

Realidad nacional de la enfermedad cardiovascular: cómo cambiar esta realidad con apropiada prevención

AA. Dr. Enrique Ruiz Mori

El Perú ha vivido en los últimos años un crecimiento económico que le ha permitido ubicarse en el puesto 50 entre los 180 países miembros del Fondo Monetario Internacional, pasando a ser considerado un país de “renta media”⁽¹⁾. Este desarrollo implica una serie de cambios que ya lo han experimentado otras naciones que han alcanzado el desarrollo, en donde tuvieron que habituarse a un cambio del ritmo de vida, en el que predominaban las actividades estresantes, el consumo del cigarrillo, el sedentarismo y un nuevo hábito alimenticio, dejando de lado las comidas tradicionales de su región por la novedosa comida hipercalórica o “chatarra”; esto, acompañado del desarrollo del mundo digital donde se ha reemplazado el cómodo sofá frente al televisor luego de un día agotador, por la silla anatómica y relajante delante de una computadora, donde se permanece por más de veinte horas de trabajo totalmente inamovible, o de horas y horas de juegos para niños y adolescentes, lo cual estimula el sedentarismo y propicia la obesidad. Este nuevo ritmo en que se desarrolla la sociedad moderna es en base a estilos de vida que frecuentemente son desfavorables a la salud, y dentro de ello al bienestar cardiovascular.

En las dos últimas décadas el sector salud ha sufrido una transición demográfica y epidemiológica, donde las enfermedades infectocontagiosas han sido controladas por planes de vacunación cada

vez más efectivos, por nuevos antibióticos y por educación a la comunidad sobre signos de alarma que ponen en riesgo la vida, sobre todo de la población infantil, permitiendo acudir por atención de salud en forma más oportuna; todo este esfuerzo ha contribuido a disminuir la morbimortalidad de la denominadas “enfermedades transmisibles”⁽²⁾. A la par las denominadas “enfermedades crónicas” o “no transmisibles”, producto de una población más longeva (con una expectativa de vida de 75 años) y a los nuevos estilos de vida, que han adoptado un mayor protagonismo, ocupando las primeras causas de muerte en la población peruana. Según los reportes de las entidades gubernamentales en 1987 la primera causa de mortalidad eran las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 209,3 muertes por 100 mil habitantes que en el año 2007 se redujo a un 111,6; mientras que en ese mismo periodo la enfermedad isquémica del corazón pasó de un cuarto lugar a un preocupante y creciente segundo lugar⁽³⁾.

La estrategia para enfrentar a las enfermedades crónicas no transmisibles se sustenta en la “prevención”, considerando que el tratamiento de estas enfermedades es de un alto costo y no claramente efectivo, mientras que el esfuerzo de evitar o prevenir dichas enfermedades es más eficaz y de menor inversión económica. Así lo demuestra la evidencia científica en los países

desarrollados que han disminuido su mortalidad cardiovascular aplicando políticas de prevención, por ejemplo, en Estados Unidos en el periodo 1980-2000 el tratamiento médico (con nuevas drogas y tecnología de última generación, que implicaba ingentes gastos) redujo en un 47% las muertes por enfermedad coronaria, frente a una reducción de un 44% controlando factores de riesgo y estilos de vida desfavorables; o el reporte europeo que muestra una reducción del 40% de la tasa de mortalidad atribuida a los recursos terapéuticos, mientras que más del 50% de la disminución de estos índices corresponde a los cambios en los factores de riesgo⁽⁴⁾.

La Medicina ha pasado desde sus orígenes por diversas etapas; primero, siendo paliativa, buscando aliviar los síntomas que afectaban al enfermo; luego, se desarrolla una medicina higiénico-sanitaria que buscaba mejorar las condiciones de salud; para llegar a la medicina curativa, cuyo objetivo es que el accionar médico recupere la salud del enfermo. Ahora se empieza a desarrollar la medicina preventiva, con una estrategia tanto poblacional como individual, fomentando y defendiendo la salud, evitando la aparición de las enfermedades.

Herwitz mencionaba que: *La medicina preventiva es el conjunto de disciplinas destinadas a incorporar en la formación del médico, la doctrina y los métodos para promover el bienestar físico, mental y social de los individuos y de las comunidades. En tanto, Winslow la definió como: La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, alargar la vida, mejorar la salud física y mental, y conseguir el mayor grado de bienestar. Piedrola Gil la concebía como; La parte de la Medicina que se ocupa de impedir en el individuo, la familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo y promoviendo la salud, así como evitando y limitando las invalideces que aquellas puedan ocasionar*⁽⁵⁾.

