

Temas de actualidad

Enfermedades Vasculares: Epidemia del Siglo

Claudia Eva Guzmán Rojas

Médica. Maestría Infecciones y Salud en el Trópico. Universidad Nacional de Colombia. Santafé de Bogotá. Tel. 4112456.

E-mail: cguzman@bachue.usc.unal.edu.co

Los desordenes del sistema circulatorio cubren una amplia variedad de patologías. De estas las más importantes son la enfermedad isquémica del corazón-EIC, la enfermedad cerebro vascular-ECV y la enfermedad hipertensiva-HTA (Recuadro 1). Representan las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, y se encuentran en aumento en los países en desarrollo, en los cuales pueden ocupar los primeros lugares en términos de tasas de mortalidad (1,2).

La enfermedad isquémica del corazón (particularmente el infarto agudo del miocardio) y la enfermedad cerebrovascular interactúan con la enfermedad hipertensiva y se asocian con la aterosclerosis, en la medida que están vinculadas a factores de riesgo comunes, como se indica en la Tabla 1. Estos factores de riesgo pueden ser identificados tempranamente y pueden ser intervenidos de manera favorable, lo cual facilita su prevención y control. Esta posibilidad es la que ha permitido poner en práctica políticas para disminuir la mortalidad por tales afecciones en los países desarrollados (1,3).

Recuadro 1. Algunos conceptos

- Enfermedades vasculares: conjunto de afecciones del aparato circulatorio.
- Enfermedad isquémica del corazón: consiste en un insuficiente aporte sanguíneo al músculo cardíaco ocasionado, entre otras alteraciones, por la aterosclerosis.
- Enfermedad cerebro vascular: es la más frecuente de las enfermedades neurológicas con dos principales formas: enfermedad aterotrombótica y enfermedad hemorrágica.
- Hipertensión arterial: el Comité Conjunto sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Sanguínea (4) indicó que la hipertensión se identifica por una presión sistólica mayor de 140 mm/Hg y una presión diastólica superior a 90.

Tabla 1. Factores de Riesgo

| Factores de riesgo | EIC | ECV (ateromas o trombos) | ECV (hemorrágica) | Enfermedad hipertensiva |
|--|------|--------------------------------|----------------------|----------------------------|
| No modificables | | | | |
| Edad | ++++ | ++++ | ++++ | ++++ |
| Sexo masculino | ++++ | ++++ | ++++ | + |
| Raza Negra | + | ++ | +++ | +++ |
| Historia Familiar | ++++ | ++ | ++ | ++ |
| Modificables | | | | |
| Lipoproteínas de baja densidad elevadas | ++++ | ++ | - | 0 |
| Lipoproteínas de alta densidad bajas | ++++ | + | 0 | 0 |
| Hipertensión | +++ | ++ | ++++ | ++++ |
| Diabetes | +++ | +++ | 0 | 0 |
| Obesidad | ++ | ? | ? | + |
| Hábitos | | | | |
| Tabaquismo | +++ | ++ | 0 | 0 |
| Dieta con grasas saturadas | ++ | + | - | - |
| Sal | 0 | + | ++ | ++ |
| Alcohol | - | + | ++ | ++ |
| Sedentarismo | ++ | ? | 0 | + |

++++ Asociación fuerte; +++ Asociación moderadamente fuerte; ++ Asociación moderada; + Asociación débil; 0 No hay asociación; ? No hay clara asociación; - Asociación inversa

TENDENCIAS INTERNACIONALES

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las más importantes causas de morbi-mortalidad. En 1990 se registraron en el mundo aproximadamente 50 millones de muertes al año, y casi el 80 % de las mismas ocurrió en países en desarrollo. Se produjeron más muertes por cardiopatía isquémica del corazón (5,2 millones) que por accidente cerebrovascular (4,6 millones), aunque la importancia relativa de una y otra causa varió considerablemente de un país a otro (3). En países desarrollados, de un total de 10,9

millones de defunciones, 5,3 millones se debieron a enfermedades cardiovasculares. En América Latina, se estimó que ese mismo año hubo 800 000 defunciones por esta causa (25 % del total), y en Canadá y los Estados Unidos la proporción se acercó al 50 %.

