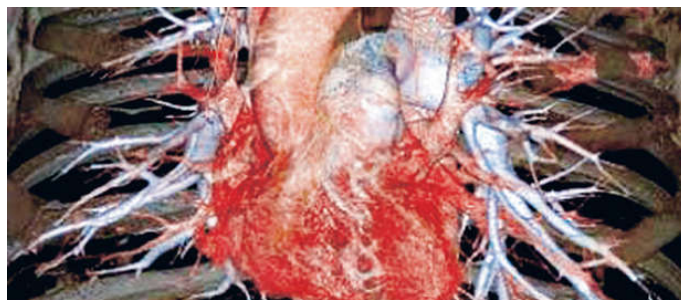


Ataque al corazón: ¿Se puede predecir cuándo ocurrirá?



Ataque al corazón: ¿Se puede predecir cuándo ocurrirá?

Según los datos de la Fundación Española del Corazón, 68.500 personas sufren un infarto agudo de miocardio al año y un 40% fallece. Sólo un 25% reunían factores de riesgo y antecedentes familiares, pero el resto no. La Medicina busca en la genética y a través de las técnicas de imagen la respuesta definitiva

13 Febrero 09

Las cifras hacen saltar las alarmas. Cada año se producen 68.500 infartos agudos de miocardio y cuatro de cada diez personas no lo supera, según datos de la Fundación Española del Corazón. No hay un único «culpable» del origen de este problema, ya que las patologías cardiovasculares «se deben no sólo a los siete factores clásicos de riesgo como la presión arterial, la obesidad, el colesterol, el azúcar en sangre, el tabaquismo, la actividad física y la edad –en hombres con más de 55 años y mujeres de más de 60–, sino a otros que nos quedan por conocer», manifiesta Valentín Fuster, presidente científico del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) y director de cardiología del centro médico Mount Sinai (Nueva York). Una de las claves que persigue la Medicina es saber por qué sólo un 25 por ciento de la población que reúne al menos dos factores de riesgo sufre un ataque, frente al 75 que se libra de ello. «Conocer quién y por qué sufrirá un infarto no sólo evita el susto al paciente, sino innumerables costes económicos a las administraciones», subraya Fuster.

Quizás a estos puntos claves se deben añadir los antecedentes, así como la carga genética. En este campo recientemente se han producido algunos descubrimientos que abren nuevas vías de estudio y tratamiento, a través de un trabajo publicado en «Nature genetics». «De momento, hasta que lleguen nuevos estudios, el hallazgo de nueve marcadores moleculares sirve como información adicional y complementaria a la que ya podemos tener de los pacientes a través de los estudios clínicos a los que se les somete para determinar su riesgo vascular».

Así de contundente se muestra Rafael Elosua, del Instituto de Investigación Médica del Hospital del Mar en Barcelona, cuyo equipo de investigadores participa junto a otros internacionales en el Consorcio de Genética del Infarto de Miocardio, cuando se pregunta sobre el alcance de este nuevo descubrimiento a corto y medio plazo. «No podemos hablar de algo tangible en poco tiempo, sobre todo cercano a los pacientes. De momento, nos sirve para identificar los mecanismo causales del infarto precoz, que hasta

ahora se desconocían y que podrán llevarnos a desarrollar nuevos medicamentos y métodos diagnósticos», explica Elosua.

Los nuevos marcadores se encuentran en nueve genes diferentes. Elosua precisa que «seis ya se habían identificado en algún estudio anterior con episodios vasculares y tres son completamente novedosos». A través del trabajo, se conoce que dos genes intervienen en el control de los niveles de colesterol en sangre –responde a las siglas LDLR y PCSK9– y un tercero se encuentra relacionado con los mecanismo de inflamación –CXCL12– «que influye en el desarrollo de placas de aterosclerosis en las arterias, –añade Elosua y continúa– Sin embargo, no se halló la relación de los otros seis con el infarto». El estudio concluye que cada uno de ellos supone un riesgo entre un 10 y un 15 por ciento mayor de sufrir un infarto agudo de miocardio.

