

CONGRESO MUNDIAL DE CARDIOLOGÍA

NO EXISTE UNA DEFINICIÓN CLARA Y SE NECESITAN MÁS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

No hay datos fiables de muerte súbita por fracaso cardíaco

→ Los estudios epidemiológicos sobre muerte súbita son insuficientes y es necesario saber la proporción de pacientes con insuficiencia car-

diaca que mueren de forma súbita por fracaso cardíaco, para poder tomar las medidas preventivas que eviten estos sucesos.

Clara Simón Vázquez

No existen los datos suficientes para conocer los casos de muerte súbita en general y los asociados a fracaso cardíaco. "Los estudios son escasos y en algunos casos contradictorios. Este mes se publican las guías de la Asociación Americana del Corazón, del Colegio Americano de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, en las que se barajan unas cifras que oscilan entre 200.000 y 450.000 muertes súbitas anuales", ha explicado a DIARIO MÉDICO Jerónimo Farré, jefe del Servicio de Cardiología de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, que ha moderado una sesión sobre muerte súbita en el Congreso Mundial de Cardiología, que se celebra en Barcelona.

Uno de los problemas es que no existe una definición clara de muerte súbita; ahora se considera como la muerte en menos de una hora desde el comienzo de los síntomas o en las 24 horas siguientes.

No obstante, los datos disponibles oscilan entre cinco por 10.000 y diez por 10.000 habitantes al año. "En España si se podrían contemplar esas cifras, ya que la tasa de cardiopatía coronaria, que es la responsable máxima de la muerte súbita, aunque aquí es más baja que en Estados Unidos, sí que se aproxima. De hecho, nos podríamos mover



Jerónimo Farré, de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid.

en el rango bajo de estas cifras, pero se necesitarían estudios epidemiológicos bien diseñados".

Saber el porcentaje

Farré cree que es importante saber cuál es la proporción de personas que mueren súbitamente en relación con la mortalidad global. Se ha referido a los estudios

que se hicieron en Holanda, que muestran que la tasa de muerte súbita en relación con la mortalidad total oscila en los dos estudios en un 19 por ciento. "Es una tasa importante".

En cuanto a la muerte súbita por fracaso cardíaco, los citados trabajos demostraron que sólo el 12 por ciento de los sujetos que fallecen

Es importante saber cuál es la proporción de personas que mueren súbitamente en relación con la mortalidad cardiovascular global

Dos estudios holandeses muestran que el 12 por ciento de los sujetos que fallecen de forma súbita tienen historia previa de fracaso cardíaco

de forma súbita tienen historia previa de fracaso cardíaco. Farré ha comentado que hay que diferenciar entre muerte súbita en pacientes con fracaso cardíaco sistólico o diastólico, "aunque no se conoce bien".

En este sentido, los datos proceden de un subestudio del Charm, compuesto por un grupo de pacientes que tenía una fracción de eyección superior al 40 por ciento; es decir, con fracción preservada. En dicho grupo la muerte súbita representó el 30 por ciento, "que puede ser menos de lo que supone la muerte súbita en insuficiencia cardíaca sistólica".

Relación inversa

También se ha comprobado que existe una relación inversa entre el grado funcional y la importancia que tiene la muerte súbita en estos pacientes. En los que presentan uno bajo, el II, la contribución a la muerte súbita a la total es mayor, pudiendo llegar hasta el 60 por ciento, mientras que en los que tienen un grado funcional III, el porcentaje oscila entre el 30 y el 40 por ciento; por su parte, en los que están en un grado funcional avanzado, grado IV, puede ser un 15 por ciento y la mayoría de las muertes se deben a insuficiencia cardíaca progresiva.

DM

Más información sobre el congreso en el web de cardiología de: www.diariomedico.com

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 'REACH'

El control de los factores de riesgo es deficiente incluso en enfermos vasculares

Daniel Arbós

Barcelona

El control de los factores de riesgo cardiovascular que realizan los médicos es, en general, insuficiente, incluso en aquellas personas que ya han sufrido un ictus o un infarto. Así se desprende de los datos preliminares del trabajo Reach (*Reduction of Atherothrombosis for Continued Health*, en inglés).

