

Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes

Tomás Romero^a y Camila X. Romero^b

^aProfesor Clínico Asociado. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de California. San Diego. División de Cardiología. Departamento de Medicina. Sharp Health Care. San Diego. California. Estados Unidos.

^bEscuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Colorado. Denver. Colorado. Estados Unidos.

La prevalencia, creciente en la última década, de los factores de riesgo cardiovascular en todo el mundo y el estancamiento de la reducción de la mortalidad cardiovascular (dependiente de la enfermedad coronaria sobre todo) en adultos jóvenes de baja posición socioeconómica son tendencias alarmantes que indican que la disminución de la mortalidad cardiovascular observada en los últimos 50 años podría estar llegando a su término. La obesidad, que ha alcanzado proporciones epidémicas en el mundo, ocupa un lugar central en esta tendencia. La enfermedad coronaria se desarrolla a través de un proceso que involucra múltiples vías causales. La expresión de los factores de riesgo cardiovascular parece estar determinada por características que incluyen desde el código genético hasta factores socioeconómicos desfavorables. El control del riesgo cardiovascular hasta ahora se ha centrado predominantemente en el manejo farmacológico de factores de riesgo aislados, en detrimento de otros factores participantes, en especial los socioeconómicos. Estrategias más efectivas en el control del riesgo cardiovascular tanto en individuos como en las poblaciones deberían considerar este complejo escenario, que incluye características socioeconómicas como la educación, los ingresos y el medio ambiente construido. Las tendencias desfavorables señaladas más arriba enfatizan la necesidad de redirigir las actuales estrategias preventivas del riesgo cardiovascular.

Palabras clave: *Riesgo cardiovascular. Prevención. Factores socioeconómicos. Ambiente construido.*

Stagnant in Cardiovascular Prevention: Alarming Trends and Persistent Socioeconomic Obstacles

Recently it has been suggested that the decline in cardiovascular mortality observed over the last 50 years may be coming to an end. This alarming trend, which has been noted mainly in younger adults from lower socioeconomic strata, may be linked to other changes, namely the increasing prevalence of modifiable risk factors, the most important of which is obesity. In contrast, our ability to predict cardiovascular risk continues to improve steadily, although it is unclear which will be its ability in designing more effective global preventive measures. Coronary heart disease appears to develop through multiple pathways, whose association with cardiovascular risk is mediated by complex processes involving numerous factors ranging from genetic predisposition to unfavorable socioeconomic circumstances. Although some attention has been paid to the latter, more effort has been put into controlling isolated risk factors. For example, numerous large studies have involved looking at the effect of single-drug therapies aimed at specific targets rather than examining more comprehensive approaches to managing multiple risk factors. In conclusion, an effective strategy for controlling modifiable risk factors in both individuals and populations must address this complex scenario and should consider significant socioeconomic factors such as education, income and the built environment. The unfavorable trend observed in cardiovascular health makes it essential that current preventive strategies are reassessed.

Key words: *Cardiovascular risk. Prevention. Socioeconomic factors. Built environment.*

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por la Fundación Araucaria, una fundación médica sin ánimo de lucro establecida en San Diego, California, Miembro Asociado Internacional de la World Heart Federation.

Correspondencia: T. Romero.
831 Adella Ave. Coronado (San Diego). CA 92118. Estados Unidos.
Correo electrónico: tromero560@aol.com; tomas.romero@sharp.com

INTRODUCCIÓN

En los países europeos (con la excepción de algunos países de Europa del este y la Federación Rusa), así como en Estados Unidos y Canadá, se ha producido desde 1960 una disminución continua de la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), predominantemente en relación con la

ABREVIATURAS

EC: enfermedad coronaria.
ECV: enfermedad cardiovascular.
PSE: posición socioeconómica.

enfermedad coronaria (EC), y esto se ha confirmado también en otras muchas zonas del mundo, como algunos países latinoamericanos y otros que se encuentran en procesos de transición socioeconómica similares¹⁻⁶. En España, la tasa de mortalidad por EC se encuentra entre las más bajas de Europa y del mundo (< 37/100.000 en las regiones del norte y < 60/100.000 en las comunidades del sur y sudoeste)⁷.

