



Revisión

Enfermedad cardiovascular: una visión desde la salud global

Alejandro Salinas Botrán^{a,*}, José Manuel Ramos Rincón^b y Miguel de Górgolas Hernández-Mora^c^a Servicio de Medicina Interna, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Hnos. de San Juan de Dios, Madrid, España^b Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina, Hospital General Universitario de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España^c Departamento de Medicina, División de Enfermedades Infecciosas, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de octubre de 2012

Aceptado el 10 de enero de 2013

On-line el 20 de marzo de 2013

Palabras clave:

Enfermedad cardiovascular

Globalización

Salud global

Medicina tropical

RESUMEN

La era de la globalización ha traído consigo el movimiento de grandes masas poblacionales entre países, obligando al médico clínico de nuestros días a enfrentarse a entidades poco conocidas o ya olvidadas en nuestro medio. En los últimos años, cada vez más médicos desarrollan parte de su actividad profesional en centros sanitarios de países en vías de desarrollo como voluntarios o expatriados. El objetivo de este trabajo es resumir las nociones básicas epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de las principales enfermedades cardiovasculares con las que un médico procedente de un país de renta alta se puede encontrar en un centro sanitario rural del trópico, o con las que nos podemos encontrar en nuestro medio en los pacientes que provienen de países de renta baja.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cardiovascular disease: A view from global health perspective

ABSTRACT

Globalization has facilitated the movement of large number of people around the world, leading modern clinicians to attend patients with rare or forgotten diseases. In the last few years many doctors are working in developing countries as volunteers or expatriates. The aim of this article is to summarize the basic epidemiological, clinical and therapeutic knowledge of the main cardiovascular diseases that a medical doctor from a developed country may attend in a tropical rural hospital, or with challenging diseases in patients coming from developing countries.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Cardiovascular disease

Globalization

Global health

Tropical medicine

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, afectando por igual a ambos sexos. Más del 80% de las mismas ocurren en países de ingresos bajos y medios¹, posiblemente por un menor acceso a la asistencia sanitaria, y suponen una importante carga de morbilidad en países desarrollados². La hipertensión arterial (HTA), más prevalente y difícil de tratar en individuos de raza negra, junto con dietas ricas en sal, frecuentes en determinadas culturas gastronómicas, hacen que las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares sean una causa importante de fallecimiento en países con escasos recursos. Por otro lado, las enfermedades infecciosas tales como la fiebre reumática, la tuberculosis, el dengue o la tripanosomiasis americana, endémicas en muchos países de clima tropical y

subtropical, son responsables de una importante carga de morbimortalidad³. Por último, existen otras enfermedades infrecuentes en el mundo occidental que prevalecen en países tropicales, como la fibrosis endomiocárdica, la miocardiopatía periparto, el déficit vitamínico de tiamina o las vasculitis de grandes vasos.

Insuficiencia cardíaca en el medio tropical

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) es una enfermedad prevalente en países con escasos recursos, suponiendo el 3-7% de los ingresos en hospitales de África subsahariana⁴. A diferencia del mundo occidental, las principales causas de ICC en el medio tropical son de origen no-isquémico, afectando principalmente a población joven y de mediana edad. La HTA, la enfermedad cardíaca reumática, la pericarditis y las cardiomiopatías son las principales causas en estos países (tabla 1)⁵⁻⁷.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable de miocardiopatía en pacientes con avanzado

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Alejandro.Salinas@sjd.es (A. Salinas Botrán).

Tabla 1

Causas de insuficiencia cardíaca congestiva en África subsahariana y su prevalencia, según distintas series

	Mayosi ⁴	Budzee et al. ⁵	Oji et al. ⁶	Onwuchekwa y Asekomeh ⁷
Hipertensión	23	15	62,7	56,3
Enfermedad valvular reumática	22	31	7,4	4
Miocardopatía (dilatada, periparto y fibrosis endomiocárdica)	20	35	18,2	12,2
Miscelánea y desconocida	13		9,9	11,1
<i>Cor pulmonale</i>	7	8	1,8	2,1
Enfermedad cardíaca sifilítica	7			
Pericarditis	3	7		
Enfermedad cardíaca congénita	3	3		0,2
Enfermedad cardíaca isquémica	2			

Datos en porcentajes.

estado de inmunodepresión y su frecuente asociación a tuberculosis hace que la pericarditis de este origen sea la causa principal de derrame pericárdico en África⁸. Las secuelas de una tuberculosis pulmonar producen hipertensión pulmonar (HTP) secundaria, llevando a un *cor pulmonale* crónico e ICC. La afectación cardíaca por sífilis es responsable, asimismo, de casos de ICC, aunque la prevalencia de infección luética ha disminuido gracias al uso generalizado de penicilina⁹. Por último, a diferencia del mundo occidental, la enfermedad coronaria como causa de ICC es infrecuente en África, al ser menor la edad poblacional y la exposición a factores de riesgo cardiovascular clásicos.

