

Género, Edad, Nivel Social y Factores de Riesgo Cardiovascular: Consideraciones sobre la Realidad Brasileña

Carlos Scherr^{1,2} y Jorge Pinto Ribeiro^{3,4}

Universidade Gama Filho¹, Rio de Janeiro, RJ; Instituto do Coração e do Diabetes², Rio de Janeiro, RJ; Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre³, Porto Alegre, RS; Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁴, Porto Alegre, RS - Brasil

Datos recientes muestran una disminución de la mortalidad por enfermedad aterosclerótica coronaria (EAC) en los Estados Unidos. Se estima que, entre los años 1980 y 2000, se evitaron casi 150.000 muertes (alrededor del 44% del total) gracias al control de factores de riesgo (FR), como hipercolesterolemia, hipertensión arterial sistólica, tabaquismo y sedentarismo¹. De acuerdo con los datos del estudio AFIRMAR (estudio de evaluación de los factores de riesgo asociados al infarto de miocardio en Brasil), también se verifica que, en Brasil, la mayoría de los FR para infarto agudo de miocardio (IAM) son pasibles de prevención².

También se comprobó la asociación entre la presencia de FR en la adolescencia y hasta la media edad, además del surgimiento, en el futuro, de placas ateroscleróticas en las coronarias. De igual forma, el control precoz de los FR parece afectar positivamente el apareamiento de EAC³. Por lo tanto, diagnosticar y combatir estos factores es de la mayor importancia desde el punto de vista de salud pública, pues tienen como objetivo hacer frente a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) en Brasil. De acuerdo con los últimos datos del Ministerio de Salud, las ECV son responsables por gran parte de la mortalidad de los brasileños, correspondiendo al 31% del total, siendo proporcionalmente mayor en las mujeres con relación a los hombres. Si se considera el intervalo de edades de 40 años o más, este total corresponde casi a la suma de las tres causas siguientes: neoplasia, respiratoria y externa⁴. Con relación al resto del mundo, se estima que 2/3 de las muertes por ECV ocurren en países en desarrollo, como Brasil, y correspondan al doble con relación a los países desarrollados⁵. Además de ello, se demostró que la EAC tiene un alto costo: tanto para el gobierno como para el sector privado, el tratamiento es comparativamente más caro que en países desarrollados⁶. En este artículo, discutimos hallazgos de algunos estudios

observacionales brasileños que pueden tener implicaciones en estrategias preventivas.

Hay una gran influencia de factores biológicos y sociales en el perfil de riesgo de los individuos, lo que puede conducir a una mayor incidencia de las ECV en algunos segmentos de la sociedad³. En un estudio realizado con 343 escolares, constatamos la probable influencia del nivel social en el perfil lipídico. Cuando se comparan los niveles promedio de colesterol de los escolares de las instituciones particulares de enseñanza (171mg/dl) con sus similares públicos/filantropicos (136mg/dl), esta diferencia fue estadísticamente significativa, lo que quedó comprobado para ambos sexos y también para la fracción de lipoproteína de baja densidad (LDL)⁷. Estos resultados levantaron la hipótesis de que los niños de nivel socioeconómico inferior “podrían estar relativamente protegidos”. Ello tal vez se explique también por el hecho de su alimentación ser más dependiente de la merienda escolar (bajo supervisión de nutricionistas), y posiblemente por desarrollar más actividad física en sus juegos. Además, otro motivo que justifica tales resultados es que su desplazamiento se realiza a pie, consistiendo en actividad más intensa y constante que sus pares, que se desplazan habitualmente en auto o utilizando transportes colectivos.

Siguiendo la línea de la prevención primaria, evaluamos la presencia de FR en el sexo femenino⁸. Se entrevistaron 419 mujeres, siendo 97 ancianas de un asilo, 98 universitarias, 99 médicas y 125 empleadas domésticas que prestaban servicios en hospitales. La edad promedio de 43 años, sería menor si se excluyeran las mujeres del grupo post menopausia. Se midió la presión arterial y se determinó el colesterol. Como se esperaba, las ancianas tenían una mayor prevalencia de FR cardiovascular, tales como hipertensión arterial (HA), diabetes, obesidad y hipercolesterolemia (Tabla 1). Sin embargo, fue en las empleadas domésticas que encontramos las mayores alteraciones, a pesar del intervalo de edades haber sido semejante al de las médicas y universitarias. En este grupo, los niveles de colesterol superiores a 200mg/dl y la presencia de HA fueron semejantes a los de las ancianas, pero el tabaquismo, obesidad y sedentarismo prevalecieron más con relación a los otros grupos. La diabetes, con todo, sólo prevaleció con relación a las médicas y universitarias. En este caso, fuimos llevados a concluir que probablemente el nivel socioeconómico influyó negativamente en la presencia de FR para las ECV. Se puede incluso especular que, en el caso de los niños que no tienen recursos propios, la situación de pobreza la lleva a un perfil de riesgo más apropiado a

Palabras clave

Factores de riesgo, identidad de género, edad, factores biológicos, clase social, Brasil.