Sin embargo, la evidencia reciente indica que esta disminución puede estar tocando fondo y que en algunas regiones se está produciendo un aumento alarmante de la prevalencia de los factores de riesgo de ECV prevenibles. Un estudio llevado a cabo en Escocia puso de manifiesto una tendencia al estancamiento en la disminución de la mortalidad por EC en los varones y las mujeres de 35-44 años de edad a partir de 1994, y un estancamiento similar de la tendencia descendente en los varones de 45-54 años desde 2003, que parece estar produciéndose ahora también en las mujeres de 55-64 años. Se observó una diferencia de 6 veces en la posición socioeconómica (PSE) entre la mortalidad por EC en el quintil más desfavorecido y el quintil más alto, y ello se atribuyó a una mayor prevalencia de los factores de riesgo en el grupo más desfavorecido⁵. Se ha observado una tendencia similar en los varones y en las mujeres de 35-54 años, entre 1989 y 2002 en Estados Unidos⁸. Además, en un reciente análisis de las tendencias mundiales basado en los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de mortalidad por EC entre 1970 y 2000 disminuyeron en menor grado (-30%) en algunos países latinoamericanos (Argentina, Chile, Brasil, Puerto Rico) en comparación con lo observado en Estados Unidos y Canadá (-69%), mientras que la tendencia fue plana o de aumento en México, Ecuador y Costa Rica. Estos resultados se interpretaron como debidos principalmente a los cambios desfavorables más recientes en la nutrición (obesidad), la hipertensión, la actividad física y el tabaquismo en los países latinoamericanos⁹.

Varios estudios han descrito una prevalencia creciente de los factores de riesgo de ECV. Un estudio recientemente publicado, en el que se han utilizado los datos obtenidos en el National Population Health Survey y el Canadian Community Health Survey entre 1994 (n = 17.626) y 2005 (n = 132.947), indica un aumento de la prevalencia de los diagnósticos médicos de hipertensión, obesidad y diabetes

en Canadá¹⁰. En Estados Unidos, un análisis de los datos obtenidos en la National Health and Nutrition Examination Survey indicó que un 29% de la población adulta de Estados Unidos (lo cual puede estimarse en 58,4 millones de individuos) era hipertenso en 1999-2000. A diferencia de lo observado en estudios previos, estos datos indican una inversión de la tendencia decreciente en la prevalencia de la hipertensión que se describió entre 1960 y 1991¹¹.

En España, un estudio de prevalencia realizado entre 2004 y 2005 en 216.914 trabajadores (afiliados a un plan de salud nacional) de ambos sexos, con una media de edad de 36,4 años, mostró que un 22% eran hipertensos, un 38,5% tenía sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] 25 a < 30) y un 15,5% eran obesos (IMC \geq 30). Estas cifras son similares a los datos obtenidos en Estados Unidos en una cohorte de población adulta general, de edad ligeramente superior (media, 43 años), excepto por una prevalencia muy superior de la obesidad en la población de Estados Unidos (27%)^{12,13}. En Brasil, la obesidad en los adultos se ha triplicado entre 1977 y 1997, y en Chile la prevalencia de la obesidad en los niños del primer curso escolar ha aumentado del 5,5 al 18% entre 1987 y 2000¹⁴. En Estados Unidos, la prevalencia de diabetes mellitus ha aumentado al doble entre 1980 y 2006, y ello puede estar relacionado con el aumento de la prevalencia de obesidad en las décadas previas¹⁵. Recientemente, la OMS ha señalado que la obesidad está alcanzando dimensiones de epidemia mundial¹⁶.

Estos datos indican que la disminución de la mortalidad por ECV que se ha producido durante los últimos 50 años en la mayor parte de Europa, Estados Unidos, Canadá, algunos países latinoamericanos y otros países en proceso de transición socioeconómica podría terminar pronto.

Mientras tanto, la EC se ha venido convirtiendo en una enfermedad progresivamente más predecible, con la identificación del colesterol hemático, la presión arterial, el tabaquismo y la diabetes mellitus como los principales factores de riesgo modificables¹⁻⁴. Estos elementos han influido claramente en la reducción de la mortalidad por ECV observada desde 1960, a través de los cambios del estilo de vida y terapias específicas. Más recientemente, la posibilidad de predecir los episodios coronarios, incluida la mortalidad, ha mejorado aún más con la aportación adicional de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR), los depósitos de calcio en las arterias coronarias y las características genéticas, que probablemente evolucionarán en el futuro hacia alguna forma de puntuación predictiva genética individual¹⁴⁻¹⁸. Sin embargo, no está claro en qué medida una mayor capacidad de predicción del riesgo influirá en la prevención de la morbimortalidad por ECV en la población en riesgo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015083>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015083>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)