
Editorial

Hospital Clínicoquirúrgico "Comandante Manuel Fajardo"
Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo"

Enfermedad coronaria aterosclerosa. Nuevos factores de riesgo

Cuando hablamos de enfermedad coronaria, nos estamos refiriendo a algún proceso patológico que compromete a las arterias coronarias; este proceso es por lo general la aterosclerosis, que produce un daño del árbol coronario que implica la disminución del aporte sanguíneo miocárdico con el consiguiente trastorno del metabolismo celular, lo cual ocasiona modificaciones en su función y la aparición de isquemia en la zona cardíaca afectada. La expresión clínica más genuina de este fenómeno lo constituyen los accidentes coronarios agudos; dentro de estos cobra particular importancia el Infarto miocárdico (IM), responsable del mayor número de defunciones anuales a escala mundial. 1,2 Esto también involucra a nuestro país, donde las tasas de morbilidad y mortalidad en principio fueron *in crescendo* y, en la década de los noventa ascendió a 173,4 por 100 000 hab, aunque dado los constantes esfuerzos de nuestro órganos de salud y gobierno en disminuirlo, tales tasas se han logrado reducir en cierto grado en los últimos años; en el año 2000, descendieron a cifras de 152,2 y en el 2003, increíblemente se presentó una tasa de 153,1 por 100 000 hab. 3

Existe consenso de la multicausalidad en la génesis de este proceso, y su factor etiológico fundamental lo constituye la aterosclerosis (AS) coronaria y otros, como los espasmos coronarios y los llamados factores de riesgo aterogénico. Tales factores lo constituyen, en grado mayor: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las hiperlipoproteínemias 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 ya que no puede ser modificada, al igual que la edad y el sexo. 4,5 Además de estos factores clásicos ya conocidos, recientemente se han descrito otros, que se les han dado en llamar “nuevos factores de riesgo”, conformados por: 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 voga inflamación (mecanismo clave en la aterogénesis, por la liberación de su

mediador químico citosina). Todo lo antes expuesto denota la multifactorialidad en la patogenia de la AS, la que ha sido definida por la OMS, como la resultante, de la reacción de un organismo genéticamente condicionado en interacción con su medio ambiente en un período de toda la vida.

Hechas las anteriores observaciones, consideramos prudente ordenar de forma sencilla y a modo clasificatorio algunos factores de causalidad y/o asociados a la AS, múltiples influjos aterógenos o factores de riesgo coronario (FRC). Así tendríamos: a) Factores no modificables, como la edad, el sexo y la herencia; b) Modificables, que se subdividen en b-1) independientes: hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia LDL, tabaquismo, diabetes mellitus, hipoalfalipoproteinemia, y en b-2) dependientes: obesidad, sedentarismo, menopausia, factores trombóticos, lipoproteína A elevada, infecciones por diversos agentes virales como el citomegalovirus, el virus del herpes, o infecciones bacterianas, hiperhomocisteinemia y factores psicosociales, incluidas las llamadas “esposas infartogénicas.” 6,7 Aunque, según los resultados de estudios epidemiológicos como los de Framingham y el MRFIT (*Multiple Risk Factor Intervention Trial*), en 7 países, el exceso de LDLcol sigue siendo el mayor responsable del proceso aterogénico, por depositarse en las paredes arteriales. 8,9

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

Referencias bibliográficas

1. 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 (May 2002).p 1-18
2. 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.
3. Informe anual MINSAP. Prevalencia y factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr .1998; 14 (6):590-4.
4. Greenland P, Sydney C, Grundy S. Improving coronary heart disease risk assessment in asymptomatic people. Role of traditional risk factors and non-invasive cardiovascular events. Circulation. 2001;104:1863-7.
5. Thompson GR, Partridge J. Coronary calcification score: the coronary-risk impact factor. Lancet. 2004;363:557-9.
6. Stamler J, Dyer AR, Shekelle RB. Relationship of baseline major risk factors to coronary and all causes mortality, and to longevity: Findings from long-term follow-up of Chicago cohorts. Cardiology. 1993;82:191-222.

7. Wood D, Durrington P, Poulter N, McInnes G, Reen A, Wray R. Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice. *B M J*. 2000;320(7236):705-8.
8. Programa actualización continua para cardiología. Aterosclerosis y sus precursores. Factores de riesgo. (2003) Disponible: <http://www.drscope.com/pac/cardiología/b4/index.htm>.
9. Mahley RW. Biochemistry and physiology of lipid and lipoprotein metabolism. En: Becker KL (ed). *Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism*, 2nd ed. Philadelphia : JB Lippincott;1995. p. 1369-78.

Recibido: 26 de mayo de 2005. Aprobado: 2 de junio de 2005.

Dr. José Manuel Madrazo Ríos

Especialista de II Grado en Cardiología.
