

Riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 40 años

YHONNATAN ALEXANDER CORRES VILLAMIZAR, MARIANELA CAMEJO PUENTES.

Facultad de Ciencias Médicas "Ernesto Che Guevara de la Serna", Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: ampliar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo cardiovasculares que afectan a la población en general y en especial a los adultos mayores de 40 años.

Métodos: se realiza una revisión bibliográfica para ampliar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo cardiovasculares que afectan a la población en general y en especial a los adultos mayores de 40 años

Resultados: las enfermedades cardiovasculares (ECV) tienen una prevalencia muy alta, están diagnosticadas en 80 millones de adultos, casi 35% de la población adulta. Actualmente se debe a ella más del 30% de las muertes, con una distribución preferencial en los países de nivel económico alto. Se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, sobre todo por cardiopatías y accidentes cardiovascularmente.

Conclusiones: el riesgo total de sufrir enfermedades cardiovasculares está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular, que suelen coexistir y actúan de forma multiplicativa. Un individuo con varios factores de riesgo levemente elevados puede tener mayor riesgo total de enfermedades cardiovasculares que otra persona que solo tenga un factor de riesgo alto.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares; estilo de vida; cardiopatías; accidentes cardiovasculares.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como Riesgo a la vulnerabilidad ante un posible o potencial perjuicio o daño para las personas y cosas, particularmente, para el medio ambiente. El aparato circulatorio o sistema circulatorio es la estructura anatómica que abarca tanto al sistema cardiovascular que conduce y hace circular la sangre, como al sistema linfático, que conduce la linfa.

El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado período, que habitualmente se establece en 5 ó 10 años. Su estratificación y cuantificación por el Médico de Familia, especialmente en los pacientes que no padecen enfermedad cardiovascular, es decir, en prevención primaria, es fundamental para establecer la intensidad de la intervención, la necesidad de instaurar tratamiento farmacológico y la periodicidad de las visitas de seguimiento (1-7).

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica para ampliar el conocimiento sobre los principales factores de riesgo cardiovasculares que afectan a la población en general y en especial a los adultos mayores de 40 años tanto del género femenino como el masculino, así como las acciones necesarias para la promoción y prevención de las posibles complicaciones que esto trae consigo.

RESULTADOS

La lesión anatomopatológica fundamental de las enfermedades cardiovasculares, es la aterosclerosis, que se presenta con el transcurso de los años y suele estar

avanzada cuando aparecen los síntomas, en general en la madurez (8). En el ritmo de progresión de la aterosclerosis influyen varios factores de riesgo cardiovascular: consumo de tabaco, régimen alimentario no saludable e inactividad física (que en combinación dan lugar a la obesidad), presión arterial elevada (hipertensión), concentración anormal de lípidos en sangre (dislipidemia) e hiperglucemia (diabetes) (7).

La exposición continua a estos factores de riesgo conduce a la progresión adicional de la aterosclerosis, dando lugar a placas ateroscleróticas inestables, con estrechamiento de los vasos sanguíneos y obstrucción del flujo sanguíneo a órganos vitales, como el corazón y el encéfalo. Entre las manifestaciones clínicas de estas enfermedades se encuentran la angina, el infarto de miocardio, el accidente cerebral isquémico transitorio y el accidente cerebrovascular (6,7,9).

A menudo se producen repentinamente episodios coronarios y cerebrovasculares agudos, y con frecuencia son mortales antes de que el paciente haya recibido alguna atención médica. Se ha demostrado que la modificación de los factores de riesgo reduce la mortalidad y la morbilidad en personas con enfermedades cardiovasculares, diagnosticadas o no (7,9). Los factores de riesgo son aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad concreta. La enfermedad cardiovascular tiene un origen multifactorial, y un factor de riesgo debe ser considerado en el contexto de los otros. Los factores de riesgo cardiovascular, clásicos o tradicionales, se dividen

en dos grandes grupos: no modificables (edad, sexo y antecedentes familiares), y modificables (dislipidemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo) (1,3,10).

Aunque el impacto de factores de riesgo individuales como la hipertensión arterial, la dislipidemia, el hábito de fumar y la diabetes, entre otros, está bien establecido y mejora la predicción del riesgo cardiovascular, en décadas pasadas se ha apreciado un énfasis creciente en el tratamiento del riesgo cardiovascular global, el cual requiere la evaluación y el tratamiento de múltiples factores de riesgo, ya que estudios epidemiológicos a gran escala han evidenciado que los factores de riesgo tienen un efecto sinérgico, más que aditivo, sobre el riesgo cardiovascular total (8).

La prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes no portadores de estas, que es la mayoría de la población, es una de las tareas más importantes de quienes brindan atención primaria y requiere la evaluación de los factores de riesgo para la predicción oportuna del riesgo cardiovascular y la identificación de los pacientes para tratamiento, y además, es importante no olvidar que el fundamento de la estimación del riesgo cardiovascular es orientar el mejor uso posible de unos recursos limitados para prevenir la enfermedad cardiovascular (11). La información a los pacientes de su riesgo cardiovascular global puede ayudar a modificar dichos factores de riesgo, y permitir mayor adherencia al tratamiento, y por tanto, a prevenir la enfermedad cardiovascular (3,11).

La predicción del riesgo cardiovascular ha constituido, en los últimos años, la piedra angular en las guías clínicas de prevención cardiovascular. Deviene una herramienta útil para el Médico de Familia para establecer prioridades en la atención primaria. Los diferentes métodos de cálculo del riesgo cardiovascular nos indican que todavía queda mucho camino por andar para poder predecir, de una forma exacta, la probabilidad de que se produzca un evento cardiovascular, y aunque el cálculo utilizando métodos cuantitativos es más preciso que el obtenido con métodos cualitativos, se recomienda que, con sus ventajas e inconvenientes, es mejor utilizar cualquiera de los métodos de cálculo de riesgo cardiovascular que ninguno. Cada vez hay más interés en realizar una predicción del riesgo más exacta, para mejorar la atención a los pacientes y elegir más eficazmente la terapéutica a seguir, todo lo cual implica ir más allá de los factores de riesgo tradicionales (12,13).

El riesgo total de sufrir enfermedades cardiovasculares está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular, que suelen coexistir y actúan de forma multiplicativa. Un individuo con varios factores de riesgo levemente elevados puede tener mayor riesgo total de enfermedades cardiovasculares que otra persona que solo tenga un factor de riesgo alto. Cabe señalar que los pacientes que ya presentan síntomas de aterosclerosis como angina o claudicación intermitente o que han sufrido un infarto de miocardio, un accidente isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular, tienen un riesgo muy elevado

de sufrir trastornos coronarios, cerebrales y vasculares periféricos y de muerte. Los diagramas de estratificación del riesgo son innecesarios para tomar decisiones terapéuticas en estas categorías de pacientes. Necesitan intervenciones relativas al modo de vida, así como farmacológicas, que les ayuden a abandonar el consumo de tabaco, seguir un régimen alimentario saludable, aumentar la actividad física y controlar el peso, la presión arterial, la lipídemia y la glucemia (7).

En resumen, las enfermedades cardiovasculares constituyen una pandemia de proporciones enormes, que demandan esfuerzos considerables para ser contenidas. Las medidas de prevención cardiovascular han demostrado ser altamente eficaces para tal efecto, sobre todo en países desarrollados. La prevención requiere ser científicamente dirigida y para ello necesita herramientas predictivas certeras, sin olvidar que la incidencia de eventos cardiovasculares adversos es un fenómeno probabilístico y, debido a ello, parcialmente predecible. Hasta el momento, el mejor método de predicción son las puntuaciones de riesgo cardiovascular, pero debido a sus limitaciones, deben ser utilizadas racionalmente (14).

El uso de los diagramas de predicción del riesgo para calcular el riesgo cardiovascular total es un adelanto muy importante respecto a la práctica más antigua de identificar y tratar factores de riesgo concretos. Se han descrito muchas técnicas para evaluar el estado de riesgo cardiovascular de cada paciente. La mayoría de ellas usan ecuaciones de predicción del riesgo derivadas de diversas fuentes, por lo general del Estudio de Framingham (Framingham Heart Study) (15).

Los diagramas y los cuadros de riesgo elaborados utilizan distintas categorías de edad, así como diferentes duraciones de la evaluación de riesgos y perfiles de los factores de riesgo. Actualmente hay un debate acerca de la inclusión de factores de riesgo más nuevos, como la proteína C reactiva, el fibrinógeno y el índice cintura-cadera. Es posible que, a medida que se disponga de más datos epidemiológicos correspondientes a los países de ingresos bajos y medianos, surja una nueva generación de sistemas de calificación del riesgo con mayor exactitud predictiva (7).

Los diagramas de predicción del riesgo cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud/ OMS/ISH tienen por objeto permitir la introducción del abordaje de la estratificación del riesgo total para el manejo de las enfermedades cardiovasculares, en particular cuando no se disponga fácilmente de datos de cohortes y de recursos para elaborar diagramas específicos para una determinada población (16). Los diagramas se han confeccionado a partir de los mejores datos obtenidos, siendo la edad, el sexo, el tabaquismo, la presión arterial, la colesterolemia y la presencia de diabetes puntos de acceso clínicos para el manejo general del riesgo cardiovascular (7,9). La gran ventaja del abordaje de la calificación del riesgo es que proporciona medios racionales para tomar decisiones acerca de la intervención de manera orientada, lo que

permite un mejor uso de los recursos para reducir el riesgo cardiovascular. Es preciso realizar más investigaciones que validen los diagramas actuales de predicción del riesgo subregionales para poblaciones concretas en los niveles nacional y local, y para confirmar que el uso de métodos de estratificación del riesgo en países de ingresos bajos y medianos da lugar a beneficios tanto para los pacientes como para el sistema de atención de salud (7).

