

Factores de riesgo de cardiopatía isquémica en área intensiva municipal. Pedro Betancourt. 2013- 2014

Risk factors of ischemic cardiopathy in the municipal intensive care area. Pedro Betancourt. 2013-2014

Dra. María Mercedes Aldama Oviedo, Dra. Teresa Ibañez Molinet, Dr. Vladimir Rosales Rodríguez

Policlínico Territorial Docente Dr. Cesáreo Sánchez. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la cardiopatía isquémica es un problema de salud que cobra un gran número de vidas y es causa de invalidez en la población mundial. Constituyó en el 2013, la primera causa de muerte en el mundo, en Cuba y en la provincia de Matanzas.

Objetivo: cuantificar la presencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica en el AIM del Policlínico Docente Cesáreo Sánchez, en Pedro Betancourt entre los meses de diciembre 2013 a Mayo del 2014.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de 59 pacientes que ingresaron con este diagnóstico entre los meses de diciembre 2013 a Mayo 2014. Se recogieron variables como la edad, sexo, factores de riesgo, formas clínicas de presentación, complicaciones presentadas durante el ingreso y presencia del síndrome metabólico.

Resultado: hubo un predominio del sexo masculino y del grupo de edad de 65 y más. La hipertensión arterial y el sedentarismo fueron los factores de riesgo más sobresalientes, así como la angina estable y las arritmias cardíacas como la forma clínica y complicación más frecuente respectivamente. La presencia del síndrome metabólico caracterizó a los pacientes estudiados.

Conclusiones: la detección y control oportuno de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica continuara siendo la piedra angular de cualquier estrategia preventiva esencial.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, factores de riesgo, síndrome metabólico, área Intensiva municipal.

ABSTRACT

Introduction: the ischemic cardiopathy or ischemic cardiovascular disease is a health problem claiming a great number of lives, being a cause of disability in the world population. In 2013 it was the first cause of death worldwide, in Cuba and in the province of Matanzas.

Objective: to quantify the presence of the ischemic cardiopathy risk factors in the municipal intensive area (AIM as abbreviation in Spanish) of the Teaching Policlinic Cesareo Sanchez, in Pedro Betancourt, from December 2013 to May 2014.

Materials and methods: a cross-sectional, descriptive, observational study was carried out in 59 patients who entered the area with this diagnosis from December 2013 to May 2014. The collected variables were age, sex, risk factors, clinical forms of presentation, complications during staying, and presence of the metabolic syndrome.

Results: the results showed the predominance of the male sex and the age group of 65 years and more. Arterial hypertension and sedentary lifestyle were the most outstanding risk factors, and the stable angina and heart arrhythmias were the most frequent clinical form and complication, respectively. The presence of metabolic syndrome characterized the studied patients.

Conclusions: the timely detection and control of the ischemic cardiopathy risk factors is still going to be the cornerstone of any essential preventive strategy.

Key words: ischemic cardiopathy/ischemic cardiovascular disease, risk factors, metabolic syndrome, municipal intensive care area.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial coronaria aterosclerótica (cardiopatía isquémica) constituye la primera causa de defunciones en países desarrollados, además de generar una gran demanda asistencial y de recursos. Esta misma situación es aplicable a nuestro país, que a pesar de ser un país subdesarrollado tiene indicadores de salud similares a países occidentales, por lo que la cardiopatía isquémica también genera un grave problema de salud e implica elevados costos.⁽¹⁾

La cardiopatía isquémica (CI), dentro de las afecciones cardiovasculares, exhibe las mayores tasas de mortalidad universal,^(2,3) 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.^(5,6) La magnitud del problema también involucra a Cuba con serias afectaciones, donde la incidencia de cardiopatía isquémica además de incrementarse ocurre más tempranamente. 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.^(6,7)

Entre los principales factores de riesgo aterogénicos implicados en la patogenia de esta enfermedad se incluyen: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, dislipidemia y estrechamente relacionado con estos tenemos el síndrome metabólico (SM), el que una vez presente le conferirá, al sujeto, un peligro diferente, pero siempre alto, de que sus arterias enfermen.^(8,9)

Por lo que resulta evidente que para la prevención primaria en estos pacientes, se hace necesario un manejo integral del mismo, que tenga en cuenta las distintas enfermedades y factores de riesgo que interactúan, no de manera aislada sino asociados, para influir de manera directa o indirecta, en el proceso patológico que se desarrolla y que permitiría ir desde los factores de riesgo aislados hacia paciente en riesgo de presentar un evento vascular coronario o de otro tipo (cerebrovascular, vascular periférico).⁽¹⁾ De ahí la importancia de una adecuada interrelación entre el área intensiva municipal (AIM), lugar donde son asistidos estos pacientes durante sus cuadros agudos, y los consultorios del médico de la familia.

