

# Factores psicosociales y enfermedades cardiovasculares: necesidad de un enfoque integral

REMIJ 2011;12(2):1-7

## ***Psychosocial factors and cardiovascular disease: the need for a holistic approach***

***Dr. Rafael Fonte Villalón<sup>1</sup>, Dr. Enrique Pérez Estévez<sup>2</sup>***

<sup>1</sup>*Especialista de Primer Grado en Cardiología. Profesor Asistente de Medicina Interna, Hospital General Docente "Héroes del Baire"*

<sup>2</sup>*Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral, Profesor Auxiliar de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas Isla de la Juventud*

*"El límite artístico de la ciencia es el hecho de que siempre está segmentada".*

*Hervé Fischer*

Durante las últimas décadas ha disminuido la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) en los países más desarrollados, al paso que las estadísticas reflejan un sustancial incremento de este indicador en las naciones en vías de desarrollo. Por otra parte, se conoce que la prevalencia de enfermedad coronaria (EC) ha alcanzado proporciones significativas en todas las áreas geográficas, y se prevé un sustancial incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

En Cuba, al cierre del año 2010 se produjeron un total de 91 059 defunciones, de las cuales 23 796 (Tasa= 211.8 x 100 000 habitantes) fueron debidas a enfermedades del corazón, ocupando el primer lugar dentro de las causas de muerte del país. En la Isla de la Juventud ocupan el segundo lugar después de los tumores malignos. (126 defunciones, Tasa= 146.4 x 100 000 habitantes).

Adicionalmente, según los reportes del Anuario Estadístico de Salud del año 2010, las enfermedades isquémicas del corazón son las que más defunciones aportan dentro de las enfermedades del corazón. Mueren por esta causa, 16 435 personas (Tasa= 146,3 x 100 000 habitantes), siendo la enfermedad isquémica crónica del corazón y el infarto agudo del miocardio donde se concentran el mayor número de defunciones (8414, Tasa= 74,9 x 100 000 habitantes; 7 022, Tasa= 62,5 x 100 000 habitantes respectivamente).<sup>1</sup>

Murray y colaboradores han calculado que las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria alcancen el doble para el año 2020 con respecto a 1990. Aproximadamente el 82% y el 89% del incremento anticipado de las tasas de mortalidad y morbilidad, respectivamente, deben ocurrir en los países en vías de desarrollo.<sup>2</sup>

Esta predicción está basada en el perfil demográfico y los efectos futuros de los actuales patrones de consumo tabáquico. Si la prevalencia y duración de exposición a diversos factores de riesgo se incrementa como resultado del aumento de la expectativa de vida y la urbanización, las referidas tasas pudieran elevarse a cifras aun superiores.

En 1990 el 26% de todas las muertes en Latinoamérica (LA) fueron originadas por ECV, y se espera que persista como la principal causa de muerte en la región por varias décadas. LA ha experimentado la mayor transición demográfica, epidemiológica y nutricional en las últimas tres décadas, marcadas por el crecimiento económico, la urbanización, la disminución de la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas, así como por un incremento en la expectativa de vida. Esta transición ha generado un gran incremento en la morbilidad y mortalidad atribuible a EVC.<sup>3</sup>

Se ha pronosticado que debemos enfrentarnos en los próximos 20 años a una epidemia cardiovascular a escala planetaria.<sup>2</sup> Esto implica la necesidad de implementar una estrategia preventiva global, basada en la comprensión de la

madeja causal integrada por los diversos factores de riesgo vascular, en las diferentes regiones y grupos étnicos.

El concepto de factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares emergió de estudios prospectivos realizados principalmente en naciones desarrolladas. La extrapolación hacia otros contextos geográficos, cuya composición étnica es radicalmente diferente, puede considerarse cuando menos dudosa.

Los modelos tradicionales de predicción de la ocurrencia de eventos vasculares, generados con vistas al diseño de intervenciones comunitarias eficientes y tablas de riesgo para cálculos pronósticos individuales, no han alcanzado aún la precisión y fiabilidad deseadas; a pesar de los ingentes esfuerzos dirigidos a la generación, validación y adaptación de más de una función de riesgo en diferentes contextos.<sup>4</sup> En las naciones donde se había analizado el rendimiento operativo de las funciones de riesgo, se observó que la sensibilidad de dichas funciones rondaba el 40%;<sup>5</sup> de ahí la vigencia de la popular hipótesis del 50%, que ha generado no pocas preocupaciones y polémicas. Se han argumentado diversas razones para explicar esta imprecisión: en primer lugar, la necesidad de agrupar los datos de poblaciones con niveles de riesgo cardiovascular absoluto diferentes de las poblaciones de origen de los modelos tradicionales, para derivar funciones de riesgo comunes a dichas poblaciones. Tal es la finalidad perseguida por el grupo de estudio SCORE. Además, los métodos de recalibración regional de los modelos clásicos parecen atractivos. En segundo lugar, el imperativo de perfeccionar de los métodos de análisis multivariado; por ejemplo, las técnicas de redes neurales parecen suplantar apropiadamente la regresión logística convencional. En tercer término, es menester incorporar factores de riesgo adicionales a los modelos predictivos. Actualmente se considera que varios factores de riesgo, ahora considerados de mayor significación, no han sido considerados en los cálculos de riesgo de Framingham o de las funciones europeas de cálculo de riesgo; que incluyen entre otros la historia familiar de infarto agudo del miocardio (IMA), obesidad, síndrome metabólico, resistencia

insulínica, enfermedad renal crónica, sedentarismo, marcadores de inflamación y estrés psicológico.<sup>6</sup>

