

Médica Sur

Volumen **10**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2003**
October-December

Artículo:

Detección en los factores de riesgo en la génesis de las cardiopatías

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Detección en los factores de riesgo en la génesis de las cardiopatías*

Dra. Sandra García López**

Resumen

Es bien conocido que dentro del desarrollo de algún tipo de cardiopatía, en especial los síndromes coronarios agudos, existe una predisposición a su aparición de ciertos factores de riesgo, los cuales se clasifican en modificables y no modificables. Muchos de estos factores de riesgo están determinados por estilo de vida, como lo es la alimentación, actividad física, tabaquismo, y es que la modificación de éstos puede ser decisivo en la aparición o no de enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Factores de riesgo, síndrome coronario agudo, estilo de vida, actividad física y tabaquismo.

Abstract

It is well known that having a cardiac disease it is related by having many risk factors, specially for acute coronary syndromes. These risk factors can be certificated by variables or non variables. The most of theses factors depends of life style, the diet, physical activity, smoking and changing that would represents a very important fact for developing cardiac disease.

Key words: Risk factors, acute coronary syndromes, life-style, physical activity, smoking.

Introducción

En los factores no modificables de la herencia (antecedente de un miembro de la familia de línea directa que haya sido portador de cardiopatía isquémica). La edad: se menciona que los hombres con más de 45 años y las mujeres por arriba de los 48 años. Y el género masculino con una mayor incidencia. Las mujeres posterior al advenimiento de la menopausia se incrementa el riesgo.

De los modificables: tabaquismo: se habla que la exposición al humo del tabaco como con un consumo diario por más de 5 años de más de 5 cigarrillos al día. El riesgo de tabaquismo se anula, una vez suspendido el hábito por más de 6 meses.¹

La hiperlipidemia, sobre todo la de tipo mixto. La obesidad se ha determinado en los últimos 5 años como un factor de riesgo independiente por la mayor incidencia de diabetes mellitus en esta población e hipertensión. Por supuesto la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.²

Tabaquismo

El hábito del tabaquismo se ha relacionado con un consumo diario de más de 20 cigarrillos al día a un incremento de 20-30 veces de enfermedad vascular no sólo la coronariopatía, sino el desarrollo de aneurisma aórtico, enfermedad cerebral vascular y enfermedad periférica. Dejar de fumar reduce en 3-6 meses el riesgo de infarto en un 60%. Y en el contexto del infarto el tabaquismo se ha asociado a mayor incidencia de muerte súbita.³

Dislipidemia

En cuanto a las dislipidemias, en la que se ha visto una mayor incidencia de enfermedad coronaria es la hipercolesterolemia familiar tipo II en la que predomina el incremento de LDL (lipoproteínas de baja densidad). La lipoproteína a, la hipertrigliceridemia familiar en la que el predominio es del incremento de VLDL (lipoproteínas de muy baja densidad), este tipo de dislipidemia comúnmente relacionado con obesos y diabéticos.

La hiperlipoproteinemia tipo III; denominada dislipoproteinemia y por supuesto la hiperlipidemia familiar combinada en la que se incluye incremento de LDL y apolipoproteína B, hipertrigliceridemia y disminución de HDL (lipoproteínas de alta densidad).⁴

Las dislipidemias secundarias se encuentran asociadas a otras entidades clínicas como son:

* Conferencia presentada en el III Congreso de Médica Sur Sociedad de Médicos. Puerto Vallarta, Jal. Mayo, 2003.

** Departamento de Cardiología. Fundación Clínica Médica Sur.

Diabetes mellitus, lipodistrofia, insuficiencia renal crónica, glomerulonefritis, síndrome nefrótico, cirrosis, enfermedades hepáticas obstructivas, hipotiroidismo, obesidad y alcoholismo. Uso de agentes inmunosupresores, esteroides, terapia antirretroviral, tiazidas, betabloqueadores, estrógenos y progestágenos y retinoides.⁵

Obesidad

La presencia de obesidad durante la infancia se ha determinado como un factor predictor de riesgo de enfermedad coronaria en la vida adulta. Se ha visto que índices de masa corporal arriba de 25 incrementan el riesgo en un 17.9% y por arriba de 30 (obesidad grado I) se incrementa el riesgo en un 54.9%. Otro factor relacionado es la adiposidad abdominal manifestado en el perímetro abdominal donde el riesgo se incrementa si es mayor de 88 cm en los hombres y 102 cm en la mujeres. El mantener el peso ideal y la actividad física disminuyen el riesgo 50%.⁶

Hipertensión arterial sistémica

La presencia de hipertensión sistólica y diastólica incrementa el riesgo de infarto de miocardio en un 27%. Es determinante las cifras, se menciona que presiones diastólicas de 90-94 con sistólica menor de 140 mmHg tiene un riesgo menor de 20%, con diastólicas de 90-94 mmHg y sistólicas de 140-159 mmHg el riesgo es igual o mayor de 20% y con diastólicas arriba de 95 mmHg y sistólicas mayores de 160 mmHg el riesgo es mayor del 25%.