El propósito es cuantificar la presencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica en el AIM del Policlínico Docente Cesáreo Sánchez, en Pedro Betancourt entre los meses de diciembre 2013 a Mayo del 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de 59 pacientes ingresado con diagnóstico de cardiopatía isquémica en el área intensiva municipal de Pedro Betancourt, provincia de Matanzas, en el período de diciembre 2013 a Mayo del 2014. A través de una revisión documentada de las historias clínicas y el libro de control se logró caracterizar a estos pacientes, teniendo en cuenta variables clínico epidemiológicas como: la edad, sexo, factores de riesgo, formas clínicas de presentación, complicaciones presentadas durante el ingreso. Se tuvo en cuenta además parámetros de laboratorio que permitieron definir si los pacientes presentaban o no el síndrome metabólico, según los criterios del Adult Treatment Panel III (Panel de Tratamiento de Adultos III, ATP III):⁽¹⁰⁾ modificados, porque a criterio de la autora, en este lugar no es posible la determinación de lipoproteínas de alta densidad, por lo que no fueron tenidas en cuenta para este estudio.

- Obesidad abdominal: circunferencia abdominal (CA) ($\text{♂} > 102 \text{ cm}$; $\text{♀} > 88 \text{ cm}$)
- Triglicéridos (TG) $> 1,7 \text{ mmol/L}$
- Tensión arterial $> 130/85$
- Glicemia en ayunas $> 6,0 \text{ mmol/L}$

La presencia de al menos tres cualesquiera de estos criterios define el diagnóstico de síndrome metabólico.

Los datos fueron procesados utilizando estadígrafos de la estadística descriptiva y reflejada en tablas estadísticas en forma de número y por cientos.

RESULTADOS

En cuanto a la distribución de la edad y sexo encontramos que el grupo de edad más representado es el de 65 y + con 33 pacientes para un 55,9 %. Por su parte el sexo masculino predominó con un 55,9 % de los estudiados. (Tabla 1)

Tabla 1. Cardiopatía isquémica según edad y sexo

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
35-44	3	5,0	3	5,0	6	10,1
45-54	9	15,2	2	3,3	11	18,6
55-64	6	10,1	3	5,0	9	15,2
65 y +	15	25,4	18	30,5	33	55,9
Total	33	55,9	26	44,0	59	100

En la tabla 2 se muestran los factores de riesgo asociado a la cardiopatía isquémica, entre los pacientes objeto de estudio, sobresaliendo la HTA con un 74,5% y el sedentarismo con un 66,1 %. Estos fueron seguidos por la hiperlipidemia, el hábito de fumar y la obesidad con 38,9 %, 37,2 % y 30,5 % respectivamente.

Tabla 2. Cardiopatía isquémica según factores de riesgo asociados

Factores de riesgo	No.	%
HTA	44	74,5
Diabetes Mellitus	13	22,0
Obesidad	18	30,5
Sedentarismo	39	66,1
Hábito de fumar	22	37,2
Trastorno de Tiroides	3	5,0
Hiperlipidemia	23	38,9

La clasificación de la cardiopatía isquémica según expresividad clínica y las complicaciones durante el ingreso se presenta en la tabla 3, en la que se muestra que la angina estable liderando la muestra con 37 (62,7 %) del total seguida por la angina inestable presente en 12 (20,3 %) y IMA en 8 (13,5 %). En cuanto al comportamiento de las complicaciones presentes durante el ingreso, en los pacientes estudiados, predominaron las arritmias con 12 pacientes para un 20,3 %, seguida, sin aportar dato significativo, por el edema agudo el pulmón y el shock cardiogénico con el 6,7 % y el 3,3 % respectivamente.

Tabla 3. Cardiopatía isquémica según forma clínica presentación y complicaciones durante el ingreso

Forma clínica	No.	%
Angina estable	37	62,7
Angina inestable	12	20,3
IMA	8	13,5
Insuficiencia Cardiaca	2	3,3
Complicaciones	Nº	%
Edema agudo del pulmón	4	6,7
Arritmias	12	20,3
Shock cardiogénico	2	3,3

La valoración clínica de estos pacientes arroja, una tensión arterial sistólica (TAS) media de 161,5 mmHg, con desviación estándar (DE) de 23,3 y una tensión arterial diastólica (TAD) media de 98,1 mmHg) con DE de 15,1, mediciones antropométricas elevadas con circunferencia abdominal (CA) en las mujeres con una media de 95,1 cm y en los hombres de 110 cm con DE de 8,2 y 10,4 respectivamente. La valoración bioquímica mostró también valores medios por encima de lo normal con triglicéridos de 1,9 mmol/l, con De de 0,9 y glicemia de 7,9 mmol/l con DE de 5,0. (Tabla 4)

