

Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Latinoamérica

Dr. Edgardo Escobar

**Departamento de Medicina, Hospital San Borja,
Universidad de Chile, Santiago, Chile**

Las causas de enfermedad cardiovascular en Latinoamérica han cambiado en las últimas décadas.

Anteriormente, lo frecuente era la enfermedad cardíaca de origen reumático. Actualmente, las valvulopatías de esta causa han tenido una disminución significativa, gracias a la mejoría de las condiciones socioeconómicas y al adecuado tratamiento de la infección estreptocócica.

En algunos países latinoamericanos aún persiste una alta tasa de miocardiopatía chagásica la cual también ha mostrado una disminución lenta pero progresiva gracias a campañas de salud pública.

Por el contrario ha ido adquiriendo mayor relevancia la enfermedad hipertensiva, la obesidad y la diabetes cada una de las cuales constituye una causa importante de enfermedad cardiovascular. Por esa y otras causas, como el tabaquismo y la falta de actividad física, se puede afirmar que la enfermedad aterosclerótica es la epidemia del siglo XXI.

En 1990 murieron 50 millones de personas y en 6.3 millones la causa fue la cardiopatía coronaria. Lo interesante es que fue sólo 2.7 millones eran del mundo desarrollado. Más de cuatro millones murieron a consecuencia de un accidente vascular cerebral y sólo 1.4 millones eran del mundo desarrollado.

Para el año 2020 se espera que siete de cada diez muertes se deban a enfermedades no transmisibles, que la cardiopatía coronaria sea la causa principal y que los accidentes vasculares cerebrales ocupen el cuarto lugar.

En Latinoamérica y el Caribe hay dos veces más muertes por enfermedades no transmisibles que por enfermedades transmisibles.

Son bien conocidos los factores de riesgo de la enfermedad aterosclerótica. Lo importante es recordar que estos factores se potencian entre sí. Si coexisten por ejemplo el tabaquismo, con hipertensión y dislipidemia, el riesgo se puede potenciar 16 veces.

Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, según la OPS, son muy altas en Latinoamérica y no han sufrido modificaciones muy significativas entre 1980 y 1990. Algunos ejemplos: Argentina: 46.6 y 46.4, Chile 29.4 y 29, Honduras 15 y 13.9, Puerto Rico 40.5 y 34, Uruguay 44.1 y 41.4%, respectivamente.

Latinoamérica ha enfrentado y sigue enfrentando altas tasas de migración que han influido en sus características genéticas y hábitos de vida y nutricionales.

Una publicación reciente de la Fundación Latinoamericana del Corazón proporciona en forma detallada estadísticas de Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares en las Américas. Estos datos demuestran la alta tasa de mortalidad por enfermedad aterosclerótica en los países latinoamericanos.

La prevención de las enfermedades cardiovasculares debe basarse en el cambio de hábitos de vida y

secundariamente en la utilización de medios farmacológicos.

Estudios realizados en Chile y Argentina demuestran que poblaciones urbanas y rurales presentan una prevalencia similar de factores de riesgo cardiovascular, de lo que resulta evidente que la prevención es sinónimo de EDUCACION de la población general, proceso educativo que en mi opinión debe iniciarse a nivel escolar básico para inculcar a los niños hábitos de vida saludables.

Parte integrante de dichos hábitos es el ejercicio regular, cuya práctica ha demostrado que conlleva una vida más prolongada. La actividad física regular eleva la concentración de colesterol HDL y disminuye la concentración de LDC, VLDC y Triglicéridos, aumenta la actividad de la lipasa lipoproteica del tejido adiposo y muscular, aumenta la sensibilidad a la insulina y la actividad fibrinolítica secundaria o oclusión trombótica. Disminuye la frecuencia cardíaca y en el hipertenso leve contribuye a normalizar la presión arterial. Una caminata de 30 minutos diarios se asocia a mayor sobrevida, pero no hay estudios del impacto del entrenamiento físico en prevención primaria pero mejora, sin duda, la calidad de vida.

La suspensión del tabaquismo aumenta los niveles de colesterol HDL ya en el primer mes. Dentro de los dos primeros meses se constata una disminución de los niveles de fibrinógeno, mejora la función plaquetaria y tiende a normalizar los estados de hipercoagulabilidad. Dentro de los seis meses, hipertensos en tratamiento con betabloqueadores obtienen beneficio total del tratamiento comparable al de no fumadores. El riesgo de infarto del miocardio en un ex fumador cae al riesgo de un no fumador. Dentro de los cinco años, pacientes que han tenido angina, infarto del miocardio o arritmia, reducen el riesgo de infarto o reinfarto y los síntomas de claudicación intermitente pueden disminuir, en parte, por circulación colateral en áreas obstruidas de arterias periféricas. Todo lo anterior sin considerar los efectos benéficos que produce suspender el tabaco sobre la fisiología de las vías respiratorias y en la disminución del riesgo de cáncer principalmente pulmonar. Se proyecta que para el año 2020 el tabaquismo mate a más personas que cualquiera enfermedad individual. Incluso el tabaquismo pasivo aumenta significativamente el riesgo cardiovascular. Los resultados de programas para dejar de fumar no tienen un éxito importante y fluctúan entre 5 y 40%. Esta última cifra se puede alcanzar con programas multidisciplinarios, con costos entre 790 y 1200 dólares por persona que deja de fumar.

