

EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS DE 40 AÑOS O MÁS. CENTRO DE SALUD RÓMULO ROUX. CORREGIMIENTO DE PUEBLO NUEVO. ABRIL DE 2002

EPIDEMIOLOGY AND MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN ADULTS 40
YEARS OF AGE OR OLDER. ROMULO ROUX HEALTH CENTER. PUEBLO NUEVO. APRIL 2002

Evens Chong, Waldo Herrera Novey

Estudiantes de XII semestre de la Carrera de Doctor en Medicina de la Universidad de Panamá.

Asesor: Dr. Julio P. Rodríguez J.

Profesor de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Panamá.

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular, que incluye la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, constituye actualmente la principal causa de muerte y discapacidad a nivel mundial, resultando más muertes por cardiopatía isquémica. Los factores de riesgo más importantes para enfermedad cardiovascular son dislipidemia, hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo, estado posmenopáusico e historia familiar de cardiopatía isquémica prematura. Datos substanciales apoyan el manejo agresivo de los factores de riesgo cardiovascular, tanto en prevención primaria como secundaria. Este artículo describe las características epidemiológicas y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular en adultos de 40 años o más.

Métodos. Se revisaron al azar 100 expedientes de pacientes de 40 años o más en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo durante el mes de abril de 2002, para obtener información sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Resultados. Se identificó un total de 80 pacientes con factores de riesgo cardiovascular; 44% eran obesos, 45% hipertensos, 46% con dislipidemia, 21% eran diabéticos, 14% fumaban y 8% consumían bebidas alcohólicas. Sólo 23% de los expedientes revisados documentaban recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida.

Conclusiones. Existe la necesidad urgente de tomar con mayor seriedad la prevención de la enfermedad cardiovascular. En este sentido, los médicos de atención primaria deberían enfatizar en sus pacientes la importancia de la modificación del estilo de vida.

Palabras clave. Enfermedad cardiovascular, factores de riesgo, estilo de vida.

ABSTRACT

Cardiovascular disease, including coronary heart disease and stroke, is now the leading cause of death and disability worldwide, with most deaths resulting from coronary heart disease. The major risk factors for cardiovascular disease include dyslipidemia, hypertension, diabetes mellitus, cigarette smoking, postmenopausal status, and family history of premature coronary artery disease. Substantial data support aggressive risk factors management and prevention of cardiovascular disease. This article describes the epidemiology and management of cardiovascular risk factors in adults 40 years of age or older.

Methods. There was reviewed at random 100 files of patients 40 years of age or older at Centro de Salud Rómulo Roux of Pueblo Nuevo during April 2002, to obtain information about cardiovascular risk factors.

Results. A total of 80 patients with cardiovascular risk factors were identified; 44% were obese, 45% had hypertension, 46% with dyslipidemia, 21% had diabetes, 14% were current smokers, and 8% used alcohol. Only 23% of the patient's records documented recommendations about lifestyle changes.

Conclusions. Is urgent to take prevention of cardiovascular disease more seriously. In these instances, a counseling-based lifestyle modification program should be implemented.

Key words. Cardiovascular disease, risk factors, lifestyle.

INTRODUCCIÓN

La historia de la epidemiología cardiovascular durante el siglo pasado es fascinante. Cambios marcados en los patrones de morbilidad y mortalidad han colocado a la enfermedad cardiovascular en la mira de la salud pública.¹ Actualmente, la cardiopatía isquémica en particular,² y la enfermedad cerebrovascular constituyen dos de las causas más importantes de muerte y discapacidad a nivel mundial, no sólo en los países desarrollados, sino también en la mayoría de los países en vías de desarrollo.³ En Panamá, según datos obtenidos en la Contraloría General de la República, la enfermedad cardiovascular, en conjunto, representa la primera causa de muerte; sin embargo, individualmente, la enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica serían la tercera y cuarta causa, respectivamente.

El incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular está relacionado con factores determinados por influencias genéticas, ambientales, dietéticas y conductuales. Debido a que la etiología sólo puede inferirse, los factores epidemiológicamente ligados al desarrollo de enfermedad cardiovascular se designan como factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para la enfermedad cerebrovascular y es una causa directa de infarto del miocardio y mortalidad cardiovascular.⁴ Tanto la hipertensión sistólica como la diastólica están relacionadas a riesgo cardiovascular; sin embargo, datos epidemiológicos sugieren que, a medida que avanza la edad, la presión arterial sistólica es un mejor predictor de eventos mórbidos que la presión arterial diastólica. La hipertensión sistólica aislada (presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más y presión arterial diastólica menor de 90 mm Hg), afecta al 65% de los adultos mayores hipertensos.⁵