En cuanto a la carga que representan a escala mundial las enfermedades vasculares, alrededor de 43 millones de años vividos con discapacidad y más de 147 millones de Años de Vida Saludables perdidos (AVISA), han sido atribuidos a aquellas; en América Latina la pérdida se estimó en 3 millones de años con discapacidad y más de 9 millones de AVISA perdidos (5).

La probabilidad de morir por EIC en los países de América Latina y del Caribe es de 2 % en los hombres de 15 a 60 años y del 1 % en las mujeres de la misma edad. El riesgo de los hombres latinoamericanos es similar al que tienen los hombres del mismo grupo de edad en países desarrollados. Sin embargo, llama la atención, que las mujeres latinoamericanas tienen 2 veces más riesgo de morir por EIC que sus congéneres de países desarrollados.

En general, en América Latina las personas de 15 a 60 años presentan un riesgo de morir por EIC tres veces superior al de morir por infecciones relacionadas con VIH y 20 veces superior al riesgo de morir por malaria. Sólo la tuberculosis iguala a las EIC en su letalidad potencial (6). De otra parte, las enfermedades vasculares representaron aproximadamente el 10 % de los costos directos de la atención en salud, y más de la mitad de dichas enfermedades ocurrió en personas de 65 años o más.

En las enfermedades cardiovasculares las tasas de mortalidad específicas por edad aumentan de manera rápida al incrementarse la edad. En 1990, las tasas más elevadas se observaron en países de Europa Oriental (2 924 por 100 000 habitantes en hombres de Checoslovaquia y 1 836 por 100 000 habitantes en las mujeres de Rumania), mientras que las más bajas se dieron en el Japón (hombres: 780 por 100 000) y Francia (mujeres: 350 por 100 000).

Como tendencia, las enfermedades cardiovasculares han venido disminuyendo en las últimas décadas en el ámbito mundial, en las personas mayores de 65 años de edad, y en los grupos más jóvenes. La notable disminución en las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular constituyeron la principal causa del aumento general de la esperanza de vida de los ancianos (3).

La comparación de las tasas de mortalidad ajustadas por edad y de los cambios ocurridos en las mismas por enfermedades cardiovasculares, permite aproximarse al tipo de proceso que han experimentado los países de América (Figura 1). Se encontró que en 1987 los valores más elevados co-

respondieron a Trinidad y Tobago, Argentina, Colombia, Uruguay y Estados Unidos, principalmente en hombres. Las tasas más bajas se dieron en México y Guatemala. De 1968 a 1987 presentaron un descenso importante en sus tasas de mortalidad Estados Unidos (36 %), Canadá (34 %), Trinidad y Tobago (29 %), y Chile (27 %), mientras se incrementaron en el Salvador (92 %) República Dominicana (45 %) y Guatemala (21 %). En el mismo período, las tasas de mortalidad se mantuvieron constantes en Colombia en el grupo de sexo masculino, mientras cayó en el sexo femenino (6).

