa. Ciudad de La Habana. Teléf: 202-2262. Correo electrónico: jose.madrazo@infomed.sld.cu