Los estudios de prevención primaria y secundaria demuestran más allá de toda duda que la reducción de las concentraciones de colesterol se asocia a menor incidencia de eventos y mortalidad cardiovascular.

Los metaanálisis han demostrado una estrecha asociación entre la magnitud de la reducción de las concentraciones de colesterol y la menor mortalidad. Reducciones mayores del 25% se asocian a mayor sobrevida.

El uso de estatinas en prevención primaria tiene un costo de 1.2 millones de dólares para salvar una vida y 210 mil dólares para prolongar un año de vida, valores excesivos para muchos países latinoamericanos. En prevención secundaria el costo/beneficio de utilizar estatinas es considerablemente menor y se reduce a cifras de 4 000 a 30 000 dólares por año de vida salvada. Si se suman los costos indirectos de las enfermedades, por pérdida de productividad, habría un ahorro importante de recursos con el uso de estatinas. En la mayoría de los países latinoamericanos no hay acceso al uso de estos fármacos, pero es indudable que las autoridades de salud deben hacer un esfuerzo para incorporar estos medicamentos en el tratamiento, incluyendo la prevención primaria, si somos consecuentes con la práctica de la medicina basada en la evidencia.

En cuanto a la hipertensión arterial varios estudios prospectivos demuestran el impacto del tratamiento sobre la mortalidad. Una disminución de 5 - 6 mmHg en la presión diastólica, se asocia a un 35% de disminución de accidentes vasculares cerebrales y a un 25% de disminución de infarto agudo del miocardio. La información actual ha desvirtuado la idea de que el uso de betabloqueadores y/o diuréticos influya desfavorablemente en el pronóstico de la cardiopatía coronaria y junto con todos los otros antihipertensivos figuran en la primera línea del tratamiento.

La obesidad se asocia a mayor mortalidad. Especialmente la obesidad con razón cintura - cadera aumentada, se relaciona a mayor resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial.

La obesidad es un problema epidemiológico de la mayor magnitud e importancia y debe ser controlado desde la niñez. Sin embargo, los tratamientos tienen un índice alto de deserción y obtienen reducciones de peso de poca importancia.

Más recientemente se ha incorporado la hiperhomocisteinemia como factor de riesgo, pero no hay estudios a largo plazo que demuestren un efecto beneficioso de la reducción de la concentración de homocisteína sobre eventos o mortalidad cardiovascular. En todo caso, es muy efectiva la administración de ácido fólico para reducir su concentración y siendo de bajo costo, es probable que en el futuro se considere su incorporación a los alimentos cuando tengamos datos más sólidos sobre su impacto en la enfermedad aterosclerótica.

La dieta, independiente de sus efectos en los lípidos, es importante para disminuir el riesgo de enfermedad aterosclerótica. La restricción del consumo de ácidos grasos hidrogenados y grasa saturada se asocia a reducciones importantes en el riesgo cardiovascular. Los ácidos grasos trans se generan durante la hidrogenación industrial de aceites, proceso muy usado para la fabricación de margarinas. La conformación de estos ácidos produce cambios en la función de membrana y aumenta las concentraciones de colesterol total y HDL.

Los ácidos grasos Omega-3 son altamente insaturados y provienen fundamentalmente de peces de agua fría. Estos ácidos reducen la agregación plaquetaria y disminuyen la concentración de triglicéridos. Más que suplementar la dieta con estos ácidos grasos, es importante estimular el consumo de pescado una o más veces por semana lo que se asocia a reducción de la mortalidad cardiovascular.

La prevalencia de factores de riesgo de enfermedad aterosclerótica en población chilena y argentina, por ejemplo, es muy similar a la de países desarrollados.

Por lo tanto, medidas de control de dichos factores debieran reducir la morbi- mortalidad, consecuencia de dicha patología y deben ser suplementados a brevedad.