El diagnóstico de la hipertensión arterial se basa en elevaciones de la presión arterial sistólica y diastólica (Tabla A), y el objetivo del manejo es lograr la normalización de ambas.⁶

Tabla A. Clasificación de la presión arterial

Categoría	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 – 139	85 – 89
Hipertensión		
Estadio 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Estadio 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Estadio 3 (severa)	> 180	> 110

Joint National Committee VI, 1997.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, se deben tomar por lo menos tres cifras anormales de presión arterial, de ser posible durante varias semanas. En la intervención exitosa contra la hipertensión, conviene modificar el perfil global de riesgo cardiovascular más que reducir la presión arterial únicamente.⁷

Tabaquismo: El tabaquismo eleva el riesgo de cardiopatía isquémica y multiplica el impacto de los otros factores de riesgo. Aunque el tabaquismo es un problema de salud muy común, el mismo es submanejado. Existen pocos o ningún fármaco o procedimientos quirúrgicos que ofrezcan tantos beneficios preventivos a los candidatos para eventos cardiovasculares como lo hace el dejar de fumar; por tanto, merece prioridad entre las medidas preventivas contra la enfermedad cardiovascular.⁸

Obesidad: La obesidad es un gran problema de salud y representa un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador de la grasa corporal total, y se calcula dividiendo el peso corporal medido en kilogramos entre la talla en metros cuadrados (Tabla B).⁹

Tabla B. Índice de masa corporal

Categoría	IMC (kg/m ²)
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad	
Clase I	30.0 – 34.9
Clase II	35.0 – 39.9
Clase III (extrema)	> 40

National Institute of Health.

La evaluación y manejo de la obesidad es imperante; la mayoría de los programas exitosos emplean un abordaje multidisciplinario para lograr la disminución del peso, que incluye la práctica de dietas hipocalóricas, modificaciones de los hábitos alimentarios, ejercicios aeróbicos y apoyo psicosocial.

Sedentarismo: El riesgo coronario disminuye en los pacientes que practican ejercicio físico moderado al menos tres veces por semana.¹⁰ Los clínicos deberían aconsejar a los pacientes sobre los beneficios del ejercicio, prescribir un programa de ejercicio apropiado para cada paciente e insistir en la prevención de las complicaciones cardiovasculares.

Dislipidemia: El aumento del colesterol total o unido a las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y la disminución del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C) se asocia a mayor riesgo de enfermedad coronaria. (Tabla C)

Tabla C. Evaluación de los niveles séricos de colesterol

Niveles séricos de colesterol
COLESTEROL TOTAL
< 200 mg/dl es deseable en ausencia de cardiopatía isquémica
200 a 239 mg/dl es normal alto
> 240 mg/dl indica hipercolesterolemia
HDL-C
> 35 mg/dl es aceptable
< 35 mg/dl requiere análisis de LDL-C
LDL-C
>160 mg/dl indica riesgo alto
139 – 159 mg/dl indica riesgo límite
< 130 mg/dl es deseable

(Adult Treatment Panel III) JAMA 2001; 285: 2486 – 97.

Los beneficios de la detección temprana de los niveles anormales de lípidos dependen de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular; si están presentes, el riesgo es más alto y los beneficios de la terapia son mayores.¹¹ Las metas del tratamiento farmacológico son similares a los que se buscan con la modificación de la dieta.

Diabetes mellitus: La diabetes mellitus constituye la quinta causa de muerte en Panamá, y es una de las principales causas de discapacidad en individuos mayores de 45 años.¹² La cardiopatía isquémica en los pacientes con diabetes mellitus tiende a ocurrir a edades más tempranas y con mayor severidad que en la población no diabética. El control de la hiperglicemia por sí solo, no parece reducir el riesgo de secuela microvascular en los pacientes con diabetes; por lo tanto, la atención debe estar dirigida de igual forma al manejo de otros factores de riesgo asociados.²

Factores psicosociales: La incidencia de la cardiopatía isquémica no puede explicarse completamente por los factores de riesgo antes mencionados. Existe evidencia considerable que sugiere que los factores psicosociales pueden ser predictores independientes de la enfermedad cardiovascular. Estos factores incluyen la personalidad tipo A (impaciencia, agresividad, competitividad), estado socioeconómico bajo y aislamiento social.⁴

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Edad: Por lo general, la enfermedad cardiovascular se hace evidente aproximadamente a la edad de 40 años, incrementando significativamente su incidencia después de los 45 años en hombres y 55 años en mujeres.⁴

Sexo: Muchos factores de riesgo cardiovascular son similares en hombres y mujeres; sin embargo, las mujeres mayores de 64 años son más vulnerables que los hombres de padecer hipertensión sistólica aislada, diabetes mellitus y sobrepeso.¹³

Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura: La cardiopatía isquémica parece tener un

patrón hereditario. Comparados con la población general, los individuos con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Los factores de riesgo cardiovascular pueden identificarse rápidamente en el consultorio. La edad y el tabaquismo se determinan con preguntas simples al paciente; la presión arterial, los niveles de lípidos y la glicemia se cuantifican fácilmente. Los otros factores de riesgo pueden identificarse a través de la historia clínica y el examen físico.¹⁴

Las modificaciones en el estilo de vida son la piedra angular de la prevención primaria y secundaria.¹³ Dejar de fumar, modificar la dieta e incrementar la actividad física son la prioridad en un programa de manejo del riesgo para cardiopatía isquémica.

