

## PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ARTRITIS REUMATOIDE. CENTRO CARDIOVASCULAR REGIONAL CENTRO OCCIDENTAL

\*María Arends \*Martha Silva

### RESUMEN

La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La artritis reumatoide (AR) se asocia con el desarrollo prematuro de enfermedades cardiovasculares y la esperanza de vida se reduce principalmente debido a un incremento en la muerte cardiovascular. Se realizó un estudio retrospectivo de revisión de historias médicas con el objetivo de describir el perfil clínico de los pacientes con cardiopatía isquémica y AR que acudieron a la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiovascular del Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental desde enero 2013 hasta diciembre 2018. Se incluyeron 37 pacientes con diagnóstico de AR que presentaron algún evento coronario. El 62% de los pacientes eran del sexo femenino con una edad media de  $59 \pm 11$  años; el 65% tenían menos de 10 años de diagnóstico de AR. El sedentarismo representó el factor más frecuente (92%), seguido de HTA (76%), tabaquismo (73%), DM (43%), antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (24%), obesidad (22%), dislipidemia (16%) y ERC (11%); el tipo de evento coronario más frecuente fue el IMsEST (43%). El análisis multivariado no mostró relación estadísticamente significativa entre número de factores de riesgo y tiempo de duración de la AR con la presencia de lesiones coronarias. El sedentarismo fue el factor de riesgo más frecuente en esta población especial sin embargo el comportamiento de los factores de riesgo tradicionales para cardiopatía isquémica en los pacientes con AR no difiere del de la población general.

**Palabras clave:** artritis reumatoide, cardiopatía isquémica, factores de riesgo, sedentarismo, hipertensión

### CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ISCHEMIC CARDIOPATHY AND RHEUMATOID ARTHRITIS. CENTRO CARDIOVASCULAR REGIONAL CENTRO OCCIDENTAL

### ABSTRACT

Ischemic heart disease is the most frequent cause of morbidity and mortality worldwide. Rheumatoid arthritis (RA) is associated with premature development of cardiovascular disease and life expectancy is mainly reduced due to an increase in cardiovascular death. A descriptive and retrospective review of medical charts was conducted with the objective of describing the clinical profile of patients with ischemic heart disease and RA who attended the Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiovascular del Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental from January 2013 to December 2018. 37 patients with RA diagnosis who presented a coronary event were included. The results show that 62% of patients were female with a mean age of  $59 \pm 11$  years; 65% had less than 10 years of diagnosis of RA. Sedentary lifestyle represented the most frequent factor (92%), followed by HTA (76%), smoking (73%), DM (43%), family history of ischemic heart disease (24%), obesity (22%), dyslipidemia (16%) and finally CKD (11%); the most frequent type of coronary event was the IMsEST (43%). The multivariate analysis showed no statistically significant relationship between the number of risk factors and the duration of RA with the presence of coronary lesions. Sedentary lifestyle was the most frequent risk factor in this population however the behavior of traditional risk factors for ischemic heart disease in patients with RA does not differ from the general population.

**Key words:** rheumatoid arthritis, ischemic heart disease, risk factors, sedentary lifestyle, hypertension

\*Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico del autor principal: mariamilagroarends@gmail.com](mailto:correo_electronico_del_autor_principal:mariamilagroarends@gmail.com)

Recibido: 15/12/2019  
Aceptado: 22/03/2020



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

## INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de morbimortalidad a nivel mundial, con un incremento de su prevalencia en los últimos años. La misma es responsable de casi 1.8 millones de muertes al año, lo que corresponde al 20% de todas las muertes en Europa, con grandes variaciones entre países. Esta entidad sigue siendo una de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes en el mundo, incluso representa la primera causa de muerte en más de la mitad de los países latinos<sup>(1)</sup>.

Venezuela no escapa de tal realidad, pues se observa desde el 2013 que las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de muertes, ocupando un 20,6% de los cuales 13,7% corresponden a infarto agudo al miocardio<sup>(2)</sup>.

