



EDITOR INVITADO

**RIESGO CARDIOVASCULAR:
¿CUÁL ES EL MENSAJE DE LOS ESTUDIOS POBLACIONALES?
CARDIOVASCULAR RISK:
WHAT IS THE MESSAGE OF THE POPULATION STUDIES?**

El concepto tradicional de factores de riesgo modificables y no modificables para enfermedad coronaria, tiene un error implícito. No debería hablarse de factores de riesgo modificables cuando se hace referencia a tabaquismo, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, hipertensión, obesidad o algunos otros factores menores (1).

Hay una paradoja en la evolución de la actitud del clínico ante la actual explosión de conocimiento en riesgo cardiovascular y ante el conocimiento cada vez más extenso en aterosclerosis, no sólo desde el punto de vista clínico sino fisiopatológico, farmacodinámico, farmacogenómico y económico. Cuanto mayor es el conocimiento, más reducido tiende a ser el enfoque, y en una época de explicación molecular de los fenómenos, la atención clínica tiende a volverse superespecializada.

Los programas de entrenamiento, las publicaciones y el énfasis en la atención clínica han seguido el mismo camino y se han vuelto tan precisas y concretas que aparece la paradoja. En una época de transición epidemiológica compleja (2), cuanto más se sabe de una condición, menos se hace para prevenirla. Cuando hay más opciones para intervenir una enfermedad, cuando las condiciones para corregir daños y evitar secuelas son más abundantes, se trabaja menos en la estrategia más eficiente, en la que significa verdadero control: la prevención.

Clasificar los factores de riesgo en modificables y no modificables, y enseñarlo y practicarlo así, tiene una consecuencia que puede ser letal para los pacientes. El clínico centra sus esfuerzos en la corrección del factor de riesgo. Se sienta, literalmente, a esperar en su consulta al diabético para modificar la diabetes y evitar que produzca más daño. Espera al fumador para quitarle el cigarrillo, busca reeducar al obeso para que baje de peso y hace esfuerzos para que se adopten condiciones saludables de actividad física y ejercicio en quien hace años no hace nada diferente de ir del carro a la casa o al trabajo, pero no se hacen esfuerzos significativos para evitar la aparición del tabaquismo, para prevenir la obesidad, en fin, para evitar la aparición de los factores de riesgo. Si se reclasificara a los factores de riesgo modificables como prevenibles, y esto se ejerciera, tendríamos mucha más actividad de educación en la consulta, un cambio de filosofía en las facultades de medicina y posiblemente mucho más presencia como clínicos en escuelas, colegios, universidades y empresas.

Podríamos soñar con reducciones dramáticas en las tasas de tabaquismo, obesidad, sedentarismo y errores en la alimentación, con la consecuencia espléndida de la reducción en las tasas de diabetes, hipertensión, dislipidemias, tabaquismo, y en lugar de las ya trajinadas prevención primaria y secundaria, se habría pasado al orden correcto: prevención primordial, el evitar que aparezcan los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Y seguirían, idealmente con menos necesidad, la prevención primaria, actividades para que en quienes no se pudo evitar la presencia de factores de riesgo lleguen a enfermedad clínica o

subclínica; y finalmente la prevención secundaria, en aquellos en quienes no sólo fracasó la medicina en evitar la presencia de factores de riesgo sino en la prevención del desenlace, sea infarto cardíaco, ataque cerebrovascular o enfermedad aterosclerótica periférica (3).

Ante este panorama, en el que es necesario un cambio radical, debe ser más que bienvenido un estudio poblacional de factores de riesgo como el que publican en este número el doctor Camilo Alvarado Castro y colegas, Estudio poblacional de factores de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida, hallazgos electrocardiográficos y medicación actual de pacientes valorados por el servicio de Cardiología (4) porque se trata de la evaluación de factores de riesgo, y más aún porque se evalúan los factores relacionados con el estilo de vida, un punto de vista que ha sido relegado por el enfoque intervencionista clínico actual.

Es claro que la intervención es necesaria, que la mayor especialización y subespecialización son útiles, y han demostrado no solamente ser efectivas sino eficientes. No puede haber nada criticable en la aproximación intervencionista, sea farmacológica o no farmacológica, de las enfermedades cardiovasculares. Y tenemos guías precisas, actualizadas y sólidamente asentadas en evidencia, que permiten el control de los principales factores de riesgo (5-7).

Pero sí es claro que debe hacerse una reflexión profunda liderada por las asociaciones científicas, y en particular por nuestra Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, para que ese enfoque intervencionista no reemplace la aproximación preventiva, y para que los esfuerzos de prevención primordial no sean dejados en manos menos expertas. Es justamente al especialista, al subespecialista y a los expertos a quienes corresponde liderar, desde su posición privilegiada, esas actividades.

Al encontrar tasas altas de hipertensión (57,1%), tabaquismo (11,7%) y sedentarismo (75%) el estudio identifica las tendencias en población evaluada en los servicios clínicos y de cardiología. Y los datos pueden contrastarse con los del estudio poblacional CARMELA (8), que encontró que la frecuencia de hipertensión arterial para la población general de Bogotá era 13,4%, una cifra baja en comparación con las informadas en el resto de América Latina y en otros países (9, 10). Esta cifra alta de Alvarado señala con claridad la alta selección de pacientes en una consulta especializada.

Los valores de tabaquismo, en contraste, son bajos (11,8%), en contraposición con lo encontrado para Bogotá en CARMELA (22,5%), lo cual podría significar que se ha hecho un buen trabajo en el control de este factor. Pero la altísima tasa de sedentarismo (75%), aún descontando un porcentaje de quienes no pueden hacer ejercicio ni actividad física por enfermedad coronaria no controlada y sintomática, debe ser tomada como un indicador de un área en la que aún hay mucho por trabajar.

El estudio de Alvarado Castro debe ser estímulo para la investigación en factores de riesgo y en aspectos terapéuticos. Tener estadísticas confiables en relación con características específicas de los individuos y de los medicamentos utilizados podría convertirse en una herramienta poderosa para la definición de la dirección de la educación médica, ya que hay perfiles de pacientes, por su riesgo y comorbilidades, que se ajustan más a un tipo de medicamentos que a otro.

Sería ideal que se lograra estimular a la población de clínicos para hacer prevención primordial, y para esto, los estudios de factores y perfiles de riesgo deben ser más frecuentes, no sólo en niveles poblacionales generales sino en los ámbitos clínicos institucionales y universitarios.

Esto permitirá dirigir la educación al público en general y a los médicos y personal de salud, y lograr una mejor toma de decisiones en el ámbito de la salud pública y del cuidado individual.

Álvaro J. Ruiz Morales, MD., MSc., FACP.
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

Bibliografía

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-223.
2. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Millbank Memorial Fund Q* 1971; 49: 509-538.
3. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-2753.
4. Alvarado Castro C, Jaramillo Jaramillo M, Matijasevic Arcila E, Rendón Múnera ID, Quijián Moreno J. Estudio poblacional de factores de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida, hallazgos electrocardiográficos y medicación actual de pacientes valorados por el servicio de Cardiología. *Rev Colomb Cardiol* 2012; 19: 18-22.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572.
6. National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-3421.
7. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome -a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006; 23: 469-480.
8. Schargrofsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al. The CARMELA Study Investigators. CARMELA: Assesment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med* 2008; 121: 58-65.
9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-223.
10. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation* 2007; 115: 1067-1074.