Por otro lado, las tentativas de perfeccionar los referidos modelos mediante la incorporación de marcadores de inflamación y oxidación, sólo han logrado una modesta contribución, cuando se compara con las funciones que incluyen exclusivamente factores de riesgo tradicionales. El empleo de marcadores de daño preclínico, como el cálculo mediante ultrasonografía del índice íntima-media carotídeo y el índice tobillo-brazo, no incrementa sustancialmente el valor predictivo del modelo. Otras técnicas promisorias por su rendimiento diagnóstico, como la detección de calcio intracoronario a través de la tomografía computarizada, resultarían imprácticas por su elevado coste, complejidad tecnológica y la probable iatrogenia por exposición a radiaciones. En esta línea de pensamiento, se prevé que la estrategia futura de predicción estaría basada en la utilización combinada de las funciones de riesgo cardiovascular, marcadores de inestabilidad de la placa y técnicas de imagen, y pruebas diagnósticas de isquemia;<sup>4</sup> que promoverían algoritmos de cálculo privados para los países en vías de desarrollo.

INTERHEART, un estudio de casos y controles de base poblacional, realizado en 52 países, para explicar la ocurrencia de IMA, marca un hito en la investigación cardiovascular de corte epidemiológico. En dicho estudio se investigaron 9 factores de riesgo, y se constató de modo consistente, que los mismos explicaban la ocurrencia de IMA en más del 90 por ciento de los más de 11 000 pacientes de los distintos sexos, etnias y áreas geográficas. Es de señalar, que el estrés, estimado mediante un instrumento relativamente sencillo, alcanzó un riesgo atribuible poblacional porcentual semejante al calculado para la hipertensión arterial y la obesidad abdominal.<sup>7</sup>

Es creciente el volumen de evidencias que vinculan causalmente a los factores psicosociales (contextuales) con los procesos de aterogénesis temprana, progresión de la placa de ateroma y ocurrencia de complicaciones de la misma;

así como con aspectos conductuales ligados a los factores de riesgo clásicos, que incluyen la adherencia a tratamiento. Por otra parte, también crece el número de intervenciones psicosociales que muestran un impacto favorable sobre el comportamiento de las enfermedades cardiovasculares.<sup>8-12</sup>

Parece emerger un paradigma holístico que asimilará las contribuciones del viejo modelo biologicista y reduccionista, a partir del cual realizar predicciones más ajustadas a la realidad del problema, que permitan el diseño de intervenciones más eficaces, efectivas y eficientes. Las enfermedades cardiovasculares constituyen una pandemia vinculada a las sucesivas revoluciones tecnocientíficas.

No se obtendrán modelos de predicción más precisos y fiables con el mero empleo de avanzadas herramientas estadísticas, sino también a través de un cambio de visión del problema. Se precisa de la articulación interdisciplinaria y transdisciplinaria de los saberes implicados en el abordaje multidimensional de las enfermedades cardiovasculares, si se espera vencer el reto que nos plantea esta epidemia mundial, donde la atención primaria de salud juega un importante papel en la prevención de este problema de salud a través de una dispensarización continua de las familias y el enfoque de riesgo que los médicos de familia deberán realizar a través del análisis de la situación de salud, instrumento este de gran utilidad para la toma de decisiones en el sector de la salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Anuario estadístico de salud 2010. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, abril de 2011.
2. Murray CJL, López AD. The global burden o disease. In Murray CJL, López AD, editors. The global burden o disease: a comprehensive assessment of

mortality and disability disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston (MA): Harvard School of Health; 1996. p. 1-52.

3. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Díaz R, Luna M, Islam S, Yusuf S. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin American. The INTERHEART Latin American Study. *Circulation*. 2007;115:1067-74.

4. Grau M, Marrugat J. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(4):404-16.

5. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:337-46.

6. Jurgensen JS. The value of risk scores. *Heart*. 2006;92:1713-14.

7. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:953-62.

8. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51:1237-46.

9. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events. Pathophysiological mechanisms. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 52:2156-62.

10. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2007;28:2972-84.

11. Orth-Gomer K, Schneiderman N, Wang HX, Waldim C, Blum, Jenberg T. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. The Stockholm women's interventional trial for coronary heart disease. *Cir Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009;2:25-32.

12. Smith PJ, Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología mecanismos y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2011;64(10):924-33.