Sin embargo, la prevención no es un concepto moderno, Zhang Zhong Jing (el Hipócrates de la medicina china tradicional), escribía que los mejores médicos eran los que previenen la enfermedad, mientras que el emperador Huang Ti inculcaba que *No hay que tratar al que ya está enfermo, hay que instruirle para que ya no enferme.*

Para realizar un programa de prevención, lo primero es conocer la realidad del problema por tratar, luego determinar sus causas y, finalmente, establecer las estrategias respectivas. En este contexto la Sociedad Peruana de Cardiología encargó a los Drs. Luis Segura Vega y Régulo Agusti, preparar lo que posteriormente se denominó estudios TORNASOL, con el objetivo de conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular a nivel nacional, y que pueda brindar una información completa que diseñar estrategias de prevención⁽⁶⁻⁸⁾.

Tanto los estudios TORNASOL I y II son de un diseño descriptivo transversal, el primer estudio se realizó en el año 2004 y el segundo en el año 2010, abarcando 26 ciudades que incluyeron todos los departamentos del país, la Provincia Constitucional del Callao y el puerto de Chimbote. En cada sede o ciudad se debía conseguir no menos de 500 encuestas, dimensión de muestra necesaria para los cálculos de prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular. Los resultados de mayor importancia fueron los siguientes:

I. Hipertensión Arterial

La prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se incrementó de 23,7%, según el estudio TORNASOL I a 27,3% de acuerdo con los resultados de TORNASOL II; en la costa alcanzó la cifra de 31,6%, en la sierra 23,3% y en la selva 26,6%. También se observó un aumento de la prevalencia en todos los grupos de hipertensos, según la clasificación del VII Reporte (JNC VII)

de 17,9 a 20,7% en hipertensos estadio I y de 5,8 a 6,6% en estadio II, y con una reducción de normotensos de 43,9 a 35,8% (Figura 1).

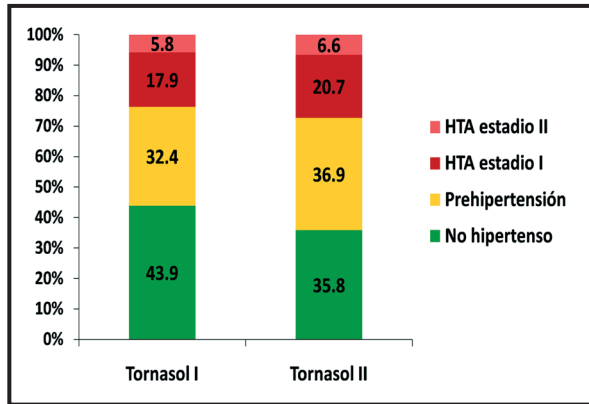


Figura 1. Distribución de la presión arterial según la clasificación JNC VII. *Figura reproducida de Segura L, Agustí R, Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con Tornasol I después de cinco años. Rev Per Cardiol. 2013;1:5-59⁽⁸⁾.*

Comparando TORNASOL I y II, la población total de hipertensos en el país que conocen su diagnóstico, aumentó de 44,9 a 48,2 % (varones de 35,4 a 38,8%, mujeres de 57,4 a 59,4%); los hipertensos enterados de su enfermedad y que recibían algún tratamiento (médico, dietético o ambos) se incrementó a nivel nacional de 72,7 a 81,5% (varones de 73,5 a 81,1%, mujeres de 72,2 a 81,9%). En el grupo de hipertensos tratados, los controlados se elevaron de 45 a 52,4% (varones de 38,4 a 49,9%, mujeres de 50,6 a 54,3%).

Cotejando los resultados de TORNASOL I y II en la población total de hipertensos del país, (sumando los grupos que conocen y no conocen su diagnóstico), las cifras de los que tienen tratamiento (médico, dietético o ambos) aumentó de 32,7 a 39,3 %, (varones de 26 a 31,5%, mujeres

de 41,4 a 48,7%); en este grupo de hipertensos tratados, los controlados se incrementaron a nivel nacional de 14,7 a 20,6% (varones de 10 a 15,7%, mujeres de 21 a 26,4%) (Figura 2).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la HTA en adultos mayores de 60 años alcanzó la cifra de 34,4% en el año 2012⁽⁹⁾.

