

EDITORIAL

Dr. Patricio Venegas P.

EDITOR INVITADO

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en Chile, además de ser un motivo frecuente de discapacidad y morbilidad.

La aterosclerosis es el proceso patológico continuo que lleva al desarrollo de enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica. En Chile, como en el mundo desarrollado, son la principal causa de muerte. Las ECV están fuertemente asociadas al estilo de vida, especialmente al uso de tabaco, dieta no saludable, sedentarismo y estrés psicosocial. Se estima que tres cuartas partes de la mortalidad CV puede ser prevenida con cambios en el estilo de vida.

El riesgo cardiovascular se ha definido como la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular en un período de tiempo definido, usualmente 10 años. Su progresión depende de la exposición a los factores de riesgo coronario, que corresponden a una característica biológica o de conducta, presente en una persona sana y que está relacionada con el desarrollo posterior de una enfermedad CV. A mayor exposición a uno o varios factores de riesgo, mayor es el riesgo global.

La valoración global del riesgo mediante modelos multifactoriales predice el riesgo global individual de forma más exacta. La aplicación de tablas de estratificación de riesgo cardiovascular permite informar a los pacientes de su riesgo CV global, lo que puede ayudar a modificar dichos factores y, por tanto, a prevenir la ECV. El uso de las tablas del Estudio del Corazón de Framingham (<http://www.framinghamheartstudy.org/about/spanish.html>) genera dos problemas: el primero es que estiman el riesgo coronario y no el cardiovascular, y el segundo problema es que estas tablas sobreestiman el riesgo coronario en poblaciones de menor riesgo como es la chilena. El uso de las tablas europeas sería más cercana a nuestra realidad, aunque también sobreestimarían el riesgo. Aún está pendiente la validación de las tablas chilenas como nos muestra en su trabajo la Dra. Kunstmann y colaboradores (1).

Las últimas Guías Europeas (2) clasifican a los sujetos según el nivel de

riesgo en: Muy alto riesgo: son aquellos que tengan una ECV documentada (enfermedad coronaria, u otra vascular), diabetes mellitus (tipo 1 o 2) con uno o más FRCV, y/o daño de renal (microalbuminuria), enfermedad renal crónica grado, lo que da un riesgo calculado >10%. Alto Riesgo: son aquellos sujetos que tengan alguno de los siguientes: FRCV muy alterados como dislipidemia familiar e HTA severa, diabetes mellitus sin otros FRCV ni daño de órgano blanco, enfermedad renal crónica grado IV, riesgo calculado entre 5 y 10% para mortalidad CV a 10 años. Riesgo Moderado: riesgo calculado entre 1 y 5% para mortalidad a 10 años. Bajo Riesgo: riesgo calculado < 1% para mortalidad a 10 años.

El estudio Interheart (3), fue realizado en 52 países de los cinco continentes, entre ellos Chile, con el objeto de determinar la prevalencia y el peso de los factores de riesgo coronario. El estudio utilizó la medida de asociación Riesgo Relativo (RR). Nueve factores de riesgo explican el 90% de los eventos. El peso de los factores de riesgo fue de: el tabaquismo activo con un RR: de 2.95 y un riesgo atribuible a la población (RAP) de 36.4%. La Diabetes Mellitus da un RR de 3.08 veces con un RAP de 12.3%. La Hipertensión arterial da un RR de 2.48 veces con un RAP de 23.4%. La dislipidemia (ApoB/ApoA1) da un RR de 3.87 con un RAP de 54.1%. La obesidad abdominal da un RR de 2.24 veces con un RAP de 33.7%. Los factores psicosociales da un RR de 2.51 con un RAP de 28.8%.

El conocer el nivel de riesgo total permite definir las poblaciones que se benefician de medidas preventivas tanto individuales como públicas con el objeto de disminuir los FRCV y promover un estilo de vida sano. En esta edición de Revista Médica se presenta el concepto de riesgo cardiovascular, las políticas chilenas de prevención, aporte diagnóstico y terapéutico de los nuevos biomarcadores y de las imágenes, se presentan distintos factores de riesgo como las dislipidemias y el tabaquismo, el riesgo cardiovascular que generan otras condiciones como la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia renal crónica, el uso de droga cardiotoxícas en oncología, etc. Esperamos que la lectura de sus páginas satisfaga vuestras expectativas.

Referencias

1. Kunstmann S, Lira MT, Icaza G, Nuñez L. "Riesgo cardiovascular y estratificación de riesgo en población chilena", Revista Médica CLC 2012, ver este número.
2. Perk J, De Backer G, Gohlke H, y colaboradores. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J doc10,1093/eurheartj/ehs092.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, y colaboradores. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.