El estudio Euroaspire II demostró resultados muy similares al Euroaspire I realizado 5 años antes. El Euroaspire II, estudio europeo destinado a mejorar la prevención de enfermedades cardiovasculares en 5500 pacientes hospitalizados por cirugía coronaria, angioplastia, infarto del miocardio o angina inestable, demostró una altísima prevalencia de tabaquismo (21%), sobrepeso u obesidad (81%), sedentarismo (61%), hipertensión (50%), diabetes (20%), hipercolesterolemia (59%), cifras muy similares al Euroaspire I, lo que subraya la necesidad de EDUCACIÓN en relación a hábitos de vida, tabaquismo, sobrepeso y actividad física.

Los programas de prevención deben considerar entre otros factores la necesidad de toma de conciencia por parte de la población sobre factores de riesgo, inculcar el concepto de PREVENCIÓN, difícil tarea en sujetos aparentemente sanos, asintomáticos.

Lo anterior resulta en una alta tasa de deserción, entre 20 a 50% de las personas que se incorporan a un programa. Los programas de prevención pueden hacer necesaria la incorporación de medicamentos de alto costo, como las estatinas.

Lo más importante es el rol del profesional de la salud y su arma fundamental es la EDUCACIÓN a través de una buena relación con la persona sana o con el paciente.

En 1990 los países en desarrollo contribuyeron con 68% del total de las muertes por enfermedades no transmisibles y 63% de la mortalidad mundial por enfermedades cardiovasculares.

Latinoamérica contribuyó en un 6% a la mortalidad de cualquier causa y en 5% a la mortalidad cardiovascular en 1990 y la contribución de los países en desarrollo a la carga global de enfermedades cardiovasculares en términos de incapacidad ajustados por años de vida perdidos (DALY) fue 2.8 veces mayor que en los países desarrollados.

En resumen, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en países en vías de desarrollo y por tanto, en Latinoamérica, es similar al de países desarrollados. Se debe precisar mejor la carga de enfermedad cardiovascular en cada uno de los países y realizar los máximos esfuerzos por disminuirla considerando la dificultad que representa la transición hacia una economía de mayor desarrollo.

REFERENCIAS

1. Assmann G., Carmena R., Cullen P., Fruchart J. Ch., et al. Coronary heart disease: reducing the risk, a world wide view. *Circulation* 1999; 100: 1930 - 1938.
2. Bunout D., Escobar E. Prevención de Enfermedades Cardiovasculares : ¿deben aplicarse los mismos criterios en América Latina que en Europa y Norteamérica?. *Rev. Esp. Cardiol* 2000; 53: 889-895.
3. Berrios X., Jadue L., Zenteno I. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en la población general de la Región Metropolitana. *Rev. Med. Chile* 1990; 118: 594-604.
4. Bucher HC., Griffith LE., Guyatt GH. Systematic review on the risk and benefit of different cholesterol lowering interventions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1999; 19: 187-195.
5. Bunout D., Garrido A., Suazo M., Kauffman R., Venegas P. De la Maza P. et al. Effects of a supplementation with folic acid and antioxidant vitamins on homocysteine levels and ldl oxidation in coronary patients. *Nutrition International* 2000; 16: 107-110.
6. Berlin JA., Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 612-628.
7. Ciruzzi M., (por Investigadores estudio PRESEA). Prevención secundaria en Argentina. Estudio PRESEA. *Rev. Argentina Cardiol* 2000; 68: 817-824.
8. Ciruzzi M., Pamprano P., Esteban O., Rozlonik T., Tartaglione J., Abecasis B., et al. Case-control study of passive smoking at home and risk of acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1998; 31: 797-803.
9. Ciruzzi M., Rozlonik J., Pamprano P., Delmonte H., Paterno C., Soifer S., et al. Factores de riesgo para infarto agudo de miocardio en Argentina. *Rev. Argent Cardiol* 1996; 64 (Supl 2): 9-40.
10. Curry SJ., Grothaus LC., MacAfee T., Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med.* 1998; 339: 673-679.
11. Clarke R., Daly L., Robinson K., Naughten E., Cahalane S., Fowler B., et al. Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascular disease. *N. Engl J. Med.* 1991; 324: 1149-1155.
12. Escobar E. Prevención de enfermedades cardiovasculares y protección cardiovascular : una perspectiva latinoamericana. *Cardiol Rev.* 1996; 1 (Supl): 49-54.
13. Euroaspire II Proceedings 22nd Congress of the European Society of Cardiology. Amsterdam, August 2000.
14. Enfermedades Cardiovasculares y Cerebro Vasculares en las Américas 2000. Fundación Interamericana del Corazón. ISBN 1 - 896242 - 44- 3 Marzo 2001.
15. Fasce E., Pérez H., Boggiano G. Hipertensión arterial en comunidades rurales. Estudio en la VIII región, Chile. *Rev. Med. Chile* 1993; 121: 1058-1067.
16. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers G., Dahlof B., Elmfeldt D., Julius S., et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment Randomized Trial. *Lancet* 1998; 51: 1755-1762.
17. Hu FB., Stampfer MJ., Manson JE., Rimm E., Colditz GA., Speizer FE., Rosner BA. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J. Med.* 1997; 337: 1491-1499.
18. Johannesson M., Jonsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *N. Engl J. Med.* 1997; 336: 332-336.
19. Jacques PF., Selhub J., Bostom AG., Wilson PWF., Rosenberg IH. The effect of folic acid fortification on plasma folate and total homocysteine concentrations. *N. Engl J. Med.* 1999; 340: 1449-1454.
20. Jadue L., Vega J., Escobar MC., Delgado I., Garrido C., Lastra P., et al. Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: metodología y resultados globales de la encuesta base del programa CARMEN. *Rev. Med. Chile* 1999; 127: 1004-1013.

