



06

artículo

José Ramón Banegas [Buscar autor en Medline]



Factores de riesgo: prevalencia

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

Texto completo

Introducción.

En este trabajo se presentan algunos de los aspectos más relevantes de la magnitud epidemiológica de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en España, que constituyen la principal causa de muerte. ^{1,2}

Factores de riesgo cardiovascular

Recientemente Grundy ha elaborado una clasificación de los principales factores de riesgo cardiovascular, en la que distingue los factores de riesgo causales, condicionales, predisponentes, y el grado de desarrollo y de extensión de la placa de ateroma como un factor de riesgo más. ³ Entre los factores de riesgo causales incluye la hipertensión, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hiperglucemia. Aunque no se conocen totalmente los mecanismos por los que estos factores promueven la aterosclerosis, hay suficiente evidencia de que juegan un papel causal independiente. Estos son básicamente los factores de riesgo mayores, es decir aquellos que se asocian de forma más fuerte a la enfermedad cardiovascular y que además son muy frecuentes en la población. Por ello, dan cuenta de una parte muy importante de los casos de enfermedad cardiovascular en la población española ⁴, y las estrategias más eficaces de prevención son las dirigidas a lograr el control de estos factores de riesgo ³.

Los factores de riesgo condicionales son aquellos que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular pero para los que no hay una evidencia definitiva de su papel causal, por dos razones: 1) su potencial aterogénico puede ser pequeño en comparación con el de los factores de riesgo mayores, y 2) su frecuencia en la población puede que no sea suficientemente grande para medir su efecto independiente en estudios prospectivos. Entre estos factores Grundy incluye el aumento de las concentraciones séricas de triglicéridos, homocisteína, factores de la coagulación (fibrinógeno y el inhibidor-1 del activador del plasminógeno) y lipoproteína (a). Los factores de riesgo predisponentes son factores distales en la cadena causal de la enfermedad cardiovascular, como la obesidad, el sedentarismo, o el género masculino, que ejercen su acción a través de factores de riesgo intermedios, causales o condicionales.

Por último, la placa de ateroma es el sustrato patogénico de muchos casos de enfermedad cardiovascular, y puede ser un mejor indicador del riesgo cardiovascular que la edad. Hasta ahora, la edad se ha considerado el factor de riesgo más fuerte. Sin embargo, este factor no explica las variaciones en el riesgo entre los que tienen la misma edad y no está vinculado causalmente al riesgo cardiovascular. La mayor parte del riesgo asociado a la edad se explica por el desarrollo y extensión de la placa de ateroma (*tenemos la edad de nuestras arterias*).

Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en España

Tabaco

El tabaco es un factor de riesgo muy prevalente en España. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001 la prevalencia del consumo de cigarrillos fue del 34,4% (**figura 1**). ⁵ Esta prevalencia es algo inferior al 36% que se obtuvo en 1997 (**figura 2**). Por sexos se observa una evolución diferente en mujeres que en varones. Mientras que en éstos se ha reducido considerablemente el porcentaje de fumadores (55% en 1987 y 42% en 2001) en las mujeres ha aumentado, pasando del 23% en 1987 al 27% en 2001 (**figura 2**).

bibliografía

1. Villar Álvarez F, Banegas JR, Donado Campos JM, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid, Sociedad Española de Arteriosclerosis, 2003.

2. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de mortalidad. Disponible en <http://www.ine.es> Accedido 21-6-2004.

3. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar P, Rey Calero J. Factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes: implicaciones para la investigación y la prevención. Clin Invest Arteriosclerosis 2001;13(supl1):15-22.

4. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factors in Spain. Eur J Clin Nutr 2003;57(Suppl1):S18-S21.

