

MEDICINA AL DIA

RIESGO CARDIOVASCULAR FACTORES NUTRICIONALES, METABOLICOS, PSICOAFECTIVOS, HEMODYNAMICOS , GENETICOS Y OTROS

Dr. Enrique Sanchez Delgado

Dr. José Angel Montiel

Dr. Noel Lorío

Heinz Liechti M. Sc.

Del Laboratorio Solka S. A. Km 16½, Carretera de Masaya, Managua, Nicaragua

INTRODUCCION

Debido a la importancia de los factores de riesgo cardiovascular y su evaluación, lo cual conlleva a tomar decisiones y medidas tanto preventivas como terapéuticas, es apropiado dedicar este artículo a dicho tema con algunos comentarios de aspectos relacionados con otras patologías.¹⁻⁵

Los factores de riesgo cardiovascular (F.R. C.), que conducen a las patologías que son las principales causas de muerte en muchos países, se pueden clasificar en previsible e imprevisible, controlables y no controlables, de primera magnitud y de segundo rango. Además hay que tomar en cuenta que se presentan interacciones de los F. R. C. los cuales se potencializan entre sí; Ej si hay dos factores de primera magnitud, aumenta el riesgo de infarto agudo del miocardio (I A M) 4 veces, si hay tres factores de primera

magnitud aumenta 10 veces .

Factores no controlables.-

Edad.-

El porcentaje de riesgo de eventos coronarios en 10 años es 1.2% para un hombre de 30 años; para un hombre de 36 años es 2.4%; si es de 42 años 3.6%; si es de 48 años 5% etc.

Sexo.-

El riesgo del hombre es el doble de el de la mujer hasta la menopausia cuando se igualan

Herencia.-

El riesgo aumenta si el padre o la madre han sufrido un I A M antes de los 65 años, o un hermano antes de los 55 años.

Calvicie masculina.-

Aumenta el riesgo tres veces cuando está presente.

Factores modificables de primera magnitud.-

En orden descendiente de importancia son:

1.- Hipertrofia del ventriculo izquierdo (LVH).-

Es detectada en el electrocardiograma (EKG) o por ECO-KG. La LVH se desarrolla directamente proporcional a los niveles de presión arterial (PA). La LVH aumenta dos veces el riesgo de la cardiopatía isquémica (CI), tres veces el riesgo del IAM y seis veces el riesgo de muerte súbita (MS).

Su impacto aumenta al combinarse con hipertensión arterial (HTA). La interacción de LVH y HTA aumenta significativamente la mortalidad en 5 años, pudiendo llegar en algunos casos hasta 30% en los hombres o 20% en las mujeres.

2.- Hipertensión arterial (HTA).-

La presión arterial sistólica sobre 160 mm Hg aumenta dos veces y media la mortalidad cardiovascular (CVS), aumenta tres veces la cardiopatía isquémica, cinco veces la insuficiencia cardíaca (ICC) y siete veces los accidentes cerebrovasculares (ACV).

La HTA maligna caracterizada por una PA diastólica sobre 120 mm Hg, proteinuria y aumento de la creatinina, conlleva una mortalidad, de no ser tratada, de cerca de 90% en un año, la cual disminuye con el tratamiento a un 10%.

3.- Tabaquismo.- (mas de 10 a 20 cigarrillos diarios)

Aumenta 3 veces la cardiopatía isquémica y 5 veces la muerte súbita.

También aumenta 70 veces el riesgo de carcinoma del pulmón en fumadores fuertes; este es el carcinoma que presenta un mayor aumento en las estadísticas actuales, sobretodo en el sexo femenino.

4.- Hiperlipidemia.-

Un colesterol total de 250 mg/dL aumenta dos veces el riesgo de la cardiopatía isquémica; uno en 300 mg lo aumenta 4 veces.

El riesgo también aumenta con un colesterol HDL menor de 35 mg/dL, con un colesterol LDL sobre 150 mg/dL (mayor de 190 si es aislado), con una proporción LDL/HDL sobre 4, con una lipoproteína aumentada sobre 30 mg/dL. Esta última tiene un efecto antiplasminógeno y por lo tanto antifibrinolítico.