En nuestro país con relación a las 10 primeras causas de muerte en el año 2016, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con un total de 24 303 defunciones para una tasa de mortalidad bruta y ajustada por edad de 217,7 por 100 000 habitantes. El 66,4% de estas muertes ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, por infarto agudo de miocardio (29,5%), produciendo una elevación de la tasa de años de vida potencial perdidos (17). En nuestro Policlínico la prevalencia de enfermedades cardiovasculares es elevada. Durante el año 2016 fallecieron un total de 37 personas por estas causas. A pesar de que es menos probable que se produzcan episodios cardiovasculares en personas con niveles de riesgo bajo, no hay ningún nivel de riesgo que pueda considerarse "seguro" (18-19). Sin esfuerzos preventivos de salud pública en toda la población, los episodios de enfermedades cardiovasculares seguirán afectando a personas con niveles de riesgo bajo y moderado, que son la mayoría en cualquier población (7). Aunque es evidente que en un futuro asistiremos a un cambio en el cálculo del riesgo cardiovascular, hasta entonces debemos aprovechar y utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para intentar que los pacientes que necesitan de nuestra intervención no pasen inadvertidos (20,21).

Es preciso conocer de cada individuo el nivel de riesgo antes de que aparezcan manifestaciones clínicas, del que dependerá la intensidad de las actividades preventivas que se deben implantar (18). La estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana y la determinación de sus niveles contribuirán a direccionar acciones más efectivas de prevención y control (22). Por estas razones nos motivamos a realizar esta investigación con el objetivo de evaluar el riesgo cardiovascular en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una pandemia de proporciones enormes, que demandan esfuerzos considerables para ser contenidas. Las medidas de prevención cardiovascular han demostrado ser altamente eficaces para tal efecto, sobre todo en países desarrollados. La prevención requiere ser científicamente dirigida y para ello necesita herramientas predictivas certeras, sin olvidar que la incidencia de eventos cardiovasculares adversos es un fenómeno probabilístico y, debido a ello, parcialmente predecible. Hasta el momento, el mejor método de predicción son las puntuaciones de riesgo cardiovascular, pero debido a sus limitaciones, deben ser utilizadas racionalmente.

El riesgo total de sufrir enfermedades cardiovasculares está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo cardiovascular, que suelen coexistir y actúan de forma multiplicativa. Un individuo con varios factores de riesgo levemente elevados puede tener mayor riesgo total de enfermedades cardiovasculares que otra persona que solo tenga un factor de riesgo alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Galve E, Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Fácila L, Mazón P, Alegría E, Fernández de Bobadilla J, García-Porrero E, Martínez-Sellés M, González-Juanatey JR. Novedades en car-diología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2015; [citado 2017 Mar 17];68:136-43 Disponible en: <http://www.revespcardiologia.es/index.php/revespcardiologia/article/view/10.1016/j.recesp.2013.09.021>
- Go AS, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association*. *Circulation* 2014; 21; 129(3): e28-e292; [citado 2017 Mar 17] Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202332?resultClick=1>
- Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 18a ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A; 2012; p. 1992-97
- López Mora E. Beneficios del entrenamiento físico en sujetos con cardiopatía isquémica. *Arch. Cardiol. Méx.* [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Abr 21]; 83(3): 174-175. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402013000300006&lng=es.
- Nowbar AN, Howard JP, Finegold JA, Asaria P, Francis DP. Global geographic analysis of mortality from ischemic heart disease by country, age and income: statistics from World Health Organization and United Nations. *Int J Cardiol* 2014; [citado 2017 Abr 21]; 174(2):293-8] Disponible en: http://www.nt/j/cardiol.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
- Vallejo M. Acerca de la necesidad de estudios sobre la incidencia de factores de riesgo cardiovascular en México: ¿Una realidad? *Arch. Cardiol. Méx.* [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 17]; 84(2): 69-70. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402014000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2014.05.001>
- World Health Organization. *Global health estimates 2014 summary tables: Estimated deaths by cause, sex and WHO member state* [Internet]. 2014. [citado 2017 Abr 21] Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
- Piña Rivera Y, Cruz Hernández LO, Parlá Sardiñas J, Fernández Marrero MM. Isquemia miocárdica silente en diabéticos tipo 2. *Rev cubana Endocrinol*. 2012 [citado 2017 Mar 17]; 23(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000200004
- López-Jiménez F, Pérez-Terzic C, Zeballos Paula C, Anchique CV, Burdiat G, González K et al. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las So-ciedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Rev.Urug.Cardiol.* [Internet]. 2013 Ago [citado 2017 Abr 21]; 28(2): 189-224. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200011&lng=es

10. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012 [citado 2017 Mar 17]; 65: e1-e66. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LopS6veBVE4J:www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-esa-2014/articulo/90363123/+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=cu>.
11. Vega Abascal J, Guimará Mosqueda M, Vega Abascal L. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares *Rev cubana Med Gen Integr* v.27 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011 [citado 2017 Abr 21] 91-97. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es.
12. Berger S, Jordan CO, Lloyd-Jones D, Blumenthal RS. Screening for Cardiovascular Risk in Asymptomatic Patients. *J Am Coll Cardiol* [serie en internet]. March 23, 2010 [citado 2017 Abr 21]; 55(12):1169-77. Disponible en: <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/55/12/1169.pdf>
13. De la Noval García R, Armas Rojas NB, De la Noval González I, Fernández González Y, Pupo Rodríguez HB, Dueñas Herrera A, et al. Estimación del Riesgo Cardiovascular Glo-bal en una población del Área de Salud Mártires del Corynthia. La Habana, Cuba. *Rev cubana Cardiol Cir Cardiovasc*. 2011 [citado 2017 Abr 21]; 17(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol17_1_11/car09111.pdf
14. Ilarraz-Lomelí H. Puntuaciones de riesgo: la mejor herramienta científica para dirigir racionalmente la prevención y la terapéutica cardiovascular *Arch. Cardiol. Méx.* vol.83 no.1 México ene./mar. 2013 [citado 2017 Ene 14] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx>.
15. D'Agostino RB Sr et al. CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA*. 2001; 286(2):180-187 [citado 2017 Mar 24] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2762735&pid=S1850-3748201400060000400001&lng=pt
16. OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular (Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS/ISH para las subregiones epidemiológicas de la OMS AMR A, AMR B, AMR D) Ginebra, 2008 [citado 24 Mar 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2762743&pid=S1850-3748201400060000400007&lng=pt
17. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario estadístico 2016. La Habana. 2017
18. Galve E, Alegría E, Cordero A, Fácila L, Fernández de Bobadilla J, Lluís-Ganella C, Mazón P, De Pablo Zarzos C, González-Juanatey. Temas de actualidad en cardiología: riesgo cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2014; [citado 2017 Ene 14]; 67:203-10 - Vol. 67 Núm.03 DOI: 10.1016/j.recesp.2013.09.021 Disponible en: <http://www.revespcardiologia.es/index.php/revespcardiologia/article/view/10.1016/j.recesp>. lng=es DOI: 10.1016/j.recesp.2013.09.021
19. Real R, Cuevas Bogado JL. Etiología de la descompensación cardíaca aguda en pacientes adultos. *Insuf. card.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Abr 21]; 11(2): 62-67. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622016000200003&lng=es.
20. Fonte Medina N, Sanabria Negrín JG, Bencomo Fonte LM, Fonte Medina A, Rodríguez Negreria IL. Factores de riesgo asociados y prevalencia de síndrome metabólico en la tercera edad. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Mar 20]; 18(6): 963-973. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600004&lng=es
21. Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 2012; [citado 2017 Ene 14]; 65(Supl. 2):3-9 - Vol. 65 Núm.Supl.2 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.07.004 Disponible en: <http://www.revespcardiologia.es/index.php/revespcardiologia/article/view/10.1016/j.recesp>. lng=es
22. Armas Rojas NB, Suárez Medina R, Bonet Gorbea M, Dueñas Herrera AF. Estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana. Una aproximación al tema. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. ECIMED. Vol 21, No 4 2015; [citado 2017 Ene 14] 18(6): 963-973. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/606>

Riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 40 años

ABSTRACT

Objective: to conduct a course on Agroecology, with the creation of organic community gardens, training communities in health promotion and disease prevention, food and environmental education

Materials and methods: the practical basis of the course is based on the pedagogy of the example, while the theoretical basis has three main pillars that will be disseminated in multiple subthemes, these being: Agroecological production and permaculture, food and nutrition education and alternative culinary techniques.

Results: this project allowed to identify farmers who stopped using agrottoxins using the biological control resource, allowing a remarkable increase in local biodiversity and stimulating the community to make gardens in their quintals, abandoned squares, unproductive lands, among others.

Conclusions: a great change observed was social empowerment and increased self-esteem, generated through the development of the modules and the observation of changes made by the collective. In addition to the development of collective discussion and production practices within the SUS.

Keywords: Agroecology; Agrochemicals.