Es claro que la prevalencia de la cardiopatía isquémica está estrechamente relacionada con la presencia de factores de riesgo cardiovascular, tales como hipertensión arterial (HTA), obesidad, sobrepeso, diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), tabaquismo, sedentarismo y dislipidemia. Estos factores de riesgo considerados tradicionales, condicionan una probabilidad determinada de padecer un evento cardiovascular en el futuro y basado en estos conocimientos se han diseñado escalas que clasifican a los pacientes según el riesgo<sup>(1)</sup>.

Ahora bien, algunos estudios han demostrado que los factores de riesgo cardiovascular tradicionales incluidos en la puntuación de riesgo de Framingham solo pueden explicar parte de este mayor riesgo, por lo que el surgimiento de nuevos factores de riesgo cardiovasculares, llamados factores emergentes, se convierten cada vez más en un escenario de interés para muchos clínicos y científicos. Entre estos factores de riesgo se destacan la proteína C reactiva, homocisteína, fibrinógeno, amilide A sérico, dímero D y otros marcadores proinflamatorios como factor reumatoide, interleukina 1, 6 y 18. Es importante considerar que estos marcadores comúnmente están elevados en diversas patologías como la artritis reumatoide (AR) y se sabe que la presencia de

esta enfermedad puede duplicar el riesgo de padecer un evento coronario agudo<sup>(3)</sup>.

La artritis reumatoide es una patología inflamatoria crónica común que afecta alrededor del 1% de la población general. Se ha documentado un aumento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con AR, principalmente debido a la aterosclerosis coronaria y cerebrovascular acelerada, además de otras complicaciones cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca. Las muertes asociadas a la enfermedad cardiovascular son alrededor de un 50% mayores entre los pacientes con AR en comparación con los controles. Sin embargo, este aumento del riesgo no se limita a los pacientes con AR establecida ya que el aumento de la mortalidad también se documenta en pacientes con factor reumatoide positivo (FR) y artritis inflamatoria temprana<sup>(4)</sup>.

Por otro lado, investigaciones recientes muestran que el riesgo de cardiopatía isquémica es significativamente mayor entre los pacientes con AR en comparación con la población general y que esto a su vez es independiente de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Los pacientes con AR tienen una 1.36 veces más probabilidades de presentar eventos coronarios. Ahora bien, a pesar que este riesgo parece ser independiente de la presencia de factores de riesgos tradicionales, otros investigadores han mostrado interés en describir la presencia de dichos factores en los pacientes con AR y cardiopatía isquémica<sup>(5)</sup>.

En este sentido se planteó realizar un estudio con el objetivo de describir el perfil clínico de los pacientes con cardiopatía isquémica y artritis reumatoide que acudieron a la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiovascular del Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental desde enero 2013 hasta diciembre 2018.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio es de tipo descriptivo con revisión retrospectiva de historias clínicas que incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y cardiopatía isquémica que acudieron a la Unidad de Prevención Secundaria y

Rehabilitación Cardiovascular del Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental desde enero 2013 hasta diciembre 2018.

Una vez obtenidos los datos se procedió a su procesamiento y análisis, para lo cual se emplearon medidas estadísticas de frecuencia y porcentajes. Los mismos fueron presentados en figuras.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Actualmente la evidencia muestra la estrecha relación que existe entre la artritis reumatoide y la cardiopatía isquémica. Se cree que por lo menos el 1% de la población general padece de AR y asimismo se ha observado que las muertes por cardiopatía isquémica en este grupo de pacientes es hasta un 50% mayor respecto al resto de la población, esto probablemente asociado en gran manera a la presencia de aterosclerosis acelerada que existe en el curso natural de la enfermedad, sin embargo el conocer el perfil clínico y de riesgo en estos pacientes se ha convertido en un escenario atractivo a la investigación y asimismo indispensable en el manejo integral de estos pacientes<sup>(4)</sup>.