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. 1987-2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999-2004.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



El consumo de tabaco no sólo constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo, sino que es la principal causa de morbi-mortalidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado. Las estimaciones realizadas en España señalan que el tabaco fue responsable en 1998 de unas 55.600 muertes en adultos (16% de todas las muertes), de ellas 7.116 muertes por cardiopatía isquémica (13% de las muertes atribuibles al consumo de tabaco) y 5.103 por enfermedad cerebrovascular (9,2% de las muertes atribuibles al consumo de tabaco).⁶



En el contexto de países europeos de nuestro entorno, España presenta una de las mayores prevalencias de tabaquismo en varones y en mujeres (**figura 3**).⁷

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedad cardiovascular, incluso cuando las elevaciones son ligeras. La hipertensión arterial puede ser tratada de forma efectiva, disminuyendo de esta forma la ocurrencia de las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad cerebrovascular.⁸

La hipertensión arterial es un problema de salud pública en España. Con la definición actual de hipertensión (cifras menores o iguales a 140/90 mmHg o estar en tratamiento farmacológico antihipertensivo), prácticamente dos de cada cinco adultos son hipertensos (**figura 4**).^{9,10}

Además, los porcentajes actuales de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en la población general de España son: 65%, 55% y 15%, respectivamente (**figura 4**).⁹ La situación del control de la hipertensión arterial es algo mejor en las unidades hospitalarias especializadas en su manejo, y en algunos centros de atención primaria.^{11,13}

Hipercolesterolemia

La hipercolesterolemia es uno de los principales factores modificables de la enfermedad cardiovascular.⁸ El estudio *Multiple Risk Factor Intervention Trial* demostró la existencia de una relación continua y gradual (sin umbral para el comienzo de esa relación) entre la colesterolemia y la mortalidad por cardiopatía isquémica.

El estudio Dieta y Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en España II (DRECE II) obtuvo unos valores medios para la población general española de 35 a 64 años de edad de 221 mg/dl para el colesterol total (219 mg/dl en los varones y 223 mg/dl en las mujeres), para el cHDL 53 mg/dl (48 mg/dl en los varones y 58 mg/dl en las mujeres), para el cLDL 141 mg/dl (140 mg/dl en los varones y 142 mg/dl en las mujeres) y para los triglicéridos 135 mg/dl (155 mg/dl en los varones y 116 mg/dl en las mujeres).¹⁴

En el contexto de la atención primaria, el estudio Hispalipid estudió a 33.000 pacientes atendidos en consultas ambulatorias en el conjunto de España, y obtuvo que uno de cada cuatro pacientes que acuden a las consultas médicas españolas, están diagnosticados de dislipidemia, con importantes variaciones por especialidad médica (**figura 5**) y variaciones geográficas (**figura 6**).¹⁵ Además, el grado de tratamiento farmacológico de la dislipidemia en las consultas españolas es moderadamente alto (73%), pero el control es bajo pues sólo uno de cada tres dislipidémicos está controlado adecuadamente.¹⁵

Las prevalencias y los valores promedio de lípidos en España son similares a los observados en otros países europeos y en los Estados Unidos, aunque la incidencia y la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón siguen siendo más bajas en España.¹⁶ Esta paradoja podría deberse a un mejor perfil lipídico (menor índice de colesterol total / cHDL), quizás por la influencia de la dieta mediterránea, o a otros factores protectores no bien conocidos.

Dieta

Entre los factores relacionados con la dislipidemia, con otros factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, y con la enfermedad cardiovascular, figura la dieta inadecuada.⁸

La dieta española actual tiende a separarse en algunos aspectos del patrón dietético recomendable. España tenía en 1964-65 un patrón muy próximo al recomendado que se ha ido modificando, de forma que en 1990-91 se registró un aumento del porcentaje de energía aportado por las grasas (del 32% en 1964-65 al 42% en 1990-91), fundamentalmente en detrimento de los hidratos de carbono, que pasaron en este periodo de proporcionar el 53% a solo el 42% de las calorías totales (**figura 7**).¹⁷ Durante estos años se produjo una disminución en el consumo de pan, azúcar, aceite de oliva, patatas, legumbres, sardinas, boquerones y vino; y un aumento del consumo de margarina, verduras y hortalizas, cítricos, pescado congelado, aceites vegetales (a excepción del de oliva) y cerveza. Algunos de estos cambios son positivos y otros negativos para la salud de

los españoles, aunque la tendencia general parece ser un progresivo alejamiento del patrón dietético tradicional español de dieta mediterránea. Este patrón puede haber contribuido a la baja mortalidad cardiovascular de España en relación a otros países no mediterráneos.

Los últimos datos disponibles indican que se ha producido una disminución progresiva en la ingesta energética y una inversión paulatina el aporte de energía a partir de las grasas a lo largo de los años 90, hasta situarse en torno al 37% en la actualidad. Las principales fuentes de lípidos en la dieta media de la población adulta española son las grasas visibles que contribuyen con un 49% al aporte graso total, las carnes (25%) y a mayor distancia la leche y los derivados lácteos (14%). Las grasas saturadas proceden sobre todo de las carnes, que aportan el 30% y de los lácteos, con un 27%. El perfil alimentario actual expresa elevados consumos para el grupo de las carnes, pescados y lácteos, y consumos mejorables para los cereales, patatas y legumbres. El consumo de frutas y verduras expresa una tendencia hacia un mayor consumo de productos elaborados y procesados en detrimento de las frutas y verduras frescas, que en conjunto es mejorable.^{18,19}

Obesidad

Se ha observado una asociación del índice de masa corporal (IMC: peso en kg/talla² en m) con la hipertensión arterial, la dislipemia, la hiperglucemia y el sedentarismo.⁸ Además, la obesidad se acompaña frecuentemente de otros factores de riesgo cardiovascular, como la dislipemia (niveles elevados de cLDL y bajos de cHDL), hiperglucemia y sedentarismo.

La prevalencia de obesidad en España es alta y está aumentando en los últimos años (**figura 8**).⁵ Con datos autoreferidos de peso y talla, la prevalencia de obesidad (IMC igual o superior a 30 Kg/m²) en la población de España de 20 y más años de edad era 13,5% en 2001; 5 con datos medidos, el estudio SEEDO en cuatro comunidades autónomas de España reportó una prevalencia de obesidad en individuos de 25 a 60 años del 14,4% (**figura 9**).²⁰

Además, la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en los varones y aumenta con la edad, y existen importantes variaciones geográficas dentro de cada país y entre países (**figura 10**).²¹

Ejercicio físico

En España en 2001 alrededor del 40% de la población de 16 y más años declaraba no realizar ejercicio físico alguno, ni durante la actividad principal ni durante el tiempo libre (**figura 11**). Por sexo, los varones desarrollan más ejercicio físico que las mujeres.⁵ Además, la frecuencia de sedentarismo durante el tiempo libre es mayor al aumentar la edad. De esta forma solo un 32% de las personas de 16 a 24 años son inactivos, frente al 55 % de las personas de 65 y más años de edad.

En la última década, la prevalencia de sedentarismo en tiempo libre ha disminuido (**figura 12**),⁵ pero ha aumentado la cantidad de tiempo de ocio dedicado a actividades sedentarias como conducir vehículos o ver TV.²²

Diabetes mellitus

La presencia de diabetes mellitus también se asocia a un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.⁸

La prevalencia de diabetes mellitus conocida, es decir diagnosticada y declarada por los individuos adultos, es de alrededor del 6% en España,⁵ y ha aumentado a lo largo de la última década (**figura 13**). La prevalencia de diabetes mellitus total (la mayoría, diabetes tipo 2) se estima en torno al 12% en España.

Asociación de factores de riesgo. Riesgo multifactorial.

En España, como en otros países, es frecuente la asociación de varios factores de riesgo.⁸ Por ejemplo, más del 70% de los hipertensos presentan otros factores de riesgo cardiovascular. Ello multiplica el riesgo cardiovascular global de esos individuos.

En un estudio realizado en atención primaria se observó que un 31% de los pacientes de 35 a 65 años que acuden a la consulta del médico de familia tienen dos factores de riesgo cardiovascular y un 6% tres factores de riesgo cardiovascular, considerando la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo.²³

Prevalencia de los factores de riesgo en prevención secundaria

La prevalencia de factores de riesgo en enfermos que padecen alguna enfermedad cardiovascular es también notable (**figura 14**).²⁴

Control de los factores de riesgo en atención primaria

El control de los factores de riesgo cardiovascular en individuos adultos atendidos en atención primaria es deficiente y claramente mejorable (**figura 15**).²⁵ Además el progreso realizado en los últimos años en el control de dichos factores en pacientes hospitalizados ha sido muy pequeño o incluso ha empeorado para algunos factores, excepto para la dislipemia que ha mejorado sustancialmente.