El Reach es el mayor registro mundial de personas con alto riesgo de sufrir un episodio cardiovascular. Su objetivo es estudiar la evolución de 68.000 pacientes de 44 países durante cuatro años. Los participantes han sufrido alguna enfermedad aterotrombótica previa o presentan más de un factor de riesgo para desarrollarla (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo). Los resultados, tras dos años de seguimiento, muestran que "el manejo de los pacientes no es óptimo y es claramente mejorable", según ha afirmado Carmen Suárez, del Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Princesa, en Madrid, y coordinadora nacional del Reach.

De los 2.515 pacientes españoles incluidos, el 60 por ciento no tienen la tensión

controlada, el 43 por ciento presentan niveles excesivos de colesterol y el 35 por ciento tienen concentraciones altas de glucosa.

El abordaje incorrecto empeora el pronóstico de los enfermos. Así, el Reach revela que una de cada cinco personas con aterotrombosis sufrirá un ictus o un infarto o tendrá que ser hospitalizada por problemas vasculares a los dos años. Esto es grave si se tiene en cuenta que, "con los nuevos tratamientos, un paciente que recibe la medicación óptima y sigue los consejos del médico tiene un pronóstico excelente", ha añadido José Ramón González Juanatey, del Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

Según Suárez, sólo el 60 por ciento de los pacientes que han sufrido un infarto reciben la terapia adecuada. "Todas las personas incluidas en el trabajo son tributarias de tratarse con estatinas y antiagregantes, por ejemplo, pero menos del 80 por ciento reciben esos fármacos". Los cardiólogos han coincidido en que no sólo se debe ahondar en la mejora del tratamiento. "El paciente es responsable, y debe mantener el tratamiento".

ATEROESCLEROSIS EN HIJOS DE FUMADORAS

Confirman el daño que el tabaco provoca en el feto

D. Arbós

Barcelona

Un trabajo dirigido por José Milei, del Instituto de Investigaciones Cardiológicas de Buenos Aires, en Argentina, ha demostrado que el tabaco provoca lesiones en el corazón de los fetos, en concreto aterosclerosis.

El equipo que dirige Milei analizó 22 fetos que provenían de abortos espontáneos y 36 niños que murieron antes de cumplir un año. El trabajo detectó lesiones en el 83 por ciento de los fetos y en el 94 por ciento de los niños de madres fumadoras. En el caso de progenitoras sin el hábito tabáquico, la proporción no alcanzaba el 20 por ciento. Según Milei, "los niños de madres fumadoras tienen un mayor riesgo de padecer aterosclerosis, lo que puede provocar importantes enfermedades car-

diovasculares en la edad adulta". Otros estudios previos han demostrado que los fetos de gestantes fumadoras presentan mayor inestabilidad cromosómica (ver DM del 9-III-2005).

La impotencia del médico

Los facultativos consideran que no están preparados para ayudar a los fumadores a dejar el hábito. Ésta es la principal conclusión del estudio Stop, que ha recogido la opinión de 2.836 médicos de 16 países, 200 de ellos españoles. Los participantes coinciden en que el tabaquismo es difícil de abordar y el 41 por ciento reconocen que no saben cómo hacerlo. Más de la mitad afirman que no disponen de tiempo para ello. Por su parte, el 46 por ciento dicen tener otras prioridades.

ARRITMIAS Y DESFIBRILADORES

Existen dos mecanismos básicos de muerte súbita eléctrica por taquiarritmias ventriculares. Uno puede ser la existencia de un sustrato anatómicamente determinado, arritmógeno por el daño estructural que el paciente tiene debido a una miocardiopatía isquémica o no isquémica. O también puede ser por la presentación de un síndrome coronario agudo, erosiones de la placa de ateroma, que dan lugar a una fibrilación ventricular. "Esto nos lleva a que es necesario diferenciar los pacientes con insuficiencia cardíaca de etiología isquémica y no isquémica", ha apuntado Jerónimo Farré.

Los isquémicos pueden tener inestabilidad de las arterias coronarias y

la posibilidad de que se rompan o erosionen placas, por lo que habría que observar diferencias en la historia natural. Hay muchos datos en la literatura que corroboran que la historia natural de etiología isquémica es peor que la no isquémica. También hay que valorar la respuesta que tienen los pacientes a la implantación de desfibrilador en aquéllos con insuficiencia cardíaca de grado funcional II y III, "ya que si se tienen en cuenta los datos de los estudios Merit y Comet, en los primeros 18 meses la insuficiencia cardíaca representa el 55 por ciento de la mortalidad, por lo que hay que mejorar la terapia con desfibrilador y hacer una selección más adecuada".