Cobra importancia que si la hipertensión es por más de 10 años el riesgo tiene suma exponencial en un 20% y si se presenta después de los 60 años se agrega otro 20% más. No sólo es importante recordar su relación con enfermedad de las coronarias sino que es un común denominador para cerebrovasculares.⁷

La consecuencia desde el punto de vista cardiovascular es la presencia de hipertrofia ventricular izquierda que una vez observada se ha dado a su relación con presencia de infarto y enfermedad cerebrovascular clase I.

Se ha enfocado la terapéutica ser más específica una vez detectada la hipertensión arterial con las entidades clínicas con las que se asocia, de tal forma que si la hipertensión se encuentra asociada a diabetes mellitus se recomienda que el inicio de la terapia antihipertensiva sea con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). Si se asocia a

insuficiencia cardiaca no sólo los IECAS sino también los diuréticos.

En asociación con infarto de miocardio, se sugiere la combinación de betabloqueadores, IECAS y calcio-antagonistas. Y la hipertensión sistólica aislada como en los ancianos el uso de calcioantagonistas.⁸

Diabetes mellitus

Los diabéticos se conocen como una población en quienes la muerte sobreviene en un 80% relacionado a complicaciones cardiacas. Se ha visto que los pacientes que se mantienen con cifras de normoglicemia tienen un riesgo de padecer enfermedad coronaria de 2-4 veces sobre la población en general, sin embargo, los que se mantienen hiperglicémicos tiene un riesgo de 7.5 veces. De igual forma el sexo masculino tiene una incidencia mayor de 2-4 veces y las mujeres de 3-7 veces. Para definir con mayor exactitud el riesgo, los estudios se han encaminado a la medición de la hemoglobina glicosilada si se encuentra por debajo del 8% la posibilidad de eventos cardiovasculares se eleva hasta un 47.9%, mientras que si se mantiene menor de 6%, sólo se ha visto relación con enfermedad cardiaca en un 7.3%. En el contexto del infarto agudo de miocardio el tratamiento con insulina reduce un desenlace fatal de 26%. En este grupo el tratamiento con betabloqueadores e IECas reducen la mortalidad por esta causa en un 42%.⁹

Otros factores de riesgo

En la menopausia la terapia hormonal reduce el riesgo de 40-50%, la ingesta de una copa diaria de vino tinto reduce el riesgo de 30-50%, Las alteraciones psicosociales, la personalidad depresiva, obsesiva e irritable aumenta el riesgo.

Nuevos marcadores bioquímicos cuya presencia se relaciona con mayor incidencia de eventos coronarios: homocisteína, lipoproteína a, factor de Von Willebrand, agentes infecciosos (clamydia) y la proteína C reactiva. Marcadores genéticos: factor V de Leiden y deficiencia de receptor LDL.¹⁰

- 1) El control total de los factores de riesgo reduce la mortalidad poscausa cardiovascular un 26% y la incidencia de infarto en un 39%.
- 2) La hiperlipidemia, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y el tabaquismo se consideran factores de riesgo mayores cuyo control tiene implicación tan-

to en la prevención primaria como en la prevención secundaria.

Referencias

1. World Health Organization. *The World Health Report. Making a difference*, Geneva: World Health Organization 1999.
2. Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation* 1998; 97: 596-601.
3. Prescott E, Hippe M, Schnohr P. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men longitudinal population study. *BMJ* 1998; 316: 1043-47.
4. Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
5. Castelli WP, Gamison RJ, Wilson PW, Abott RD. Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels. The Framingham Study. *JAMA* 1986; 256: 2835-8.
6. Willet WC, Manson JE, Stamper MJ. Weight, weight change and coronary heart disease in woman. Risk within the normal weight range. *JAMA* 1995; 273: 461-5.
7. Simons LA. Risk factors for acute myocardial infarction in the elderly. (The Dubbo study). *Am J Cardiol* 2002; 89(1): 69-72.
8. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-46.
9. Yusuf S, Reddy S. Global burden of cardiovascular diseases. Part I general considerations, the epidemiological transition, risk factors and impact in urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-53.
10. Tannis BC. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2003; 24: 377-80.

Correspondencia:
Dra. Sandra García López.
Departamento de Cardiología.
Fundación Clínica Médica Sur.
Col. Toriello Guerra,
C.P. 14050, México, D.F.