21. Kauffmann R., Bunout D., Hidalgo C., Aicardi V., Rodríguez R., Cañas L., et al. Evaluación a dos años de un programa de control de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores asintomáticos. Rev. Med. Chile 1992; 120: 822-827.
22. Kaplan NM. The deadly quartet. Upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension. Arch Intern Med. 1989; 149: 1514-1520.
23. Moser M. Recent Clinical Trials: do results indicate a change in recommendations for initial therapy of hypertension. WHL Newsletter 76, April 2001.
24. Malinow MR., Duell PB, Hess DL., Anderson PH, Kruger WD, Phillipson BE. Reduction of plasma homocysteine levels by breakfast cereal fortified with folic acid in patients with coronary heart disease. N Engl J. Med. 1998; 338: 1009-1015.
25. Mehta J., López LM., Wargovich T. Eicosapentanoic acid: its relevance in atherosclerosis and coronary artery disease. Am J Cardiol 1987; 59: 155-159.
26. Nygard O., Nordrehaug JE, Refsum H., Ueland PM, Fartstad M, Vollset SE. Plasma homocysteine levels and mortality in patients with coronary artery disease. N. Engl J. Med. 1997; 337: 230-236.
27. Pharoah PDP, Hollingworth W. Cost effectiveness of lowering cholesterol concentration with statins in patients with and without pre existing coronary heart disease: life table method applied to health authority population. Br Med J 1996; 312: 1443-1448.
28. Paffenbarger RS, Hyde RT. Wing AL, I-Min Lee, Jung DL., Kampert JB. The association of changes in physical - activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med. 1993; 28: 538-545.
29. Report of a WHO Consultation on Obesity. Obesity, preventing and managing the global epidemic. Ginebra: World Health Organization, 1997.
30. Reddy K.S., Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation 1998; 97: 596-601.
31. Schargrofsky H., Escobar MC, Escobar E. Cardiovascular disease prevention. A challenge for Latin America. Circulation 1998; 98: 2103-2104.
32. Schwartz JL., Methods of smoking cessation. Med. Clin North Am 1992; 76: 451-476.
33. Stockins B., Larenas G., Charles M., Standen D., Espinoza O., Illesca M., et al. Niveles de lípidos y de presión arterial en población mapuche de la Región de la Araucanía, Chile. Rev. Med. Chile 1998; 126: 1291-1299.
34. Vega J., Jadue L., Escobar MC., Jalil J., Espejo F., Delgado I., et al. Prevalencia de hipertensión arterial en Valparaíso. Resultados de la encuesta de base del programa CARMEN. Rev. Med. Chile 1999; 127: 729-738.
35. Wilson PWF., Hoeg JM., Dagostino RB., Silberchatz H., Belnager AM., Poehlmann H et al. Cumulative effects of high cholesterol levels, high blood pressure and cigarette smoking on carotid stenosis. N Engl J. Med. 1197; 516-522.
36. Willet WC., Stampfer MJ., Manson JE., Colditz GA., Speizer FE., Rosner BA. Intake of trans fatty acids and risk of coronary heart disease among women. Lancet 1993; 341: 581-585.

Arriba

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el conferencista o por expertos en el tema a través de la lista Epidemiología y Prevención
Llene los campos del formulario (en español, portugués o inglés) y oprima el botón "Enviar".

Preguntas, aportes o comentarios:

Nombre y apellido:

País:

Dirección de E-Mail:

Arriba

2do Congreso Virtual de Cardiología

Dr. Florencio Garófalo

Presidente Comité Organizador

fgaro@fac.org.ar
fgaro@satlink.com

Dr. Raúl Bretal

Presidente Comité Científico

rbretal@fac.org.ar
rbretal@netverk.com.ar

Dr. Armando Pacher

Presidente Comité Técnico - CETIFAC

apacher@fac.org.ar
apacher@satlink.com

Copyright © 1999-2001 Federación Argentina de Cardiología
Todos los derechos reservados

Esta empresa colaboró para la realización del Congreso:

