

Hacia el cambio en el paradigma de la prevención cardiovascular.

El paso del tratamiento de los “factores de riesgo” al tratamiento de las “personas en riesgo”

Sobre el artículo: Kopitowski K. y col. Evaluación del riesgo cardiovascular. *Nexo Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2003; 23:4-7.

¿Por qué es necesaria la “evaluación del riesgo cardiovascular global”?, y ¿por qué comenzamos a cuestionar la conducta actual de tratar cada uno de los factores de riesgo cardiovascular, cada vez que supera cierto umbral determinado por guías y consensos?

LOS “FACTORES DE RIESGO” ¿VARIABLES FISIOLÓGICAS O ENFERMEDADES?

Recapitemos un poco. Todos conocemos desde nuestra época de estudiantes que la presión arterial, el colesterol sérico y el índice de masa corporal (IMC) son variables fisiológicas; pero además, ahora como médicos, las reconocemos como variables importantes en la etiología de enfermedades comunes, como la enfermedad vascular (cardíaca y no cardíaca).

Distinto al fumar cigarrillos, que es una causa externa y ambiental, éstas deben ser vistas como variables fisiológicas (bioquímicas y biofísicas), que bajo control genético parcial, son en realidad “intermediarios” entre los factores ambientales y “modos de vida” específicos de cada época (dieta grasa, inactividad, consumo de sal, etc.) y la misma enfermedad vascular.

Todos conocemos desde las publicaciones iniciales del estudio Framingham, que el riesgo vascular puede ser reducido si bajamos los niveles considerados “anormales” o “altos” de estas variables intermedias, ya sea mediante cambios en el “modo de vida” o mediante el tratamiento con drogas.

Según la visión actual de los consensos y las guías clínicas, existen niveles con los cuales se toma la decisión de tratar o no tratar. Estas indicaciones implican de manera no explícita que existen “umbrales” en las relaciones entre el nivel de la variable y el riesgo de la enfermedad, y que por lo tanto tratar los valores habituales o “promedio” que se encuentran por debajo de esos umbrales establecidos, no tendría ningún valor terapéutico.

Esta visión conceptual, que tiene su origen a mediados del siglo XIX, refuerza la terminología que considera los valores extremos de estas variables como indicativos de un estado de cierta “enfermedad” -y como tal las llama hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad- y a los individuos con valores promedio como si fueran “normales”- llamándolos normotensos y normocolesterolémicos.

Veamos cómo se comienza a considerar que hay una relación de continuidad (existencia de estados intermedios graduales) y de homogeneidad (inexistencia de una diferencia cualitativa) entre lo normal y lo patológico en el siglo XIX¹. El fisiólogo Claude Bernard escribió (1877, “Las lecciones sobre la diabetes y la glucogénesis animal”): *“El buen sentido señala que si se conoce completamente un fenómeno fisiológico, se tiene que estar en condiciones de explicar todas las perturbaciones que puede experimentar en el estado patológico: fisiología y patología se confunden y en el fondo son una sola y misma cosa.”*

Este cambio en el concepto de enfermedad es el que nos lleva a considerar patológicas ciertas cifras altas de presión arterial o colesterol y considerarlos enfermos con el agregado del prefijo que indica aumento, como “hipertensión” o “hiperlipidemia”.

¿CUÁLES SON LAS RELACIONES ENTRE LOS NIVELES DE LAS VARIABLES FISIOLÓGICAS DE LOS LLAMADOS “FACTORES DE RIESGO” Y EL RIESGO DE ENFERMEDAD VASCULAR?

Si utilizamos como coordenadas una línea vertical donde colocamos el riesgo cardiovascular utilizando una escala de proporciones (de manera que 0,25; 0,50; 1,0; 2,0 indica que cada espacio igual dobla la incidencia del riesgo, también llamada logarítmica), y en la horizontal los niveles de los diferentes factores de riesgo, las relaciones de los distintos niveles de presión arterial (sistólica y diastólica), colesterol sérico e índice de masa corporal siguen una línea recta con el riesgo de enfermedad vascular en todo su recorrido, sin mostrar en los niveles más bajos la aparición de un umbral (riesgo horizontal cuando sigue descendiendo el nivel del factor considerado). O sea, cuanto más bajo el nivel de la variable, más bajo es el riesgo. Ninguna parte de la relación dosis-respuesta se aplana. Ésto se ve muy claramente cuando se utiliza esta escala llamada semi-logarítmica. Sin embargo, con una escala aritmética convencional, la relación es curvilínea y ésto sugiere engañosamente la presencia de un umbral en los niveles más bajos.

Ésto indica que, sin importar el nivel del factor de riesgo del que partimos, si producimos una disminución de 5 mmHg de presión diastólica o 10 mmHg de presión sistólica, se produce una disminución de 35% de riesgo cardiovascular; la reducción de 35 mg/dL de colesterol sérico produce un descenso de 30% del riesgo y disminuir 1 U de IMC (aproximadamente 3 kg de peso), un 10% de riesgo.

Ahora bien, el tratamiento con estatinas en prevención primaria o secundaria tiene similar reducción del riesgo proporcional: en el ensayo clínico WOSCOPS (prevención primaria), 39% y en el 4S (prevención secundaria), 36%. Debido a que la incidencia de riesgo de eventos coronarios

mayores es casi cuatro veces mayor en el WOSCOPS que en el 4S (1,4% vs. 5,2% por año), la reducción absoluta del riesgo fue también casi 4 veces mayor en los que tenían enfermedad coronaria preexistente (1,8% vs. 0,5% por año).

Los ensayos clínicos de reducción de los niveles de presión arterial con drogas muestran similares reducciones proporcionales en el riesgo en gente con y sin ACV (accidente cerebro-vascular) o IM (infarto de miocardio) previo. En general, el modelo del efecto proporcional constante se mantiene igual ya sea en hombres o mujeres, personas de diferentes edades y gente con o sin enfermedad existente.

¿DEBEMOS SEGUIR LLAMANDO "NORMALES" A LOS VALORES "PROMEDIO" DE LOS FACTORES DE RIESGO? EXISTE RIESGO EN DISMINUIR LOS NIVELES "PROMEDIOS"

Law y Wald² arribaron a la conclusión de que la relación proporcional entre estas variables fisiológicas y sus enfermedades asociadas es constante a lo largo de todos los niveles de las variables y en todos los niveles de riesgo. Cuanto más bajo sea el factor de riesgo, más bajo será la enfermedad, aun en aquellas personas que están muy por debajo de los valores promedio de la sociedad occidental, ya que se ha excluido que existan umbrales en niveles tan bajos de colesterol total como 135 mg/dL, o presión arterial de 115 mmHg de sistólica y 75 mmHg de diastólica, que estarían cercanos a los niveles prehistóricos. En las comunidades primitivas de cazadores-recolectores estas variables fisiológicas no aumentaban con la edad, y al llegar a los 60 años la presión arterial permanecía en 110/70 mmHg (<1 al 5% actual, que es de 145/80), el colesterol sérico en 122 mg/dL (<1% que es de 228 mg/dL), y el índice de masa corporal cerca de 22 kg/m² (<10%, que es de 27 kg/m²).

Ésto lleva a preguntarnos si los valores promedio y la distribución de los factores de riesgo en la sociedad pueden ser considerados como "normales", cuando resulta evidente que nuestros valores promedios actuales no eran tales durante la evolución histórica. Los promedios y las curvas de distribución sólo indican lo que es usual en un momento en una población, y no pueden decir si es "normal". Por lo tanto, deberíamos dejar de llamar "normales" a las distribuciones de ciertas variables fisiológicas humanas actuales

Diferencias en el "modo de vida" (dieta, hábitos y ejercicios habituales) constituyen la razón fundamental de las diferencias históricas en las variables fisiológicas; y los cambios relativamente recientes probablemente sean los responsables de la emergencia de la enfermedad isquémica y la diabetes no insulino dependiente.

Para los que se preocupan de que no vayamos demasiado lejos en la reducción de las variables fisiológicas interme-

diarias, tenemos un excelente ejemplo natural: la condición genética en la que el colesterol está por debajo de 76 mg/dL muestra que esos individuos no presentan efectos adversos por ese colesterol tan bajo, y a su vez tienen una vida prolongada porque no padecen enfermedades coronarias.

¿TRATAR A LOS "FACTORES DE RIESGO" O A LAS "PERSONAS DE ALTO RIESGO"?

Ésto implica que las drogas para descender la presión no se deben limitar solamente para las personas con hipertensión, ni las estatinas para disminuir el colesterol sérico sólo a los hipercolesterolémicos.

La relación proporcional constante significa que adquiere suma relevancia la modificación de los factores de riesgo en las personas de alto riesgo, cualquiera sea la razón por la que estén en esta condición, sin tomar en consideración el nivel del factor de riesgo.