Se incluyeron un total de 37 pacientes con diagnóstico de AR que se encontraron en la base de datos de la Unidad de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiovascular del Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental, los cuales presentaron algún evento coronario en el período enero 2013 a diciembre 2018. La edad media de presentación de eventos coronarios en este grupo de pacientes fue de  $59 \pm 11$  años y el 62% correspondieron al sexo femenino, lo que guarda relación con los resultados descritos por Levi y colaboradores<sup>(5)</sup>, Moreno<sup>(6)</sup> y Gomes y colaboradores<sup>(7)</sup>. Dichos autores observaron que el sexo más prevalente fue el femenino, paradójicamente a pesar de que las enfermedades cardiovasculares son más prevalentes en el sexo masculino sin embargo tratándose de una población especial como los pacientes con AR, hay que resaltar que la enfermedad es más frecuente en mujeres.

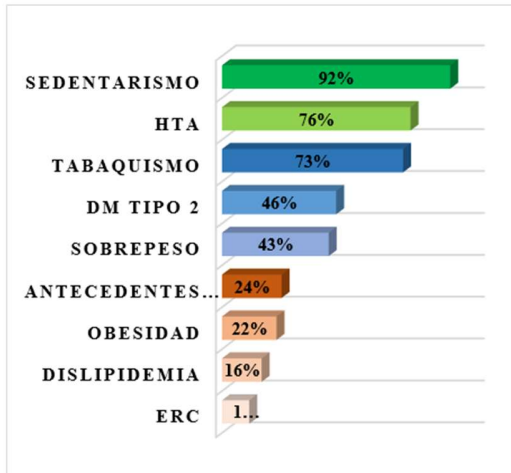
Por otro lado, la distribución de pacientes según el tipo de evento coronario dejó en evidencia

que fue más frecuente el IMsEST (43%) seguido del IMcEST (41%) y la angina inestable apenas se presentó en un 16% de los pacientes. Estos datos pudieran explicar el por qué tan solo 15 pacientes fueron llevados a estratificación invasiva, respondiendo a la presencia de otras variables clínicas que sumen riesgo y sean consideradas para la realización de coronariografía en el caso de los SCAsST. Aunado a esto, según condición socioeconómica actual del país, es de considerar que pudo haber limitantes para la realización del procedimiento aun existiendo claras indicaciones.

Al evaluar la distribución de factores de riesgo tradicionales para cardiopatía isquémica se observó que el sedentarismo representó el factor más frecuente en la población en estudio con un 92%, seguido de HTA (76%), tabaquismo (73%), DM (43%), antecedentes familiares de cardiopatía isquémica (24%), obesidad (22%), dislipidemia (16%) y finalmente ERC (11%) (figura 1). Estos hallazgos fueron similares a los obtenidos por Gomes y colaboradores<sup>(7)</sup> quienes reportaron que el factor más frecuente fue el sedentarismo con un 60%, sin embargo estos resultados no guardan tanta relación con los observados en otros estudios y esto probablemente responda a dos aspectos importantes, la metodología utilizada y el número de pacientes incluidos. Moreno<sup>(6)</sup> reportó como factores de riesgo más prevalentes la HTA en un 32% y sobrepeso en un 36%; no así Levi y colaboradores<sup>(5)</sup> quienes reportaron que la dislipidemia e HTA son los factores más frecuentes en un 93,6% y 82,8% de los casos e incluso se reportó que ambos aumentaron el riesgo de eventos coronarios 4.48 y 2.52 veces más comparándoles con el grupo control.

