

Condiciones de Riesgo Cardiovascular

Luluaga, S. Baricco, L; Madkur,M; Adaro,P; Cruz M; Tomassoni,A;
Consultorio de Cardiología, turno tarde
Centro de Salud Municipal Dr. Ramón Carrillo Yerba Buena Tucumán

Introducción:

Las enfermedades crónicas no transmisibles tales como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las neumopatías crónicas y las lesiones, son responsables en nuestro país de más del 60% de las muertes y del 50% de los años de vida perdidos por muerte prematura. Estas enfermedades suelen compartir factores de riesgo comunes (alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaquismo, etc.), así como también estrategias de vigilancias conjuntas e integradas. (1) (2)

La prevención cardiovascular y el manejo de los factores de riesgo desempeñan un papel central en la cardiología actual

Los resultados del estudio GBDS (The Global Burden of Disease Study) han puesto de manifiesto que esta disminución progresiva en mortalidad cardiovascular se ha detenido por primera vez en décadas. Las principales causas de este estancamiento son el incremento en la prevalencia de obesidad y diabetes, junto al envejecimiento poblacional en general y al de los individuos con más alto riesgo en particular.

La Encuesta Nacional sobre Nutrición y Salud 2019 aporta información sobre la calidad de los productos y alimentos consumidos en la Argentina. Menos del 40% consume una vez al día frutas y verduras, y solo uno de cada cuatro consume pescado una vez por semana. Sin embargo, casi el 37% consume bebidas azucaradas una vez al día, y el 15% consume productos de copetín dos o más veces por semana (papas fritas, palitos de maíz, etc.). (3) (4)

Prevención primordial

El término prevención primordial fue utilizado por primera vez por T Strasser en 1978, con el fin de implementar estrategias de prevención cardiovascular a nivel poblacional que eviten la aparición de factores de riesgo. Su equivalente a nivel individual es la prevención del desarrollo de los factores de riesgo en un individuo dado. Esencialmente se trata de promocionar un estilo de vida saludable desde la concepción y a través de etapas tempranas de la niñez, adolescencia y juventud, buscando mantener individuos de bajo riesgo a lo largo de toda su vida.

El objetivo de la prevención cardiovascular desde etapas tempranas es simple: ganar salud y envejecer saludablemente. (5)

Durante el periodo enero-julio 2024 se atendieron en el consultorio de cardiología turno tarde del Centro Asistencial Ramón Carrillo de la ciudad de Yerba Buena Tucumán 800 pacientes

El 90% de los mismos fueron adultos, siendo el 10% restante niños en edad escolar

Del grupo de adultos el 70% de sexo femenino

La media de edad fue de 55 años

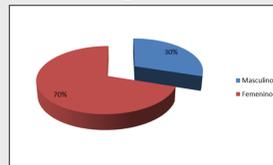
El 90% de los pacientes asistidos consultó por hipertensión arterial, siendo un porcentaje importante de primera consulta aquellos derivados del servicio de guardia del mismo centro asistencial.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, se observó una escasa incidencia de tabaquismo, menos de 10% de la población general de pacientes, siendo más prevalente en hombres

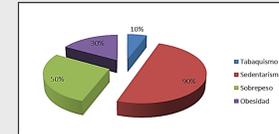
Obesidad en el 30% de los pacientes, con una distribución homogénea entre ambos sexos y sobrepeso en el 50% de los pacientes con igual distribución, observándose un IMC de 28 a 32.

Sedentarismo, considerando la definición de menos de 150/ minutos semana de intensidad moderada o 75 minutos semana de intensidad vigorosa, se observó en el 90% de los pacientes.

Distribución por sexo

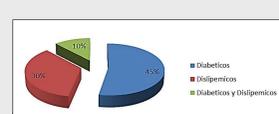


Factores de Riesgo Asociados



Todos los pacientes fueron remitidos a laboratorio. Se recuperaron los resultados de 120 pacientes, observándose una alta prevalencia de diabetes y en el 90% de ellos tipo 2.

Datos de Laboratorio



Los 800 pacientes recibe medicación del plan remediar, se observa escasa adherencia a la consulta cardiológica y al tratamiento farmacológico, y más aun a las medidas higiénico dietéticas que impliquen cambios en estilo de vida.

