

**POLICLÍNICO DOCENTE  
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”  
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

**COMUNICACIÓN**

**FACTORES DE RIESGO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

Por:

Dra. Tania E. Santiago García<sup>1</sup>, Dra. Zenia A. Santiago García<sup>2</sup> y Dra. Ester Rivero Álvarez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Instructora. Unidad Municipal de Higiene. Camajuaní. Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente adjunto a la sede universitaria. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Santa Clara, Villa Clara.

***Descriptor DeCS:***

FACTORES DE RIESGO  
ISQUEMIA MIOCÁRDICA/prevención &  
control

***Subject headings:***

RISK FACTORS  
MYOCARDIAL ISCHEMIA/prevention & control

Las cardiopatías isquémicas constituyen un grupo de enfermedades en las que predomina el origen aterosclerótico, afectan los vasos sanguíneos arteriales coronarios y provocan isquemia e infarto del tejido miocárdico, cuyas manifestaciones clínicas, en su mayoría, son por sí mismas una emergencia médica<sup>1</sup>.

El perfil de la salud cubana se caracteriza por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las primeras causas de mortalidad. Desde hace más de 40 años las enfermedades del corazón encabezan nuestras estadísticas de salud como principales causas de muerte en todas las edades, con ligera disminución a finales de la década de los 90. Entre ellas, la cardiopatía isquémica (CI) ocupa el sitial cimero; es causante en el momento actual de una de cada cuatro muertes en nuestro país y representa casi el 80 % de todas las que se producen por enfermedades cardíacas en ambos sexos. Es la primera causa de mortalidad, y la tercera de años de vida potenciales perdidos. La enfermedad coronaria aterosclerótica tiene un importante peso específico en el aspecto socioeconómico del país, pues se observa su aparición en personas cada vez más jóvenes. Se ha calculado que sus costos indirectos triplican los directos debido a la mortalidad prematura<sup>2</sup>.

Uno de los hallazgos más importantes de la medicina en la última década ha sido el descubrimiento de los factores de riesgo de las enfermedades coronarias. Según el estudio de Framingham, la mejoría en el perfil de estos factores puede contribuir a una disminución de hasta un 60 % en la mortalidad por enfermedades cardíacas<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta la importancia de prevenir la presencia de cardiopatía isquémica en nuestra población, hemos decidido investigar la prevalencia de esta enfermedad y los factores de riesgo asociados a la misma, así como realizar la estimación del riesgo cardiovascular absoluto (RCA) a partir de la encuesta nacional aplicada en nuestra provincia.

De acuerdo con el diseño muestral aplicado, hubo un total de 264 encuestados; de ellos, 24 eran cardiopatas, con una tasa de prevalencia estimada de 90,9 x 1000 habitantes. En el estudio nacional, la prevalencia obtenida fue de 92,0 x 1000, muy similar a nuestros resultados.

Del total de cardiopatas, solo 14 conocían su enfermedad y tenían diagnóstico de ella, y 10 fueron diagnosticados durante el estudio; esto constituyó el 41,6 % del total, lo que representa la prevalencia oculta de la enfermedad, con una tasa de 37,9 x 1000 habitantes. A nivel nacional, esta proporción fue del 48 %, y como se puede observar, estos por cientos difieren poco.

Ello nos demuestra la importancia de la pesquisa activa y el reconocimiento precoz de la enfermedad, actividades que recaen en la atención primaria para obtener mejores resultados y alcanzar los objetivos del programa.

Se describen factores de riesgo no modificables; en primer lugar, el sexo: el 52,6 % correspondió al sexo femenino y, de ellas, el 10,8 % eran cardiopatas. Al sexo masculino correspondió el 47,3 %; de ellos, el 7,2 % resultaron ser cardiopatas y no se encontró relación estadística significativa.

Al constituir los grupos etarios, los por cientos de cardiopatas fueron aumentando en relación con estos, de forma directamente proporcional; el mayor número se observó en el grupo de 60 años y más, con relación estadísticamente significativa. Al realizar la prueba de Ji al cuadrado ( $\chi^2$ ) para tendencia, el balance de riesgo muestra el crecimiento exponencial de cardiopatía isquémica con el avance de la edad, el cual es altamente significativo ( $\chi^2 = 17,187$  p = 0,000).

Numerosos estudios han confirmado el papel predictor y la existencia de una relación causal entre la edad y la cardiopatía<sup>4</sup>.

Si a los mayores de 60 años se les asocian otros factores, como la diabetes y la hipertensión, estos tendrán un riesgo 20 veces mayor de sufrir complicación cardiovascular grave en relación con aquellos de 40 años en igualdad de condiciones<sup>5</sup>.

En la estratificación según sexo y grupo de edad, el sexo masculino tiene una exacerbación del riesgo en edades más tempranas, mientras que en la mujer se incrementa el mismo después de la menopausia.

Del total de cardiopatas, el 50 % tiene antecedentes patológicos familiares (APF). La prevalencia es tres veces mayor en las personas cardiopatas con APF que en las que no poseen antecedentes, y esta relación fue estadísticamente muy significativa.

Entre los factores modificables conductuales, el tabaquismo estuvo presente en el 35,6 % de la muestra. Existió mayor prevalencia de CI en los pacientes sedentarios; la tasa estimada de cardiopatas entre los que no realizan actividad física casi duplica la de los que sí la realizan. La tasa de CI entre los pacientes con hipercolesterolemia fue de 619,0, superior a la de cardiopatía en pacientes no hipercolesterolémicos, pues la supera 13 veces más, cifra que es muy significativa.