El uso de ácido acetilsalicílico (75 a 325 mg por vía oral cada día) debe valorarse para la prevención primaria, sobre todo en los pacientes con varios factores de riesgo.¹⁵

El presente estudio describe las características epidemiológicas y el manejo de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en adultos de 40 años o más atendidos en el Centro de Salud Rómulo Roux del Corregimiento de Pueblo Nuevo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo en el cual se revisaron al azar una serie de 100 expedientes de pacientes de 40 años o más atendidos en el Centro de Salud Rómulo Roux del Corregimiento de Pueblo Nuevo durante el mes de abril de 2002. Evaluamos únicamente los 3 últimos años de atención en consulta externa de los pacientes seleccionados. Se obtuvo información sobre los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (edad, sexo, índice de masa corporal, presión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura) y su manejo. No se tomó en cuenta el diagnóstico de consulta, excepto cuando este tenía valor para nuestro estudio (antecedentes personales de enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica). La información fue recogida a través de un formulario para la recolección de datos, y tabulada usando el programa Microsoft Word para Windows, para su análisis posterior.

RESULTADOS

De los 100 expedientes revisados, se identificó un total de 80 pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Ninguno con antecedentes personales de enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica; 56 (70%) correspondían al rango de edad de 40 a 64 años, y 59 (74%) eran mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Presencia de factores de riesgo según sexo y rango de edad

Factores de riesgo	Sexo				Total
	Femenino Edad (años)		Masculino Edad (años)		
	40 – 64	65 – 90	40 – 64	65 – 90	
Sí	40	19	16	5	80
No o N / D*	12	0	6	2	20
Total	52	19	22	7	100

* No documentado

Fuente: Archivos médicos. Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Abril 2002.

Ningún expediente documentaba el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Cuando lo calculamos, 23 (29%) pacientes tenían $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; 35 (44%) eran obesos, de los cuales 17 (49%) eran mujeres de 40-64 años. Nueve expedientes no documentaban la talla y/o el peso del paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Índice de masa corporal según sexo y rango de edad

IMC (kg/m ²)	Sexo				Total
	Femenino Edad (años)		Masculino Edad (años)		
	40 – 64	65 – 90	40 – 64	65 – 90	
18.5 – 24.9	14	6	9	4	33
25.0 – 29.9	15	4	4	0	23
≥ 30.0	17	9	6	3	35
N / D	6	0	3	0	9
Total	52	19	22	7	100

Fuente: Archivos médicos. Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Abril 2002.

La hipertensión arterial ($\geq 140/90$) estaba documentada en 36 (45%) expedientes, y 8 (42%) mujeres de 65 años o más tenían hipertensión sistólica aislada (Tabla 3).

Un total de 37 (46%) pacientes presentaban dislipidemia y 33 expedientes no documentaban información al respecto (Tabla 4).

Tabla 3. Presión arterial según sexo y rango de edad

Presión arterial (mm Hg)	Sexo				Total
	Femenino Edad (años)		Masculino Edad (años)		
	40 – 64	65 – 90	40 – 64	65 – 90	
Normal	29	4	13	4	50
$\geq 140 / 90$	20	7	6	3	36
HTS* aislada	3	8	3	0	14
Total	52	19	22	7	100

* Hipertensión sistólica

Fuente: Archivos médicos. Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Abril 2002.

Tabla 4. Presencia de dislipidemia según sexo y rango de edad

Dislipidemia	Sexo				Total
	Femenino Edad (años)		Masculino Edad (años)		
	40 – 64	65 – 90	40 – 64	65 – 90	
Sí	17	11	5	4	37
No	21	4	3	2	30
N / D	14	4	14	1	33
Total	52	19	22	7	100

Fuente: Archivos médicos. Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Abril 2002.

De los 17 (21%) pacientes en los que se documentó diabetes mellitus, 3 (18%) eran diabéticos tipo 1, y 6 (35%) mujeres de 65 años o más padecían la enfermedad. En 8 (10%) expedientes no existía información sobre la glicemia del paciente (Tabla 5).