El mayor determinante de riesgo es ya haber padecido la enfermedad porque, sin tratamiento preventivo, las personas que tuvieron un infarto de miocardio tienen una posibilidad de fallecer por enfermedad cardiovascular de 5% por año para el resto de su vida. En cambio, en personas sin enfermedad vascular previa la mortalidad cardíaca es de 0,3% por año a los 60 años, que sólo aumenta a 0,5% por año si tiene presión arterial o colesterol alto. La conclusión es muy clara: cualquier persona con enfermedad cardiovascular existente debe ser tratado sin tener en cuenta el nivel del factor de riesgo que uno busca modificar.

En la gente sin enfermedad cardiovascular conocida, la edad constituye el determinante de riesgo más importante. La mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica o cerebrovascular aumenta al doble con cada 8 años de incremento en la edad.

Como las variables fisiológicas tienen poco poder de discriminación, los que están en el extremo del 10%, sólo experimentan el 20% de todos los eventos cardiovasculares, y como ya bien señaló Rose³, ofrecer tratamiento solamente a aquellos en umbrales extremos hace que podamos prevenir muy pocos eventos. Una persona con altos valores de una variable tiene el mismo riesgo que otra de unos pocos años más de edad, con valores promedio de la misma variable. Por lo tanto, pareciera irracional ofrecer tratamiento preventivo al primero pero no al último.

Por lo tanto, en gente sin enfermedad previa deberíamos considerar el tratamiento cuando el riesgo supera cierto margen, considerando fundamentalmente la edad y el sexo, y en forma secundaria los valores de los factores de riesgo.

CAMBIAR TODOS LOS FACTORES DE RIESGO EN SU CONJUNTO, EFECTUANDO UN GRAN CAMBIO PARA LOGRAR UN GRAN BENEFICIO

Debido a que tiene gran valor disminuir estas variables

fisiológicas, cualquiera sea su medición inicial en personas de alto riesgo, *todos* los factores reversibles deben ser disminuidos y no únicamente los “anormales”, ya que la disminución del riesgo del paciente será aditiva y con mayor efecto. Reducir sólo aquellas con valores altos hace perder a la mayoría el beneficio potencial.

También resultaría inapropiado aceptar cambios pequeños en las variables de riesgo prevenibles. Cuanto mayor es el cambio que obtengamos, por ejemplo en los niveles de colesterol o de presión arterial, mayor será el beneficio en la disminución del riesgo vascular. Por lo tanto, no deberíamos conformarnos sólo con “normalizar” los valores por debajo de ciertos umbrales, que además son inexistentes.

CONCLUSIONES

De este cambio de paradigma en la prevención de las enfermedades vasculares, la conclusión para la práctica médica es que, sin importar cuál es el nivel del factor de riesgo del cual se parte, un cambio en el factor de riesgo resulta en la misma reducción proporcional en el riesgo vascular. En consecuencia, la selección de los individuos para el tratamiento preventivo se debe basar solamente en el nivel del riesgo absoluto de cada persona. Por lo tanto, los individuos de alto riesgo deberían cambiar su modo de vida y recibir tratamiento con medicamentos para modificar simultáneamente todos los factores de riesgo reversibles, independientemente de cuáles sean las mediciones en sus factores de riesgo.

Hernán C. Doval
Servicio de Cardiología,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

REFERENCIAS

1. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México; Siglo Veintiuno Editores: 1978.
2. Law MR, Wald NJ. Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. *BMJ* 2002; 324(7353): 1570-6.
3. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ (Clin Res Ed)* 1981; 282(6279): 1847-51.

Recibido: 5 ago. 2003

Aceptado: 20 oct. 2003

WWW: una necesidad, una dificultad

Sobre el artículo: Galarza C.R. y col. Calidad de la comunicación para una mejor salud. Oportunidad y desafío de la World Wide Web. *Nexo Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2003; 23: 8-13.

La World Wide Web (WWW) se ha convertido, entre otras cosas, en un extraordinario método de comunicación global y acceso instantáneo a la información médica, por lo

que constituye un aliado invaluable de nuestra práctica clínica. Como tal, se encuentra en permanente cambio. Por momentos adquiere un ritmo vertiginoso, convirtiendo a la telecomunicación en una información que se emite segundo a segundo.

La comunicación, al convertirse en un hecho directo y sin intermediación, ha evitado la autocensura propia de los medios de comunicación con sus influencias propias de la ideología y la política de mercado. Se estima que el 40 por ciento de las consultas efectuadas en Internet se ubican en el sector de la salud.