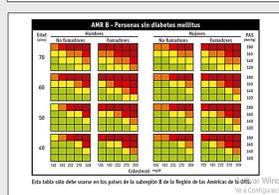
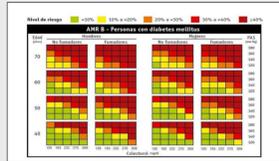
Grupos especiales

68 pacientes están en seguimiento por obstetricia de ellas el 10% presentaron HTA inducida por embarazo.

Si analizamos nuestros pacientes en función de las tablas de Riesgo y las posibilidades de sufrir un evento cardiovascular a 10 años, la mayoría de nuestros pacientes se encuentran frente a un riesgo superior al 20%

- Riesgo 20% a < 30%

Los individuos de esta categoría tienen un riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Requieren monitorización del perfil de riesgo cada 3 a 6 meses.



Situaciones especiales

Hay ciertos casos en las cuales el riesgo cardiovascular puede ser mayor a lo estimado por la tabla de estratificación de riesgo:

- Personas que ya reciben tratamiento antihipertensivo;
- Menopausia prematura;
- Obesidad (en particular obesidad central);
- Sedentarismo;
- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o accidente cerebrovascular prematuros en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años);
- Concentración elevada de triglicéridos (> 180 mg/dl);
- Concentración baja de colesterol HDL (< 40 mg/dl en los hombres, < 50 mg/dl en las mujeres);
- Concentraciones elevadas de proteína C reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o lipoproteína Lp (a), hiperglucemia en ayunas o intolerancia a la glucosa;
- Presencia de microalbuminuria o proteinuria, o filtrado glomerular <60 ml/min/m2;
- Frecuencia cardíaca aumentada en reposo;
- Bajo nivel socioeconómico

Conclusión

La prevención y el control de los factores de riesgo son parte esencial de cualquier estrategia dirigida a disminuir la incidencia y gravedad de los eventos cardiovasculares. Nuevos fármacos desarrollados en las últimas décadas han demostrado tener un gran impacto en la disminución de eventos cardiovasculares mayores, de lo cual existe evidencia científica numerosa e incontestable. Sin embargo, tales avances no logran trasladarse a la práctica de la manera esperada.

Existe una brecha entre los avances terapéuticos y la reducción de eventos clínicos, cuyo obstáculo principal es indudablemente la falta de adherencia a las indicaciones médicas.

Teniendo la adherencia múltiples causas, siendo la relación médico-paciente, el nivel de instrucción del paciente, la accesibilidad a la consulta médica y la situación socio económica los mayores determinantes.

Al decir de Williams Osler (1849 - 1919) el buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.

Metas

Que deberíamos lograr con nuestros pacientes? Seguir las 7 reglas de la vida, según la **American Heart Association**

Métrica	Ídéal
Tabaco	Nunca o suspendido hace >1 año
Índice de masa corporal	<25 kg/m ²
Actividad física	≥150 minutos/semana de intensidad moderada o ≥ de 75 minutos/semana de intensidad vigorosa
Alimentación saludable	4 componentes saludables
Presión arterial	< de 120/80 sin tratamiento
Glucemia en ayunas	<de 100 mg/dL
Colesterol total	<200 mg/dL

BIBLIOGRAFÍA

- Delucchi, A., Majul, C., Vicario, A., Cerezo, G. H. y Fábregues, G. Delucchi, A., Majul, C., Vicario, A., CereRegistro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. Rev Argent Cardiol. 2017;; p. 85, 354-360.
- Galante, M., Konfino, J., Ondarsuhu, D., Goldberg, L., O'Donnell, V., Begue, C. et al. Principales resultados de la 3a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina.. Rev. Argentina de Salud Pública. 2015;; p. 6(24), 22.
- Abegunde, D., Mathers, C. D., Taghreed, A., Ortegón, M. y Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic disease in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;; p. 370, 1929-38.
- McLaren L. Socioeconomic Status and obesity.. Epidemiol Rev.. 2007;; p. 29(1), 29-48..
- Augustovski, F. A. Irazola, V. E., Velazquez, A. P., Gibbons, L., Craig, B. M. et al. Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. Value in Health.. 2009;; p. 12(4), 587-96.