Nuevos pasos

Pese a que aún no se podría disponer de una prueba que emplear en los pacientes para medir genéticamente el riesgo de infarto, estos descubrimientos permitirán hallar nuevos mecanismos fisiológicos que provocan un ataque al corazón. Por ello, Elosua resalta la importancia de este paso científico, «podremos no sólo cuantificar el riesgo, sino también identificarlo, por ejemplo en la arterosclerosis y la patología isquémica». Así, Esteban López de Sá, secretario de la Sociedad Española del Corazón y jefe de la Unidad Coronaria del Hospital Universitario La Paz, en Madrid, expone que «poseer o no un gen no es determinante, ya que las posibilidades tan sólo se reducen a la mitad».

La medicina actual no cesa en la búsqueda de nuevos sistemas de detección precoz del ataque al corazón. Una de las vertientes más prometedoras se encuentra en el diagnóstico por imagen, aunque de momento tampoco es capaz de resolver matemáticamente las posibilidades de sufrir o no un infarto. «El desarrollo tecnológico está encaminado a poder aumentar nuestra sensibilidad diagnóstica para predecir qué personas están en riesgo, aunque sus marcadores clásicos (colesterol, tensión...) no evidencian un riesgo elevado de padecer enfermedad cardiovascular», manifiesta José Luis Zamorano, presidente de la Sociedad Europea de Ecocardiografía.

La importancia de la imagen

En este sentido, «la medición del grosor de la pared de las carótidas con ecografía o la presencia de calcio en las coronarias con TAC (tomografía axial computerizada) multicorte) ya están dando muy buenos resultados para poder estratificar el riesgo», añade Zamorano. A propósito de ello, Fuster acaba de culminar la primera parte de un ambicioso estudio que busca demostrar «la eficacia de las técnicas de imagen a modo de cribado para poder distinguir quién sí y quién no sufrirá un infarto a corto y medio plazo. Ya que nos enfrentamos a una enfermedad muy sistémica, difusa, que puede dar la cara en cualquier parte del cuerpo y es allí donde debemos encontrarla», apunta el presidente del CNIC. La investigación, denominada «BioImage» y cuyos resultados definitivos saldrán a la luz en breve, examina el sistema cardiovascular de los pacientes a través de ocho tecnologías de imagen diferentes (angio TAC coronario, ecografía, PET, CT, resonancia magnética, ultrasonidos, ecocardiograma, angiografía), con el fin de «determinar no sólo si se tiene visos de enfermedad o no antes de tratarlo médicamente, sino para comprobar cuál es la más adecuada desde el punto de vista de la economía y la efectividad». Las técnicas pasan por someter a un grupo de 8.000 pacientes a una serie de pruebas con el fin de hallar la más eficaz.

Si no son los costes económicos, otro de los argumentos que rechaza el uso de los TAC se basa «en la excesiva radiación que recibirían los pacientes, muchos tan sólo por pasar el cribado», apunta López de Sá. Sin embargo, los equipos de última generación, como explica el jefe de la Unidad de Diagnóstico por Imagen del Hospital Ruber Internacional, Santiago Olliete, «ahora la radiación es un 70 por ciento menos, entre tres y ocho milisiber, la misma o menor que la de un cateterismo, que oscila entre seis y 18, y encima la fiabilidad es la misma».

Hasta que todas estas opciones se conviertan en una realidad tangible para los pacientes y la Medicina encuentre una respuesta, ¿qué debe hacer la población? «No se debe confiar. “Como no tengo altos niveles de la proteína C reactiva ni el grosor íntimo de la media, ni los genes, me despreocupo”. Esto es un grave error, porque los riesgos clásicos también influyen. Todos debemos estar en alerta», subraya López de Sá.