Hipertensión arterial en el medio tropical

La HTA constituye la enfermedad no-infecciosa más frecuente en el medio tropical, con una prevalencia muy variable según las zonas. Así, en áreas rurales donde la obesidad es rara, las tasas suelen ser menores del 5%, mientras que en áreas urbanas, donde la obesidad empieza a ser más común, la prevalencia puede alcanzar el 40-50%¹⁰. Es bien conocido que la ingesta elevada de sal está estrechamente relacionada con la aparición de cifras altas de presión arterial, y su empleo en países en desarrollo, bien como condimento, bien como método de conservación de los alimentos, es muy común, con la consiguiente elevación del riesgo cardiovascular¹¹.

Por otro lado, la HTA es más prevalente en individuos de raza negra y está asociada a una mayor frecuencia de episodios vasculares⁸. Para explicar este fenómeno se han postulado varias hipótesis: valores de renina plasmática disminuidos, mayor sensibilidad a valores de sodio, diferencias genéticas en el eje renina-angiotensina-aldosterona, o aumento de las resistencias vasculares periféricas⁵.

En lo referente a las complicaciones de la HTA, estas son similares a las del mundo occidental, aunque la prevalencia de ictus y enfermedad cerebrovascular es claramente mayor en individuos de raza negra¹². La hipertrofia ventricular izquierda puede conducir a fracaso cardíaco congestivo, y la afectación renal por la HTA es una de las causas más frecuentes de insuficiencia renal crónica. Asimismo, la retinopatía hipertensiva presenta tasas similares a las del mundo occidental.

El régimen de tratamiento dependerá de la política sanitaria de cada país y de los fármacos antihipertensivos disponibles. Se debe recomendar la reducción de la ingesta de sal, la abstinencia del hábito tabáquico y la supresión del consumo de alcohol. Dada la importancia de la adherencia al tratamiento, las terapias de una sola dosis diaria deberían prevalecer a la hora de elegir un fármaco. Por otro lado, es importante resaltar que determinados grupos farmacológicos, habituales en la práctica diaria en el mundo occidental, pueden no ser igualmente efectivos en determinados grupos étnicos. Así, los fármacos betabloqueantes y los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) se han mostrado menos eficaces en la reducción de las cifras tensionales en

pacientes de raza negra. En cambio, los fármacos antagonistas del calcio y los diuréticos de tipo tiazídico serán más efectivos en este grupo étnico¹³ (tabla 2).

Enfermedad coronaria en países tropicales

Excluyendo la aterosclerosis, principal causa de enfermedad coronaria en el mundo, existen otras entidades a tener en cuenta en un entorno tropical que pueden condicionar una isquemia coronaria. La anemia de células falciformes, frecuente en individuos de raza negra, puede provocar obstrucción de cualquier vaso de la economía con la consiguiente aparición de infarto en el territorio irrigado (hueso, miocardio). La aortitis sifilítica no tratada puede ocasionar inflamación de los ostium coronarios con la consiguiente isquemia.

Varias entidades de muy distinta etiología pueden asentar en un mismo individuo. No es infrecuente que un paciente en un entorno con escasos recursos pueda sufrir una anemia carencial y/o asociada a parásitos intestinales, que, unido a una posible cardiopatía de alto flujo (por ejemplo, déficit de vitamina B₁), conllevaría una isquemia coronaria en un paciente joven.

Otra causa rara que puede distorsionar una arteria coronaria es el aneurisma subvalvular anular del ventrículo izquierdo¹⁴, entidad descrita en varios países tropicales que puede identificarse como una sombra en una radiografía de tórax rodeando el ventrículo izquierdo. Puede ocasionar trombosis local o incluso comprimir la arteria circunfleja en su crecimiento.

Enfermedades tropicales en el medio rural

La enfermedad cardiovascular en el medio tropical incluye un amplio espectro de entidades de muy distinta etiología (tabla 3).

Fiebre reumática y enfermedad valvular reumática

Frecuente en países con escasos recursos, se asocia a situaciones de pobreza y hacinamiento, siendo la población infantil la principalmente afectada. La prevalencia de enfermedad cardíaca reumática en población infantil (5-14 años) de países subdesarrollados se estima en cifras de hasta el 5,7/1.000 en África subsahariana¹⁵, teniendo un impacto elevado en Latinoamérica y el Subcontinente Indio.

Tabla 2

Recomendaciones de tratamiento antihipertensivo en el medio tropical

Dar preferencia a fármacos de una sola dosis diaria
Betabloqueantes e IECA: menos efectivos en raza negra en monoterapia
Antagonistas del calcio y tiazidas de elección
Crisis hipertensiva: metildopa 500 mg/4 h vo. o hidralazina 10 mg/4 h im.
Tratamiento antihipertensivo según política sanitaria de cada país y fármacos disponibles en cada región

IECA: inhibidor de la enzima conversiva de la angiotensina; im.: vía intramuscular; vo.: vía oral.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3798833>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3798833>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)