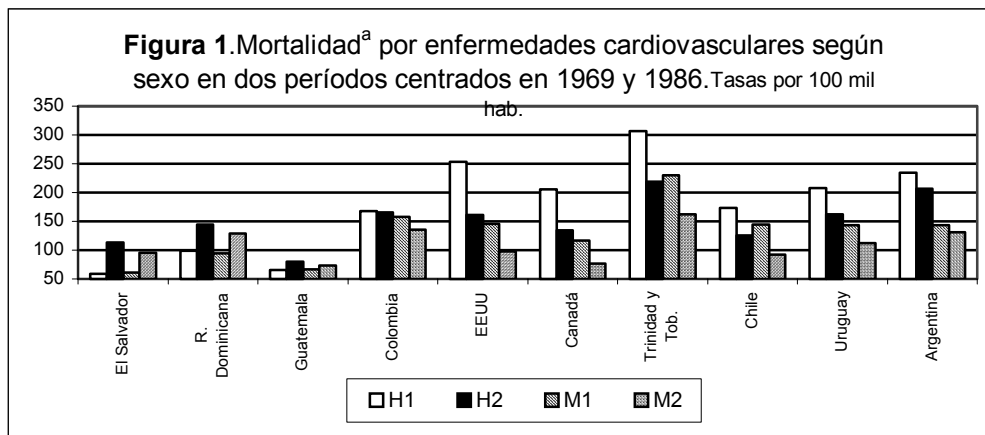
En el período de 1990 a 1994 se encontró que, según el indicador de Años de Vida Potencial Perdidos-AVPP, la mortalidad por enfermedades vasculares fue más alta en la Argentina, tanto para hombres como para mujeres; en orden de importancia le siguieron Trinidad Tobago, Suriname, Brasil y Venezuela en hombres, y El Salvador y Trinidad y Tobago, en mujeres. Los países con las tasas más bajas fueron Canadá, Costa Rica y Chile (7). Las tasas más altas para EIC se encontraron en Trinidad y Tobago, Suriname, Cuba y Venezuela, y las más bajas en Ecuador y Chile. Por ECV las tasas más altas se dieron en Brasil, Argentina, Trinidad y Tobago en ambos géneros, seguidos por Barbados y El Salvador en hombres y, por Suriname y Colombia en mujeres. Con respecto a la enfermedad hipertensiva, las tasas más altas se dieron en Trinidad y Tobago, Venezuela y Colombia, tanto en hombres como en mujeres.

En el mismo período, la gran mayoría de países presentaron una tendencia descendente en las tasas de AVPP de las enfermedades vasculares, en especial entre las personas de 15 a 44 años. Sólo El Salvador presentó un aumento de las tasas. En general, el descenso fue mayor en los hombres que en las mujeres.

Se estima que para el año 2000 el número de defunciones por causas circulatorias en América Latina y el Caribe será de 1 100 000, lo que representará casi el 50 % de las defunciones por enfermedades no transmisibles.

ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON

Entre los hombres la epidemia de cardiopatía coronaria que caracterizó al presente siglo, alcanzó su máximo nivel en muchos países desarrollados alrededor de los años sesenta. Hasta 1994, en Estados Unidos, Australia, Canadá y Japón se ha presentado un descenso en la tasa de mortalidad aproximadamente del 50 % en los últimos 25 años. Por lo contrario, en Europa Oriental las tasas de mortalidad de los hombres han seguido aumentando (6,7).



^a Las tasas de mortalidad fueron ajustadas por edad mediante el método directo, usando la población de 1960 como base. Se calcularon las tasas promedio de tres años para dos períodos centrados alrededor de 1969 (H1 para hombres y M1 para mujeres) y de 1986 (H2 para hombres y M2 para mujeres).

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

En los países desarrollados, salvo en algunos de Europa Oriental, se ha producido un descenso en las tasas de mortalidad por ECV en los últimos 40 años, hasta 1994. Esta disminución se aceleró en los años setenta. La disminución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido más intensa que la disminución de la mortalidad por cardiopatía coronaria. En Canadá, Estados Unidos, Japón y Suiza, se ha registrado desde los años setenta, una disminución de más del 50% en la mortalidad por ECV, principalmente por las políticas de educación, prevención y promoción puestas en práctica. En general, los países en desarrollo han presentado también un descenso de la mortalidad por esta causa, exceptuando El Salvador y República Dominicana donde se produjo un incremento (6,7).

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

La hipertensión arterial no está registrada como causa frecuente de defunción. Se relaciona como factor de riesgo asociado a la EIC y ECV. La mortalidad atribuible a esta enfermedad es habitualmente más baja que la de otras enfermedades vasculares y ha declinado notoriamente en todos los países, excepto en Guatemala, México y Venezuela, hasta 1994. La disminución ha sido mayor en las mujeres, en Argentina, Canadá, Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos y Trinidad y Tobago (6,7).

En general, la disminución de las enfermedades cardiovasculares ha sido mayor en el grupo de 15 a 44 años, en el período de 1960 a 1994. Con respecto a todas las enfermedades vasculares, la razón de tasa de masculinidad (tasa media quinquenal de AVPP de los hombres/Tasa media quinquenal de AVPP de las mujeres) mostró cambios en el período de 1960-1994, en el cual la mortalidad prematura en los hombres llegó a ser 3 a 5 veces mayor que la de las mujeres (8), excepto en Argentina, Barbados, Canadá y Estados Unidos.