Tabla 5. Presencia de diabetes mellitus según sexo y rango de edad

Diabetes mellitus	Sexo				Total
	Femenino Edad (años)		Masculino Edad (años)		
	40 – 64	65 – 90	40 – 64	65 – 90	
Sí	5	6	6	0	17
No	43	13	12	7	75
N / D	4	0	4	0	8
Total	52	19	22	7	100

Fuente: Archivos médicos. Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Abril 2002.

Once (14%) pacientes fumaban; 9 (82%) de estos pacientes y los 6 (8%) que consumían bebidas alcohólicas, eran hombres, 5 (83%) de los cuales combinaban la ingesta de alcohol con el hábito de fumar. En 29 (36%) expedientes no se documentaban información sobre estos factores de riesgo.

Sólo se documentaban 6 (8%) pacientes con antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura, mientras que en 53 expedientes no aparecía información al respecto.

Nueve (11%) pacientes eran tratados con aspirina. Los fármacos antihipertensivos más usados fueron enalapril (80%), bloqueadores de los canales de calcio (52%), diuréticos (20%) y beta bloqueadores (8%). Entre los pacientes con diabetes tipo 2 tratados con fármacos contra la hiperglicemia, 66% recibían sulfonilureas y 50% metformina.

Sólo 17 (21%) de los expedientes que informaban la existencia de uno o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, documentaban recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida.

DISCUSIÓN

Aunque la relación entre factores de riesgo y enfermedad cardiovascular es estrecha, muchos eventos ocurren en sujetos que normalmente no son catalogados de alto riesgo.

En general, los pacientes de nuestro estudio pertenecían en su mayoría al sexo femenino y al rango de 40 a 64 años de edad. En las mujeres mayores de 64 años, la tendencia a padecer sobrepeso y obesidad, hipertensión sistólica aislada, y diabetes mellitus, fue similar a la reportada por otros autores.^{4,13} Casi todos los pacientes que fumaban y todos los que consumían bebidas alcohólicas eran hombres. De todos los pacientes con factores riesgo, sólo 11% recibía aspirina profilácticamente. Los fármacos utilizados con mayor frecuencia son similares a los publicados en otros artículos.²

Además de los resultados discutidos anteriormente, y considerando que la enfermedad cardiovascular se hace evidente en la quinta década de la vida e incrementa su incidencia al aumentar la edad, debemos señalar que muchos de los expedientes revisados no documentaban información sobre la evaluación del paciente para determinados factores de riesgo. En la mayor parte de los expedientes de los pacientes en riesgo para enfermedad cardiovascular, no se hacían recomendaciones sobre las modificaciones en el estilo de vida.

Enfatizamos que existe la necesidad urgente de brindar la importancia necesaria a los factores riesgo para la enfermedad cardiovascular. Realizar estudios de investigación apropiados puede motivar al equipo de salud a formular sugerencias y a desarrollar estrategias que mejoren el cuidado primario de la salud de la población. En la práctica clínica, el manejo óptimo de los factores de riesgo es un componente importante en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Finalmente, señalamos que es de suma importancia que los médicos documenten claramente en los expedientes, el manejo detallado que les ofrecen a sus pacientes, con el fin de optimizar el cuidado de la salud de los mismos y facilitar su manejo y seguimiento en caso de ser atendidos por otros colegas.

REFERENCIAS

1. Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factors epidemiology: A look back at the epidemic of the 20th century. *Am J of Public Health* 1999; 89: 292-4.
2. McFarlane SI, Jacober SJ, Winer N, Kaur J, et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hypertension at urban academic medical center. *Diabetes Care* 2002; 25: 718-23.
3. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1269-76.
4. Feury J, Keller C. Cardiovascular risk assessment in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 2000; 2: 630.
5. Beaglehole R. Global cardiovascular disease prevention: Time to get serious. *Lancet* 2001; 358: 661-3.
6. Sheps SG, et al. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413.
7. Feldman RD, et al. Canadian recommendations for the management of hypertension. Task Force for the Development of the 1999 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. *Can Med Assoc J* 1999; 161 Suppl 12: S1.
8. Howard G, et al. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis. *JAMA* 1998; 279: 119.
9. Stevens J, et al. The effect of age on the association between body mass index and mortality. *N Engl J Med* 1998; 338: 1.
10. Hambrecht R, et al. Effect of exercise on coronary and endothelial function in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 2000; 342: 454.
11. Pignone MP, et al. Screening and treating adults for lipid disorders: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2001; 20 Suppl 3: 77.
12. Gavin JR III. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997; 20: 1183.
13. Mosca LJ. Optimal management of cholesterol level and the prevention of coronary heart disease in women. *Am Fam Physician* 2002; 65: 217-26.
14. Nash DT. Cardiovascular risk assessment. *Postgraduate Med* 2002; 111: 107-9.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: Recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 136: 157-60.