La prevalencia de cardiopatía isquémica entre los diabéticos es cuatro veces mayor que en los no diabéticos; esta cifra es, además estadísticamente significativa. La coronariopatía, según la bibliografía consultada, es de dos a tres veces más frecuente en los diabéticos<sup>6</sup>.

La prevalencia de cardiopatía en hipertensos es casi cuatro veces mayor que en los normotensos, con una relación estadística muy significativa.

La relación de hipertensión arterial con el riesgo cardiovascular es lineal, y puede triplicar el riesgo relativo de enfermedad coronaria. Su prevalencia en la edad adulta en Cuba es de un 30 %, con discreto predominio del sexo femenino y aumenta proporcionalmente con la edad<sup>7</sup>.

La distribución, según número de factores de riesgo y cardiopatas, muestra un mayor por ciento cuando existen tres factores; esto demuestra que la CI aumenta a medida que se incrementa el número de factores de riesgo asociados. Los más frecuentes fueron: hipertensión, obesidad, diabetes, hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas.

El grupo donde concomitan varios factores de riesgo constituye una prioridad en nuestra sociedad, sobre la cual se deben trazar estrategias encaminadas a la estratificación de riesgo y al control de los factores de riesgo coronario.

En la bibliografía consultada, diversos estudios han demostrado que la asociación de dos o más factores no solo se suman, sino que se potencian<sup>8</sup>.

Al realizar el análisis discriminante aplicamos el método directo, con un por ciento de clasificación de 91,7 y solo 9,3 % de error. La significación del modelo fue p = 0,000, lo que resultó muy significativo. Las variables significativas, según su orden de importancia, se comportaron de la siguiente forma: edad, HTA y antecedentes familiares (muy significativas); índice cualitativo, hipercolesterolemia y diabetes (significativas).

La enfermedad cardiovascular es de origen multifactorial; de ahí la importancia de evaluar su riesgo global, que expresa la probabilidad de padecerla en un determinado período de tiempo, generalmente de 5 a 10 años. Se realiza por dos métodos: El Método Cualitativo, que considera los APF, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la diabetes y la obesidad, y estratifica un 17,8 % de riesgo alto y un 82,2 % de riesgo bajo; de este último grupo, el 35 % aparece con dos factores: con un factor el 30,4 %, y sin ningún factor de riesgo un 34,6 %. Es de suma importancia para nuestros médicos la vigilancia estricta de los pacientes con riesgo bajo, sobre todo de los que tienen dos factores.

Al considerar a los cardiopatas dentro de esta distribución, observamos que 33,3 % pertenece a riesgo alto, 58,3 % a riesgo bajo con dos factores y 8,3 % con un solo factor. Esta relación es significativa y muestra la asociación del cálculo de riesgo cualitativo y la positividad de cardiopatía. La variación de riesgo, según la clasificación, va desde: ningún factor, 1,00 (nivel de referencia), 2,31 para el que tiene un factor de riesgo, 16,71 para los que tienen dos factores concomitantes y 15,18 para los que están considerados como riesgo alto. Como puede observarse, el grupo de dos factores tiene valores similares al de riesgo alto, y esto reafirma que el grupo de dos factores de riesgo es vulnerable.

El Método Cuantitativo es una evaluación numérica que emplea la tabla de predicción del riesgo cardiovascular del estudio de Framingham.

Al aplicar este método, fueron excluidos 80 pacientes por no encontrarse en el rango de edad de 30-74 años; se obtuvo 20 % de riesgo alto, 78,8 % de riesgo moderado y 1,9 % de riesgo bajo.

Al considerar a los cardiopatas dentro de esta distribución, se observó que 41,6 % pertenece a riesgo alto y 37,5 % a riesgo moderado; no se encontró ningún paciente con riesgo bajo. Esta relación es significativa y muestra la asociación del cálculo cuantitativo y la positividad de cardiopatía.

Debemos continuar realizando investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo y el cálculo del mismo.

### **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 1999;38(3):160-9.
2. Muñoz J. Epidemiología de la enfermedad cardiovascular. En: Brotons Cuixast C. Factores de riesgo cardiovascular. Epidemiología, prevención y tratamiento. Madrid: Doyma; 2001. p. 846-52.
3. Cruz Brito C. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos con más de dos años de evolución. Medicentro Electrónica [serie en Internet]. 2000 [citado 3 Feb 2004];4(3):[aprox. p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/V4n300/factores.htm>
4. Rosenfeld JA. La enfermedad cardíaca en la mujer. Postgraduate Med. 2001;5(1):77-83.
5. Laurenty R, Buchalla CM. Myths about cardiovascular disease. Arq Bras Cardiol. 2001;76(2):99-110.
6. Organización Panamericana de la Salud: La salud de los ancianos: una preocupación de todos. Comunicación para la salud. Washington: OPS; 2002.
7. Leanderk A, Reuterwalc C, Atilbom A. Family history of coronary heart disease, a strong risk factor for myocardial infarction interacting with other cardiovascular risk factors. Epidemiology. 2001;12(2):215-21.
8. Dyer AR, Persky V, Stamler J, Paul O, Shekelle RB, Berkson DM. Heart rate as a prognostic factor for coronary heart disease and mortality: findings in three Chicago epidemiologic studies. Am J Epidemiol. 2000;112:736-49.