COLOMBIA: UN PATRON CONSOLIDADO

En el período comprendido entre los años de 1983 y 1995, la tasa de mortalidad por afecciones vasculares se mantuvo en un valor elevado pero relativamente constante, ya que osciló entre 128 y 148 por 100 mil habitantes. En un estudio de la OPS, sin embargo, se indica que entre los años de 1960 y 1994, la tasa de AVPP descendió en un promedio quinquenal de 131,7 por 100 mil habitantes (7). Con respecto a los demás complejos, este grupo epidemiológico presentó las más altas tasas de mortalidad en las dos últimas décadas. Sólo en la parte inicial de la década de los 90 se le aproximó sin alcanzarlo el complejo de violencia y accidentes. De 1990 a 1995 la distancia entre estos dos últimos complejos se redujo de 19 a 3 por 100 mil habitantes, lo cual se explica tanto por el incremento en el mismo período del complejo de violencia y accidentes (de 117 a 125 por 100 mil), como por la leve caída del complejo vascular (de 136 a 128 por 100 mil). En contraste, en el período de 1983 a 1995, el complejo del cáncer se mantuvo constante, pero con tasas que fueron sólo la mitad de las observadas en las enfermedades vasculares, y las tasas del complejo de enfermedades transmisibles descendieron de manera notable.

En el período de 1983 a 1995 predominó la enfermedad isquémica del corazón, conformada casi en su totalidad por los infartos agudos del miocardio y seguida por la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva (Figura 2). En este mismo período se mantuvo un ligero predominio masculino en la mortalidad por las enfermedades que conforman este complejo. Por grupos de edad la mortalidad para enfermedades vasculares se presentó con mayor frecuencia en los grupos de menores de un año y de 45 y más años. Sin embargo, en este último grupo se produjo un descenso de un 12 a 15 % entre 1983 y 1991. En este último año el complejo de problemas vasculares concentró el 31 % de la mortalidad del grupo de 45 a 59 años. El grupo poblacional que presentó la más alta tasa de mortalidad por afecciones vasculares, aunque con tendencia decreciente, fue el de 60 y más años, con un 46,5 % del total de defunciones del complejo, en 1991 (8).

Las enfermedades cardiovasculares representaron el 28,7 % del total de muertes en Colombia, en el período de 1983 a 1995, ocupando el primer lugar frente a otros grupos de mortalidad, seguida en orden de importancia por las lesiones de causa externa, las enfermedades neoplásicas, y las enfermedades transmisibles y perinatales.

De otra parte, en el año de 1991, las enfermedades cardiovasculares aportaron el 11,2 % del total de AVPP. En general, el sexo femenino ha aportado más a los AVPP que el sexo masculino; el primero representó el 19,5 y el 21 % del total en 1983 y 1991, respectivamente, mientras que el sexo masculino representó 11 y 10 % del total en los mismos años. Por edad, estas afecciones produjeron la mayor proporción de AVPP en el grupo de 45 y más años (6-8).

