

CAPÍTULO VI.

El Riesgo Global y Estadísticas acerca del Daño Miocárdico.

Recopilación de Datos de Revisiones Bibliográficas y Conclusiones.

J. I. A. Soler Díaz, R. Navarro Castelló, M. Garrido Fernández.

Por ejemplo...

Capítulo VI.
El Riesgo Global y Estadísticas acerca del Daño Miocárdico.
Recopilación de Datos y Conclusiones.

J. I. A. Soler Díaz, R. Navarro Castelló, M. Garrido Fernández.

106

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN DE RIESGO.

El médico se enfrenta a un misterioso y creciente **conjunto de Marcadores de Riesgo Coronario**, entre los que se encuentran: el fraccionamiento por tamaños de partículas LDL [serían más peligrosas las partículas de LDL oxidada (LDLox), con un tamaño < 250 Å] o la medición de las concentraciones de Homocisteína. Lp (a), Fibrinógeno, PCR ultrasensible o PAI-1.

En general, estas pruebas añadirían poca información a la ya conseguida, con una buena anamnesis, una exploración física y las determinaciones de lipoproteínas plasmáticas y de la glucemia en ayunas.

No obstante, es importante esperar que se investigue la importancia de marcadores como la PCR ultrasensible, para valorar posibles Riesgos Cardio-Vasculares en la población en general o en pacientes de alto riesgo.

La valoración de estos marcadores especiales, podría ser útil en personas sin factores de riesgo evidentes distintos de la enfermedad vascular prematura o una historia familiar preocupante.

En torno al uso de cálculos radiográficos especializados, referidos a la calcificación de las arterias coronarias reina una confusión similar.

Aumentan los datos que indican, que la acumulación de calcio, determinada mediante técnicas tales como la tomografía axial computerizada (TAC) con haz de electrones, es proporcional al riesgo coronario.

Sin embargo, no se ha demostrado la utilidad de estos cálculos sobre el contenido del calcio en las arterias coronarias como guía para el tratamiento, sobre todo en personas asintomáticas.

El uso inadecuado de estos estudios de imagen, podrían incrementar el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cruentos.

La aplicación generalizada de estas técnicas en la detección sistemática, deberá esperar a que se demuestre que su aplicación conlleva beneficios clínicos.

EL CONCEPTO DE RIESGO GLOBAL.

La adopción de un modo de vida higiénico para reducir el Riesgo Coronario, entraña pocos gastos y escasas posibilidades de producir efectos adversos, al contrario de lo que ocurre con la farmacoterapia que, además, puede resultar costosa.

Aunque los estudios clínicos demuestran que la tolerancia a los fármacos reductores de los lípidos, tales como los inhibidores de la HMG-CoA reductasa, es extraordinariamente satisfactoria, el uso de éstos y otros medicamentos podría provocar reacciones adversas en algunos pacientes.

La decisión de iniciar un tratamiento para la reducción del riesgo de episodios ateroscleróticos, requiere una cuidadosa consideración, sobre todo en el campo de la "Prevención Primaria" o en pacientes sin enfermedad aterosclerótica conocida.

A este respecto, es prudente considerar no sólo el cLDL, sino el **Riesgo Cardiovascular Global** del paciente.

Por ejemplo, en una persona con cifras medias de cLDL, pero bajas de cHDL, hipertensión y antecedentes familiares de arteriopatía coronaria prematura, la instauración de una farmacoterapia estaría más justificada, que en otra con la misma cifra de cLDL, pero sin otros Factores de Riesgo.

Las actuales directrices europeas, no valoran tanto los valores plasmáticos aislados de las lipoproteínas, sino que reservan el tratamiento farmacológico para las personas con un Riesgo Coronario Absoluto Calculado, superior al 20% a lo largo de 10 años.

En el cálculo de Riesgo Coronario, además de los niveles plasmáticos de colesterol, se tienen en cuenta el género (sexo y edad), los antecedentes de tabaquismo, la presión arterial sistólica y los niveles basales de glucosa.

Por ejemplo, un hombre mayor de 45 años, fumador de más de 10 cigarrillos al día y diabético, es un paciente de Alto Riesgo Global.

Según el Instituto Europeo de Educación Sanitaria.

Los datos más significativos de los grandes estudios epidemiológicos como el "*Framingham Study*", el "*Múltiple Risk Factors Intervention*" y el "*Prospective Cardiovascular Münster Heart Study*" (PROCAM) han demostrado que el riesgo individual de desarrollar enfermedad coronaria raramente dependen de un único factor de riesgo.

En la mayoría de los casos, el riesgo es promovido por el sinergismo de dos o más factores, determinados por defectos poligenéticos que interactúan con factores ambientales.

Para determinar el tratamiento más efectivo para cada paciente, es esencial determinar su Riesgo Individual (predicción del primer evento), teniendo en cuenta todos sus factores de riesgo.

Existen dos algoritmos, el de "*Framingham*", que incluye las variantes independientes de edad, presión arterial sistólica, diabetes, tabaquismo y relación colesterol total /colesterol HDL y el más reciente algoritmo "*PROCAM*".

Según este último algoritmo, y considerando el riesgo de factores de riesgo, se puede clasificar a la población en diferentes grupos de riesgo, que determinarán posteriormente el tipo e intensidad de la intervención terapéutica.

ESTADÍSTICAS EN EL IAM.

Según el Instituto Europeo de Educación Sanitaria.

La Enfermedad Cardiovascular y su principal expresión, la arteriopatía coronaria, presenta una de las principales causas de invalidez permanente prematura y la más frecuente causa de muerte en ancianos, siendo responsable de frecuentes hospitalizaciones y largas estancias medias hospitalarias.

En las mujeres, la incidencia se retrasa con respecto a los hombres en 10 años para la cardiopatía coronaria y en 20 para el desarrollo de IAM y muerte repentina (la incidencia es de 2 a 3 veces en mujeres postmenopáusicas).

Tablas de Estratificación del **Riesgo Global**:

Estratificación del Riesgo Global.

PEQUEÑO INCREMENTO DE RIESGO:

- Un factor de riesgo (FR) de grado moderado.
- Un ratio Colesterol Total / Colesterol HDL > 4 a 5
- Fumador de 10 cigarrillos / día.
- Riesgo cuantitativo por algoritmo PROCAM: 0.3 % / año.

MODERADO INCREMENTO DE RIESGO:

- Un factor de riesgo (FR) de grado severo.
- Dos FR moderados.
- Fumador de 10 cigarrillos / día.
- Diabetes mellitus sin complicaciones vasculares.
- Riesgo cuantitativo por algoritmo PROCAM: 0.7% / año.

ALTO RIESGO:

- Historia de infarto de miocardio previo.
- Evidencia de enfermedad vascular coronaria, periférica o cerebral.
- Dos FR de grado severo.
- Tres factores de riesgo de cualquier grado.
- Hiperlipemia genética.
- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares.
- Riesgo cuantitativo por algoritmo PROCAM: 2.3% / año.

Extraído de:

<http://www.portalcordio.com/iees.htm>

110

Los Infartos de Miocardio no reconocidos son frecuentes, alrededor del 33%, siendo la mitad de ellos silente y el resto de presentación atípica, por lo que pasan desapercibidos; a pesar de su aparente inocuidad, su mortalidad a largo plazo es la misma que la del infarto reconocido.

Tras un Infarto de Miocardio diagnosticado, el 23% de los hombres y el 31% de las mujeres padecerán un infarto en los 6 años siguientes.

Un 41% de los hombres y un 34% de las mujeres desarrollarán un Angina de Pecho.

Aproximadamente, el 20% sufrirá invalidez por insuficiencia cardíaca y el 9% de hombres y el 18% de las mujeres sufrirá un ictus.

La muerte repentina, por su parte, se presentará en el 13% de los hombres y el 6% de las mujeres.

La muerte súbita, que sobreviene fuera del hospital representa más de la mitad de los fallecimientos coronarios. Es menos frecuente en mujeres que en hombres y menos en ancianos. En el 48% de los hombres y 63% de las mujeres que presentan muerte súbita, ésta es la primera manifestación de su cardiopatía isquémica.

Tras haber padecido infarto, la muerte repentina es de 4 a 6 veces superior a la de la población general. Acontece, principalmente,

en los 30 primeros días. Durante el primer año, un 27% de los hombres y un 44% de las mujeres fallecen.

Si bien, en la incidencia del primer infarto, las mujeres tienen mejores expectativas que los hombres, la incidencia tras el primer Infarto de Miocardio es peor en estas.

Fin.