Tabla 4. Cardiopatía isquémica según valoración clínica y bioquímica

Datos clínica y laboratorio		Media	Desviación estándar (DE)
TAS		161,5 mmHg	23,3 mmHg
TAD		98,1 mmHg	15,1 mmHg
CA	Mujeres	95,1 cm	8,2 cm
	Hombres	110 cm	10,4 cm
Triglicéridos		1,9 mmol/l	0,9 mmol/l
Glicemia		7.9 mmol/l	5,0 mmol/l

La distribución de la cardiopatía isquémica según la presencia o no del SM, demuestra un predominio de los pacientes con el mismo, 42 de ellos (71,1 %). (Tabla 5)

Tabla 5. Cardiopatía isquémica según presencia de síndrome metabólico

Síndrome metabólico	No.	%
Si	42	71,1
No	17	28,8
Total	59	100

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con relación al sexo y la edad de los pacientes tienen coincidencia con las características de la masa poblacional estudiada que traduce un envejecimiento progresivo de la misma, en lógica respuesta al incremento de las acciones de salud que se vienen desarrollando por los diferentes programas establecidos.

En la medida que aumenta la edad se eleva la frecuencia de la cardiopatía isquémica, para disminuir posteriormente en los mayores de 80 años, cuando se sobrepasa la edad promedio de vida de nuestra población. El sexo más afectado resulta ser el masculino, lo cual coincide con este estudio. Para algunos autores la enfermedad predominó en el sexo femenino lo cual fue atribuido a que en la muestra que se estudiaba, la mayoría de los pacientes tenían más de 50 años, que es cuando empieza a aumentar la morbilidad en la mujer por el déficit hormonal que ocurre a estas edades y que acelera el proceso aterosclerótico con calcificación de las arterias coronarias.^(11,12)

Puede observarse, que no existe ningún caso menor de 30 años, coincidiendo estos resultados con otros autores en cuanto a que el número de casos aumentó directamente proporcional con la edad, o sea, que a mayor edad, mayor número de enfermos.⁽¹³⁾

Aunque el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las pruebas científicas sobre la asociación entre la inactividad física y la cardiopatía isquémica, no eran concluyentes, en otros estudios se ha comprobado que el ejercicio físico disminuye la mortalidad por CI, por lo que damos gran importancia al hecho de que se observó en nuestros pacientes una tendencia al sedentarismo.^(7,14)

Como es sabido existen algunos elementos que determinan la predisposición de un sexo u otro por un factor de riesgo determinado, dados por ejemplo, por diferencias en el estilo de vida, las ocupaciones y en numerosas oportunidades la idiosincrasia así lo determina.

De la hipertensión arterial es conocida su predisposición por el sexo masculino, factores de riesgo, predisposición genética y otros numerosos elementos así lo determinan. El hábito de fumar tiene la tendencia en los últimos años a intensificarse, sigue por sus características sociales específicas, siendo más frecuente en los hombres. Los autores coincidentes con estos criterios.⁽¹⁵⁾

Es lógico que enfermedades metabólicas y vasculares, sean más frecuentes a medida que se incrementa la edad cronológica, mientras que el sedentarismo se relaciona con mayor frecuencia a aquellos sectores poblacionales menos vinculados a la vida laboral, y estos son generalmente los ancianos. Esto confirma lo planteado por numerosos investigadores respecto al hecho de que la cardiopatía isquémica y los factores de riesgo coronario son más frecuentes a medida que se incrementa la edad.⁽¹⁵⁾

En esta investigación existió un predominio de la angina de pecho estable, resultando esta una forma clínica con un alto por ciento de incidencia de forma general. No obstante, la menor proporción de afectados por la angina de pecho inestable e IMA, no resulta despreciable si consideramos la magnitud de la muerte, situación que debe alertar al profesional de la salud para realizar profilaxis de este desenlace, lo que lleva implícito la necesidad de pericia y capacidad por parte del médico para evitar su posterior evolución.⁽¹⁶⁾

De acuerdo con los resultados del trabajo, no hay duda de la significación que representa el SM como factor de riesgo para la cardiopatía isquémica.