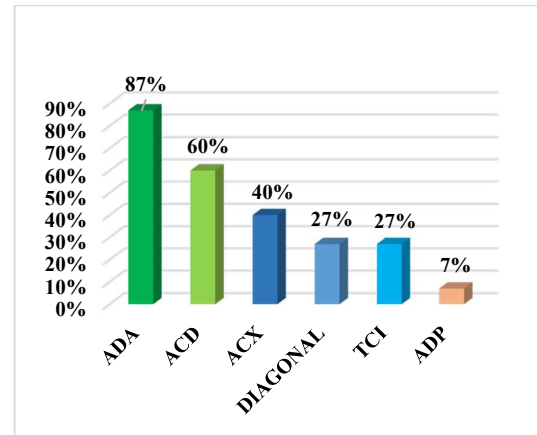
La historia familiar de cardiopatía isquémica y la duración de la enfermedad fue reportada en el estudio de Gomes y colaboradores<sup>(7)</sup>. En este estudio se observó que el 42,9% de los 296 pacientes incluidos presentaron algún antecedente de cardiopatía isquémica en familiares de primera línea. Al realizar el análisis multivariable observaron que el tiempo de diagnóstico de AR mayor a 11 años aumentó el riesgo de cardiopatía isquémica 8.2 veces más. En esta investigación en cuanto al tiempo de

diagnóstico de la AR se observó que el 65% de los pacientes tenía menos de 10 años de diagnóstico de la AR hasta la presentación del primer evento coronario agudo.

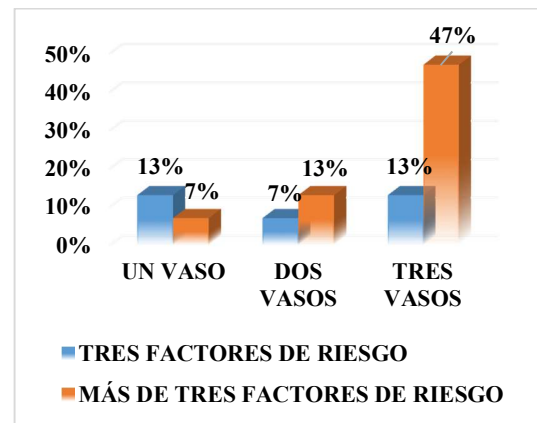


**Figura 1.** Distribución porcentual de los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica y AR. Unidad de prevención secundaria y rehabilitación cardiovascular del CCR Centro Occidental.

Ahora bien, en esta investigación se realizó un análisis de los 15 pacientes en los que fue realizada la coronariografía. Se observó que 14 pacientes tenían enfermedad coronaria significativa, incluso en su mayoría (80%) eran severas y 13% oclusivas y en un paciente se reportó un aneurisma de la ADA. En la figura 2 se puede observar que, en cuanto a la localización, el vaso más frecuentemente afectado fue la ADA (87%), seguida de ACD (60%), ACX (40%) y TCI (27%), asimismo, el 73% de estos pacientes tenían lesión de más de un vaso. El análisis multivariable de este grupo mostró que aquellos pacientes que tenían más de tres factores de riesgo para cardiopatía isquémica presentaron en un 47% enfermedad coronaria trivascular, sin embargo, la comparación de estos datos con el grupo que tenía menos de tres factores no mostró significancia estadística ( $p=0,09$ ) (figura 3). Por otro lado, la enfermedad coronaria trivascular fue más frecuente en el grupo cuyo tiempo de duración de la enfermedad era menor a 10 años, resultados que tampoco tuvo significancia estadística (figura 4).

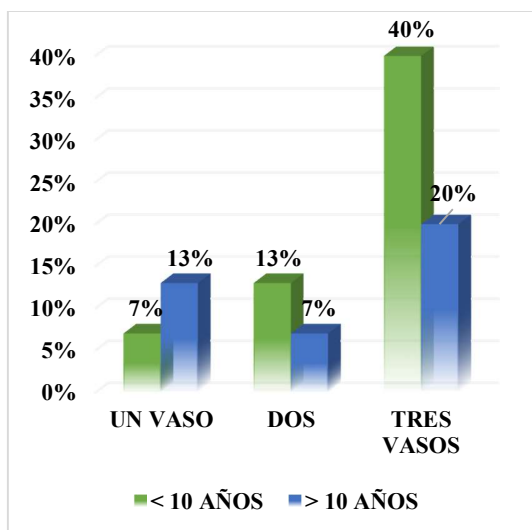


**Figura 2.** Distribución de las lesiones coronarias en pacientes con cardiopatía isquémica y AR. Unidad de prevención secundaria y rehabilitación cardiovascular del CCR Centro Occidental.