II. Hipercolesterolemia

Comparando los resultados de la población peruana con hipercolesterolemia en los estudios TORNASOL I y TORNASOL II, se observó un incremento con significancia estadística de 10 a 13,8% (mujeres de 11,1 a 16,0%, varones de 8,8 a 11,0%). En la costa hubo un incremento de 12,6 a 17,6%, en la sierra de 7,6 a 11% y en la selva de 9,4 a 10,9%. Pero si la confrontación es por ciudades la observación es diferente, cada una de ellas tiene una prevalencia independiente, sea de su ubicación regional o de altitud sobre el nivel del mar, por ejemplo, una ciudad de gran altitud como el Cusco tiene una prevalencia semejante a Lima

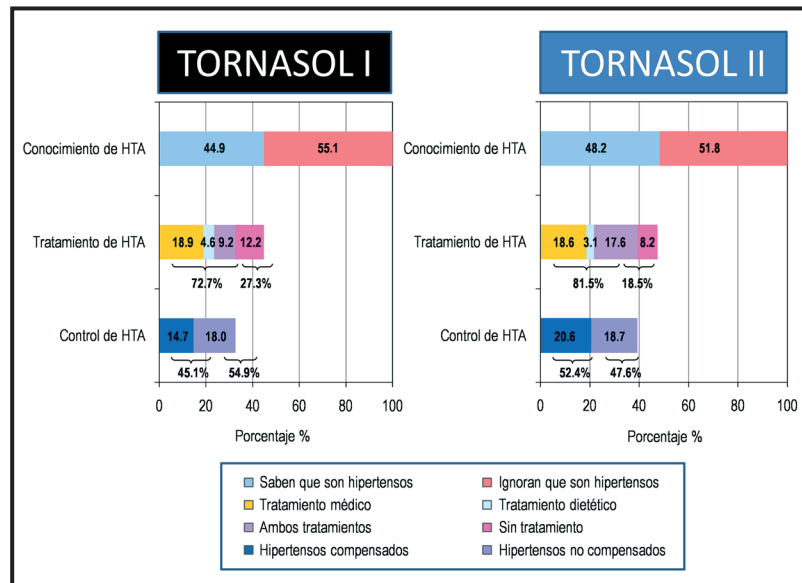


Figura 2. Características de la población nacional de hipertensos según el conocimiento de su diagnóstico, tratamiento y control. *Figura reproducida de Segura L, Agustí R, Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con Tornasol I después de cinco años. Rev Per Cardiol. 2013;1:5-59⁽⁸⁾.*

y Piura que están a nivel del mar; o una ciudad de la selva como Pucallpa tiene una prevalencia de hipercolesterolemia parecida al de Huaraz, Abancay, Ilo o Tumbes. De acuerdo con estos resultados, la hipercolesterolemia sigue siendo significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, especialmente en la costa.

III. Diabetes

Este factor de riesgo cardiovascular también se ha incrementado a nivel nacional, de una prevalencia de 3,3% hace 5 años según TORNASOL I, a 4,4% de acuerdo con TORNASOL II. Si se considera que la mitad de la población sabe de su condición de diabético, la prevalencia real aproximada de esta enfermedad será 6,6 y 8,8% respectivamente; las tendencias en hombres y en mujeres son similares.

En la costa, el incremento de la diabetes fue de 4,3 a 5,9% (mujeres de 4,1 a 6,0% y varones de 4,5 a 5,7%), en la sierra de 2,1 a 2,6% (mujeres de 1,8 a 2,7% y varones de 2,4 a 2,5%) y en la selva de 3,9 a 5,5% (mujeres de 4,6 a 5,8% y varones de 3,1 a 2,4%); en las ciudades ubicadas por debajo de los 3000 m de altitud las prevalencias son parecidas de 2,4 a 2,5% (mujeres de 2,2 a 2,5% y los varones se mantuvieron en 2,7 y 2,6%), y en las ciudades situadas a más de 3000 m de altitud aumentó la prevalencia de 1,8 a 2,7% (mujeres de 1,4 a 2,9% y los varones de 2,2 a 2,4 %); cuando se analiza por regiones es notorio que la diabetes tiende a aumentar más en las mujeres que en los hombres.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la diabetes en mayores de 60 años es del orden del 9% en el años 2012, de los cuales el 79% recibe tratamiento médico ⁽⁹⁾.

IV. Tabaquismo

La frecuencia de fumadores en el país ha decrecido de 26,1 a 23,2%; los exfumadores aumentaron de

14,4 a 18,6%. A nivel nacional, las fumadoras han disminuido su prevalencia de 13,5 a 11,5% y los fumadores de 38,9 a 35,3%.

El tabaquismo se redujo en todas las regiones naturales del país, en la costa de 26,5 a 22,9%, en la sierra de 25,0 a 22,3%, y en la selva de 28 a 26,5%. En el hábito de fumar por ciudades hay un decrecimiento en todas ellas, con las excepciones de Chimbote, Cajamarca, Huancayo, Puno, Pucallpa y Puerto Maldonado.

V. Obesidad

La población obesa (IMC > 30) se incrementó en los últimos 5 años, de 11,4 a 14,3%; con una mayor prevalencia en las mujeres de 12,2 a 15,6% y en hombres de 10,8 a 13,0%.

El sobrepeso (IMC > 25 a 29,9) aumentó de 34,6 a 37,2% en todas las edades (mujeres de 31,1 a 33,6%, varones de 37,3 a 40,5%). Hay más obesidad en las mujeres y más sobrepeso en los hombres. El total de la población con peso normal (IMC < 25) disminuyó de 54,0 a 48,6% (mujeres de 56,8 a 50,8% y los varones de 51,9 a 46,5%). Según el INEI la frecuencia de obesidad en el país es del orden de un 13,3% mientras que en sobrepeso es de 33,8% ⁽⁹⁾.

VI. Sedentarismo

La prevalencia del sedentarismo en la población total del país no ha cambiado en 5 años, 56,8 y 56,7% (mujeres 71,2 y 69,3%, varones 42 y 43,6%). Los que efectúan actividad deportiva tres veces por semana, a nivel nacional, han disminuido de 34,3 a 29,0%, pero los que realizan deportes más de tres veces por semana han crecido significativamente de 8,9 a 14,4%, esto hace suponer que los deportistas que antes practicaban tres veces por semana han incrementado la frecuencia de su actividad semanal.

Score de riesgo cardiovascular según Framingham

Haciendo un subanálisis de los estudios TORNASOL, la población peruana es de bajo riesgo, sin embargo, esta condición disminuyó de 63,3 a 59,8% en los últimos cinco años; lo que es de mayor trascendencia es que el alto riesgo ha aumentado de 17,8 a 20,7% en ese mismo lapso de tiempo. El alto riesgo se incrementa en aquellas ciudades donde hay mayor desarrollo económico y urbanístico⁽⁸⁾.

Edad vascular

Aplicando la edad vascular a los dos estudios en mención, la población se caracteriza por tener una edad vascular 5,4 años mayor que la edad biológica, siendo esta diferencia producto de los estilos de vida desfavorables a que están expuestos los habitantes. Este envejecimiento de las arterias es mayor en los varones (6,2 años) que en las mujeres (4,0 años)⁽¹⁰⁾.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Capítulo Perú. Salud en las Américas 2007;2:630-650.
2. Ministerio de Salud. Plan Multisectorial para la intervención frente a los daños no transmisibles 2011-2020. Lima; 2010.
3. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (DGE - MINSA) (2010). Análisis de la situación de salud del Perú. Lima; 2010.
4. Amariles P, Machuca M, Jiménez-Faus A, Silva-Castro MM, Sabater D, Baena MI, et al. Riesgo Cardiovascular: componentes, valoración e intervenciones preventivas. *Ars Pharmaceutica*. 2004;45(3):187-210.
5. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson. 11.ª Edición. 2009.
6. Segura Vega L, Agusti C R, Parodi J. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú. Estudio TORNASOL. *Rev Per Cardiol*. 2006;32(2):82-128.
7. Segura L, Agusti R, Ruiz E. La Hipertensión arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. *Rev Per Cardiol*. 2011;1:19-27.
8. Segura L, Agusti R, Ruiz E. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el Perú II. Estudio TORNASOL II comparado con Tornosol I después de cinco años. *Rev Per Cardiol*. 2013;1:5-59.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, encuesta demográfica y de salud familiar 2012. Lima. 2013.
10. Ruiz E, Segura L, Agusti R. Riesgo cardiovascular y edad vascular según el score de Framingham en el Perú. *Diagnóstico*. 2013;52(4):178-186.