Tal es la importancia que posee esta nueva herramienta de información, que hoy se acepta y reconoce a la informática médica como una especialidad médica y nuestro Hospital, además, la ha elevado al rango de Departamento.

Como tecnología apropiada en la comunicación de la salud a través de los portales para pacientes o clientes, la WWW es motivo de preocupación, estudio, reflexión y análisis en los aspectos inherentes a la calidad de la misma. No es fácil direccionar la variedad de información (cómo brindar esa información en salud), el volumen de información, así como las dificultades para obtenerla.

Habida cuenta que volcada la información, no se sabe quién la recibirá y procesará, existe una honda preocupación en garantizar al menos un mínimo de calidad de la información. Asimismo, dado que hoy este fácil acceso lo ha transformado casi en un bien de consumo globalizado, tanto para los países centrales como para los subdesarrollados, es necesario que los profesionales de la salud adopten un cuidado adicional ético y moral en garantizar la calidad de la información.

Mario Sebastiani
Servicio de Obstetricia,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Recibido: 12 ago. 2003

Aceptado: 20 oct. 2003

1853*

Sobre el artículo: García de Amusquibar A.M. Primer Médico Argentino del Hospital Italiano de Buenos Aires. 150 años de su nacimiento. *Nexo Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2003; 23: 27-28.

Este año se cumplen 150 años de la fundación del Hospital Italiano, y es un honor muy especial el hecho de que seamos parte del festejo de un aniversario tan importante. Si nos ponemos a pensar, la historia del Hospital dobla la expectativa de vida actual. Es por esto que los pioneros y los primeros protagonistas de esta Historia ya no están con nosotros, y es nuestro deber recordarlos y rendirles home-

naje por su sacrificio en pos de un sueño.

A veces uno se olvida que para recorrer un camino, hubo personas que primero sacaron la maleza, apisonaron el suelo, construyeron los primeros senderos, que luego fueron siendo cimentados y mantenidos periódicamente, ajustándose a las modificaciones en la geografía política, económica y social de este país tan cambiante. Es decir, que mantuvieron este camino en óptimas condiciones para que nosotros podamos transitarlo y a su vez seguir agregando trozos de cemento al mismo.

Pongámonos a pensar qué pasó ese año tan particular de 1853. Fue el año que vio comenzar una guerra, la de Crimea (2/7/53), aquella en la cual se destacó el trabajo de enfermería para con los heridos de Florence Nightingale, hecho que culminó en la formación de la Cruz Roja Internacional. Dicho año vio el nacimiento del poeta y revolucionario cubano José Julián Martí (28/1/53), y el del pintor Vincent Van Gogh (30/3/53). También fue testigo del estreno de la Traviata de Verdi en Venecia (5/3/53), mientras en Inglaterra se declaraba obligatoria la vacunación antivariólica de Jenner, y el médico Charles Pravaz inventaba la jeringa hipodérmica con émbolo interno.

Si nos fijamos en esta parte del mundo, el 1/5/53 el Congreso General Constituyente sanciona la Constitución Nacional, Carta Magna de los argentinos, bajo el gobierno de Urquiza, y finalmente (pero no por eso menos importante, sino todo lo contrario), se decide la construcción de

un Hospital para la comunidad Italiana en Buenos Aires. Un Hospital que hoy cumple 150 años, y que desde su fundación sigue manteniendo sus metas principales que son: el servicio asistencial a la comunidad, la investigación permanente, y el énfasis en la formación y docencia de profesionales de excelencia. Nuestro Hospital se convirtió de un hospital para una comunidad, en un centro de referencia y de derivación médica nacional e internacional por mantener en alto los sueños de sus fundadores.

Recordemos que es nuestra responsabilidad preservar dichas metas, y cada vez que entremos al Hospital, apoyemos el oído suavemente contra sus paredes para oír los susurros de los miembros fundadores y de los primeros médicos y enfermeros instándonos a mantener su ejemplo y tratar de ser cada día un poco mejores.

Claudio Gabriel Fogel
Departamento de Pediatría.
Docente de Historia de la Medicina,
Escuela de Medicina del
Hospital Italiano de Buenos Aires.

* El presente artículo fue enviado por el autor el 28 de agosto de 2003 y aceptado para publicación el 20 de octubre del mismo año. De esta manera, junto a la nota publicada en nuestro número anterior, recordamos a quien fuera un querido profesional de nuestra Institución.