También el aumento de la apolipoproteína B, la cual es proporcional al colesterol LDL,

aumenta el riesgo de la mortalidad cardiovascular.

El aumento de los triglicéridos sobre 200 mg/dL aumenta 2 veces el riesgo de la cardiopatía isquémica; si el aumento es sobre 400 mg/dL también hay riesgo de pancreatitis. Si el aumento se asocia a un incremento en la enzima GGTP y/o macrocitosis, puede indicar hígado graso o una ingesta crónica de alcohol.

5.- Diabetes Mellitus.-

Aumenta dos veces el riesgo de la cardiopatía isquémica. También la intolerancia a la glucosa aumenta el riesgo de la CI.

La combinación de diabetes mellitus, hipertensión arterial y proteinuria (mas de 300 mg en 24 h) o microalbuminuria (30 a 300 mg en 24 h) aumenta 8 veces el riesgo de CI y 40 a 100% la mortalidad cardiovascular.

6.- Fibrinógeno.- (aumento a mas de 300-700 mg/dL).

Su impacto es considerado por algunos como igual o mayor que el del colesterol.

A la inversa, la aspirina en dosis antiplaquetarias, disminuye en 50% el riesgo del primer IAM y 20% el de el segundo en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Relacionado con el aumento de la viscosidad sanguínea el aumento del hematocrito sobre 50% aumenta el riesgo. También el aumento de la ferritina, donde cada aumento del 1%, aumenta un 4% el riesgo de CI. A la inversa una disminución del 1% del colesterol total, disminuye un 2% el riesgo de CI.

Otros factores modificables.-

1.- Obesidad.-

Un sobrepeso del 30% tipo androide, esto es en la mitad superior del cuerpo, con una circunferencia de la cintura mas de 70% de la de las caderas, aumenta dos veces el riesgo de CI y 3 veces el de muerte súbita. También aumenta el riesgo de la insuficiencia cardíaca congestiva. Un impacto similar o mayor tienen las dietas "Yoyo", con subidas y bajadas de peso superiores a 10 kilos.

2.- Sedentarismo.- (agua estancada)

Aumenta tres veces el riesgo de cardiopatía isquémica. Recuerde que el ejercicio disminuye en 50% el riesgo de la CI y mejora el estado de ánimo y la calidad de la vida.

3.- Taquicardia.- (frecuencia cardíaca sobre 90

latidos por min.)

Aumenta el riesgo, especialmente si se asocia a HTA.

4.- Acido úrico.-

Se desconoce el impacto que pueda tener el aumento de este producto metabólico.

5.- Anovulatorios.-

Con contenido de estrógenos sobre 50 mcg/dL aumentan significativamente el riesgo, si se asocia con HTA o tabaquismo, en mujeres mayores de 35 años. Esta combinación puede aumentar de 10 a 20 veces el riesgo de CI.

6.- Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.-

El primero produce aumento del colesterol y el segundo taquicardia, arritmias y aumento de la PA.

7.- Alcohol.-

Aumento de la ingesta a mas de 50 gramos por día en varones y a mas de 20 gramos por día en mujeres, puede provocar arritmias.

8.- Stress.-

El aumento del stress puede ser inquietante o placentero.

Personalidad tipo A en personas masculinas o tipo E en las femeninas.

Personalidad competitivo (a), agresivo (a), perfeccionista, impaciente, aumenta dos veces el riesgo de cardiopatía isquémica, a diferencia de la personalidad tipo B mas apacible.

El aumento del stress explica el 50% de los casos de cardiopatía isquémica no explicables por los F R C clásicos. También el aumento del stress prolongado conduce a depresión, infertilidad o impotencia.

Siempre se debe evaluar el estado de ansiedad o depresión del paciente, considerando elementos como su estado de ánimo, apetito, calidad del sueño, libido, etc.

Por otra parte, dormir siesta disminuye en un 30% el riesgo de I A M.

9.- Depresión.-

La depresión crónica como la depresión post I A M aumenta 3 veces el riesgo de el reinfarto, la soledad (vivir solo), aumenta dos veces el riesgo de reinfarto, la viudez aumenta de 3 a 5 veces el riesgo de la CI y la viudez en el hombre aumenta 10 veces la mortalidad en el primer año.

10.- Hostilidad o cólera crónica.-

Aumenta de 3 a 5 veces el riesgo de la

cardiopatía isquémica y también los reinfartos.

11.- Autoevaluación.-

Si una persona piensa que su salud es mala, aumenta el riesgo 5 veces en relación a una que piense que su salud es buena.

12.- Impotencia.-

Está relacionada con tabaco, diabetes, depresión y arteriosclerosis.

13.- Apnea del sueño.-

Independientemente o asociada a obesidad o HTA aumenta el riesgo, así como el insomnio.

14.- Cultural.-

La CI es 5 veces mas frecuente en USA que en Japón, lo cual parece asociarse a una disminución del stress debido a una vida mas organizada y disciplinada, lo cual en algunos casos parece ser mas importante que los lípidos, la PA o el tabaco; aunque actualmente esto está cambiando al aumentar el stress en Japón.

La situación socioeconómica y educativa favorable, sin pobreza, ni excesiva abundancia, pero con control de su vida, disminuye el riesgo.

Enfoque preventivo.-

En los próximos años se debe tratar de reducir el impacto cada vez mayor del llamado síndrome metabólico (Síndrome X o Síndrome de Reaven) compuesto por:

Resistencia a la insulina

Intolerancia a la glucosa

Hiperinsulinemia

Aumento de los triglicéridos VLDL

Disminución del colesterol HDL

Hipertensión Arterial

El Síndrome X +++ tiene además obesidad androide, hiperuricemia, sedentarismo y edad avanzada.

Calculo de riesgo.-

Un hombre de 40 años de edad, que fuma, tiene la PA en 160/95, colesterol en 300 mg/dL HDL 35; su riesgo de sufrir un evento coronario como IAM en 10 años es 21% versus 2.8% que sería lo normal. Si además tuviera LVH aumentaría su riesgo a 40%.

Ejemplos positivos.-

Con las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas, la mortalidad CVS que en la década de los 60 era casi el 50% del total en USA, disminuyó a casi la mitad en la década de los 80.

Frecuentes ejemplos de longevidad productiva se ven en personas activas muy

motivadas como Pablo Casals y otros directores de orquesta, Linus Pauling, Konrad Adenauer, Joaquín Balaguer, muchos peluqueros y abuelas campesinas.

Estas personas resumen el secreto de su longevidad en los siguientes factores:

Tener una vida ocupada, moderada y honrada. Trabajar duro, pero descansar suficiente y saber relajarse.

Comer de todo pero con moderación.

Tener buen humor, saber reírse, disfrutar de aprender y disfrutar de la vida.

O como lo expresó una campesina nicaraguense centenaria:

"Mucho trabajo, pocos disgustos y..... una cervecita de vez en cuando."

REFERENCIAS

- 1.- Kannel W B. Hypertension and the risk of cardiovascular disease. In Hypertension: Pathophysiology, diagnosis and management. Edited by J H Laragh and B M Brenner. Raven Press New York 1990: 101-17
- 2.- Blocker W P. Rehabilitación tras infarto del miocardio. Serie: Problemas cardiovasculares en la práctica diaria. Ciba-Geigy S A, Basilea Suiza 1987 : 36
- 3.- Borch-Johnsen K, Andersen P K, Deckert T. El efecto de la proteinuria en la mortalidad de la diabetes mellitus. Diabetología 1985; 28: 590-96
- 4.- Rosenthal J, Just H, Strauer B E, et al. Arterielle Hypertonie, Springer Verlag, Berlin, 1984: 910
- 5.- Bader H, Gietzen K, Wolf H U, Rosenthal J, Sanchez Delgado E, et al. Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie (Texto de Farmacología y Toxicología). Univ Ulm 2nd ed. Edition Medizin, VCH Publishers, Weinheim, Germany 1985: 842