**Figura 3.** Lesiones coronarias y factores de riesgo. Unidad de prevención secundaria y rehabilitación cardiovascular del CCR Centro Occidental.

Ahora bien, la sola presencia de 15 coronariografías de 37 pacientes incluidos en el estudio representa una franca limitación para la investigación; no es posible determinar con certeza si las lesiones coronarias guardan mayor relación con los propios factores de riesgo tradicionales para cardiopatía isquémica que con la duración de la enfermedad, considerando que esta última ha sido seleccionada de forma muy arbitraria y subjetiva en todos los estudios puesto que el tiempo que transcurre desde confirmado el diagnóstico de AR hasta la presentación de un primer evento coronario no representa fehacientemente la duración de la enfermedad.



**Figura 4.** Duración de la AR y lesiones coronarias. Unidad de prevención secundaria y rehabilitación cardiovascular del CCR Centro Occidental.

En atención a lo expuesto surgen interrogantes acerca del rol de la AR en la cardiopatía isquémica. Los estudios experimentales han mostrado que los pacientes con AR tienen dos veces más riesgo de tener eventos coronarios y esto responde a una fenómeno inmunológico que es capaz de acelerar el proceso de aterosclerosis, sin embargo la presencia de factores de riesgo tradicionales no muestra ser diferente en relación a la población general, lo que hace imprescindible realizar más estudios con un diseño de casos y controles que permitan hacer comparaciones.

## CONCLUSIONES

1. La cardiopatía isquémica en el escenario de la artritis reumatoide es más frecuente en el sexo femenino y la edad de presentación de eventos coronarios en promedio es de  $59 \pm 11$  años.
2. El tiempo de duración de la enfermedad no guardó relación con la presencia de lesiones coronarias.
3. El sedentarismo fue el factor de riesgo más frecuente en esta población especial, sin embargo, el comportamiento de los factores de riesgo tradicionales para cardiopatía

isquémica en los pacientes con AR no difiere de la población general.

4. En su mayoría los pacientes presentaron enfermedad coronaria multivaso con predominancia de la ADA y asimismo casi todas las lesiones fueron severas. Este análisis está sujeto solo a los quince pacientes que fueron llevados a estratificación invasiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonaca M, Bhatt D, Cohen M, Steg P, Storey R, Jensen E, et al. Longterm use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015; 372; 1791–1800.
2. República Bolivariana de Venezuela Anuario de Mortalidad. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). [Datos en línea]. Disponible: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>. [consulta: 2019, Enero 19].
3. González M, González C. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. Importance and clinical management. *Reumatol Clin* 2009; 5(3): 95-97.
4. Singh J, Saag K, Bridges J, Aki E, Bannuru R, Sullivan M, et al. American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016; 68(1): 1-26.
5. Levi E, Abdulla L, Watad A, Tiosano S, Comaneshter D, Arnon D, et al. Coexistence of ischemic heart disease and rheumatoid arthritis patients A case control study. *Autoimmu Rev* 2016; 15(4); 393-396.
6. Moreno S. Artritis reumatoide y riesgo cardiovascular: ¿mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos?. *Revista Clínica Española* 2014; 214: 775.

Arends M, Silva M. Perfil clínico de los pacientes con cardiopatía isquémica y artritis reumatoide. Centro Cardiovascular Regional Centro Occidental Boletín Médico de Postgrado 2020; 36(2): 31-36. ISSN: 0798-0361

7. Gomes R, Albers A, Salussoglia A, Bazzanb A, Schreiner L, Vieira M, et al. Prevalence of ischemic heart disease and associated factors in patients with rheumatoid arthritis in Southern Brazil. Rev Bras Reumatol 2017; 57(5):412-418.