Se ha descubierto que la grasa visceral tiene más actividad metabólica y ocasiona más cambios en el colesterol, presión arterial y nivel de glucosa en la sangre. Sin embargo, la grasa que se ubica sobre todo en otras partes del cuerpo, especialmente en las piernas y nalgas, no presenta más riesgo. A la luz de estos resultados, se debería aconsejar perder peso a los pacientes con cardiopatía isquémica e IMC normal que tengan grande la circunferencia de la cintura o proporción alta entre cintura y cadera.⁽¹⁷⁾

Se concluye que en el área intensiva municipal de Pedro Betancourt, la cardiopatía isquémica se caracteriza por predominar entre en el sexo masculino, con edades superiores a 65 años, en su mayoría hipertensos, sedentarios y con hiperlipidemia. La angina de pecho estable fue la forma de presentación más frecuente y las arritmias cardíacas la complicación más señalada. Se encontró una asociación significativa entre el síndrome metabólico (SM) y la cardiopatía isquémica, por lo que la detección y control oportuno de estos factores continuara siendo la piedra angular de cualquier estrategia preventiva esencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Morales Salinas A, León Aliz E, Carmona Puerta R. Riesgo cardiovascular y marcadores electrocardiográficos de arritmias en pacientes hipertensos sin cardiopatía isquémica. Rev Fed Arg Cardiol [Internet]. 2013 [citado 9 Dic 2012]; 42(3): 189-94. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/13v42n3/art_orig/arorig02/salinas.pdf
- 2- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 (Edición Especial). Mortalidad [Internet]. La Habana: MINSAP; 2012 [citado 6 Dic 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2012/04/anuario-2011-e.pdf>

- 3- WHO. Ischemic heart disease mortality age standardized 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; 2012. p. 1-18.
- 4- Tarragó Amaya E, Miguel Soca PE, Cruz Lage LA. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. Correo Científico Médico [Internet]. 2012 [citado 9 Dic 2012]; 16(2). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-in/resumen.cgi?IDARTICULO=39243>
- 5- Elosua R, Morales-Salinas A. Determinación del riesgo cardiovascular global. Caracterización, modelización y objetivos de la prevención cardiovascular según el contexto socio-geográfico. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2011 [citado 9 Dic 2012]; 11(SuplE): 2-12. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/determinacion-del-riesgo-cardiovascular-total-/articulo/90050904/>
- 6- Díaz Águila O, Díaz Castro O, Díaz Águila NO. Caracterización de los factores de riesgo vasculares en pacientes adultos. CorSalud [Internet]. 2013 Jul-Sep [citado 9 Dic 2012]; 5(3). Disponible en: <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n3a13/frc-aps.html>
- 7- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. USA: OMS [citado 9 May 2012]; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 8- Liese AD, Mayer-Davis EJ, Haffner SM. Development of the multiples metabolic syndromes: an epidemiologic perspective. Epidemiol Rev. 2009; 20: 157-72. Citado en Pub Med: PMID: 9919436.
- 9- Healy G, Owen N. Conducta sedentaria y biomarcadores del riesgo cardiometabólico en adolescentes: un problema científico y de salud pública emergente. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2010 [citado 9 Dic 2012]; 63(3): 261-4. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/conducta-sedentaria-biomarcadores-del-riesgo/articulo/13147692/>
- 10- Executive Report of the Third Report of the National Cholesterol Education Program. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285: 2486-97. Citado en Pub Med; PMID: 11368702.
- 11- Cisneros Sánchez LG, Carrazana Garcés E. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 4 Nov 2014]; 29(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252013000400010
- 12- Noval García R, Armas Rojas NB, Noval González I. Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en una población del Área de Salud Mártires del Corynthia. La Habana. Rev Cub Cardiol Cir Cardiovasc [Internet]. 2011 [citado 24 Nov 2011]; 17(1): 62-68. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/issue/view/2>
- 13- Joep Perk J, De Backer G, Gohlke H. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012

[citado 4 Nov 2014]; 65: 869-73. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-europea-sobre-prevencion-enfermedad/articulo/90154893/>

14- Cisneros Sánchez LG, Carrazana Garcés E. Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 4 Nov 2014]; 29(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000400010

15- Guallar P, Gil M, León L. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 4 Nov 2014]; 65(6): 551-8. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/magnitud-manejo-hipercolesterolemia-poblacion-adulta/articulo/90136628/>

16- Hamm C, Bassand JP, Agewall S. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 4 Nov 2014]; 65(2): 1-55. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-el/articulo/90093019/>

17- Thais C, Kashish G, Corrêa de Sá D. Central Obesity and survival in subjects with coronary artery disease: A systematic review of the literature and collaborative analysis with individual Subject Data. J Am Coll Cardiol. 2011; 57(9): 1877-86. Citado en Pub Med; PMID: 21545944.

Recibido: 6/11/16

Aprobado: 1/2/18

María Mercedes Aldama Oviedo. Policlínico Territorial Docente Dr. Cesáreo Sánchez. Municipio Pedro Betancourt. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: mariajulia.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Aldama Oviedo MM, Ibañez Molinet T, Rosales Rodríguez V. Factores de riesgo de cardiopatía isquémica en área intensiva municipal. Pedro Betancourt. 2013- 2014. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 40(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1774/3682>