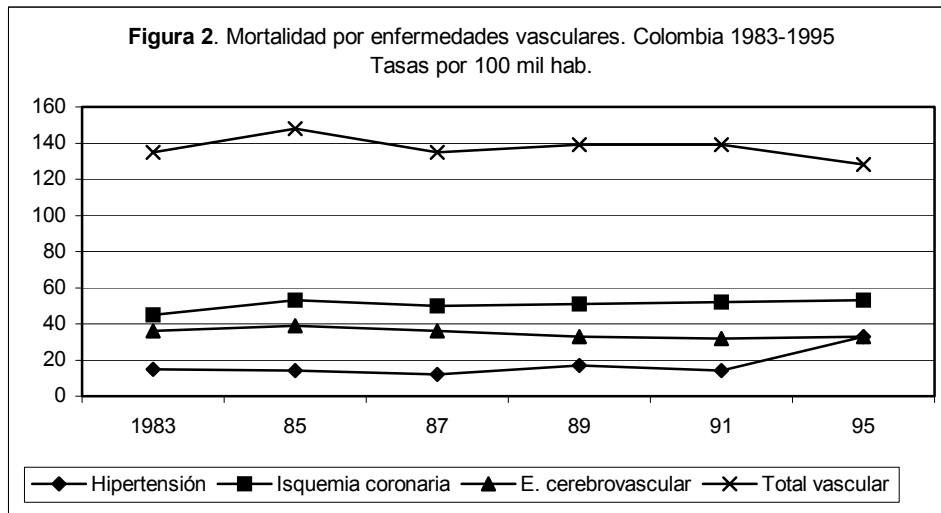
En cuanto a los AVISA perdidos, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables del 12,6 % del total en 1991, ocupando el segundo lugar en la carga de enfermedad, después de los homicidios (8). La proporción de AVISA que resultan de las enfermedades cardiovasculares se incrementaron de manera dramática con la edad. Así, representaron el 10 % en el grupo de 0 a 14 años, 36 % en el grupo de 15 a 59 años y 52 % en el grupo de 60 y más años (8).

En el período de 1983 a 1992, la morbilidad por enfermedades vasculares en Colombia varió de manera importante de una región a otra. En los servicios ambulatorios fue responsable del 3,2 % de la consulta externa general, de la cual la mayor parte (75 %) correspondió a la hipertensión arterial. En el período considerado, la morbilidad por esta última enfermedad presentó una tendencia al aumento, convirtiéndose en una de las causas más frecuentes de consulta externa y urgencias, principalmente entre la población urbana (8).

Las enfermedades vasculares representaron el 4,1 % del total de las hospitalizaciones durante el periodo 1983-1992. Entre ellas destacaron la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cerebrovascular, con un 21 % del total cada una, mientras que el infarto agudo de miocardio representó el 0,3 % de las causas de morbilidad hospitalaria general y el 7,6 % del total de egresos por enfermedades vasculares.

La morbilidad por enfermedades vasculares en servicios ambulatorios en Colombia pasó de 3,1 a 3,2 % del total entre 1983 y 1992. En el mismo período, en la región Atlántica la morbilidad por esta problemática con respecto al total regional disminuyó de 3,6 a 3 %, mientras en la región Central

se mantuvo en 4,3 % y se incrementó en las regiones Oriental de 2,7 a 3,4 %, en la Pacífica de 3,6 a 3,8 % y en el Sur de 1,3 % a 1,7 % (2,9).



Las características anteriores sugieren que en Colombia han venido operando desde tiempo atrás los factores que generan la problemática de las enfermedades vasculares, directamente relacionados con los procesos generales de modernización y urbanización. Tanto en términos de hábitos y estilos de vida, como en términos de exposición a factores de riesgo, deben destacarse entre otros el estrés, el sedentarismo, la obesidad, el consumo de alimentos ricos en grasa de origen animal, el tabaquismo y el consumo frecuente de alcohol. Así mismo, las tendencias de los principales componentes y del complejo vascular, las altas tasas y su relativa estabilidad en la última década, indicarían que esta problemática se encuentra por lo menos en una avanzada fase de consolidación, configurando un peculiar patrón epidemiológico•

REFERENCIAS

1. Dean TH, Wosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Disease control priorities in developing countries. Oxford University Press;1993. p. 577-592.
2. Ministerio de Salud. La Carga de la Enfermedad en Colombia. Santafé de Bogotá; 1991.
3. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Ginebra:OMS;1995.

4. Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Archives of Internal Medicine;1993.153:154-186.
5. Ministerio de Salud. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional;Julio1998.3 (14).
6. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicación Científica 549).
7. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Volumen 1.Edición de 1998. Washington, DC:OPS;1998. (Publicación Científica 569).
8. Ministerio de Salud, División de patologías Crónicas y Degenerativas. Santafé de Bogotá; 1998.
9. Ministerio de Salud. La Salud en Colombia. Diez años de información. Santafé de Bogotá. 1994.