Correspondencia: Carlos Scherr •

Avenida Visconde de Pirajá, 595 Sl. 1204 - Ipanema - 22410-003 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
E-mail: scherr@all.com.br
Artículo recibido el 25/09/08; revisado recibido el 27/11/08; aceptado el 06/01/09.

las cardiopatías. Cuando estos niños crecen y empiezan a tener alguna posibilidad de decisión con relación a sus hábitos de vida, asociada a la falta de información, pierden esta posible protección inicial y pasan a correr un riesgo más elevado⁸. Éste entonces, sería otro segmento a precisar una intervención precoz.

En el caso de individuos que fueron afectados por EAC ya en edad joven, un análisis retrospectivo de 236 pacientes entre 17 y 45 años⁹ (promedio de 38 años) - siendo el 80% hombres y el 58% con historia previa de IAM -, constató que el 80% de este total presentaban tres o más FR y el 58% cuatro o más. Excluyendo factores subjetivos como estrés, sedentarismo y obesidad, el 88% de los pacientes tenían tres o más factores de riesgo. Las alteraciones más recurrentes fueron tabaquismo (75%), sedentarismo (65%) e historia familiar (60%). Las asociaciones más frecuentes de FR fueron las de tabaquismo con diabetes y tabaquismo con hipercolesterolemia¹⁰. En el caso de aquellos que presentaron la EAC todavía jóvenes, es probable que la evaluación haya sido facilitada por la presencia de varios de estos factores en un mismo individuo, permitiendo una prevención primaria tal vez más eficaz. Hay que recordar que este grupo suele desarrollar

la enfermedad con más gravedad, debido a la evolución rápida de la aterosclerosis y su ubicación preferencial en la arteria descendente anterior, ocurrencia que afectó al 67% de 114 pacientes, internados con historia de Síndrome Isquémico Aguda (SIA)¹⁰.

Con el objetivo de incluir pacientes de un intervalo de edades más amplio y en mayor número, evaluamos, en corte transversal, una población de 2.337 pacientes coronarios en tratamiento ambulatorio, con edad variando de 26 a 89 años, siendo el 61% del sexo masculino¹¹. En esta muestra, se encontró una prevalencia mayor de FR en el sexo femenino. Lo mismo sucedió al evaluar los individuos con tres o más factores (Tabla 2). Cuando se comparan los pacientes con edad de 55 años o menos con los de 65 o más, constatamos la presencia significativamente mayor de historia familiar, ex-tabaquismo, obesidad y tabaquismo actual en el primer grupo, en el que también se encontró una concentración mayor de pacientes con tres o más factores, en comparación con el segundo grupo (Tabla 3)¹².

Cuando se analizan estos datos en conjunto, da la impresión de que los adultos de menor poder económico presentan mayor riesgo cardiovascular por la mayor

Tabla 1 - Prevalencia de factores de riesgo en mujeres

	Ancianas (n=97)	Universitarias (n=98)	Médicas (n=99)	Empleadas domésticas (n=125)	P
Tabaquismo	10%	25%	8%	28%	<0,001
Hipertensión arterial sistémica	39%	1%	6%	20%	<0,001
Obesidad	43%	13%	17%	54%	<0,001
Colesterol >200 mg%	28%	14%	16%	21%	0,073
Diabetes	15%	2%	2%	6%	<0,001
Estrés	52%	45%	70%	58%	0,003
Menopausia	100%	9%	13%	30%	<0,001
Sedentarismo	81%	71%	73%	88%	0,0061

Tests estadísticos utilizados: Ji Cuadrado y Test de Student.

Tabla 2 - Prevalencia de los factores de riesgo por género

	Mujeres %	Hombres %	P
Hipertensión	73	54	< 0,0001
Historia familiar	59	50	< 0,0001
Ex-tabaquismo	30	50	< 0,0001
Dislipidemia	54	44	< 0,0001
Sedentarismo	55	42	< 0,0001
Diabetes	24	20	0,026
Obesidad	22	10	< 0,0001
Tabaquismo	9	11	0,10
Enfermedad vascular periférica	1	2	0,51
> 2 factores de riesgo	63	41	< 0,0001

Test T de Student para muestras independientes o el Test de Mann-Whitney.

Tabla 3 - Prevalencia de los factores de riesgo por intervalo de edades

	Edad < 55 años %	Edad > 65 años %	P
Historia familiar	58	46	0,005
Ex-tabaquismo	56	46	0,028
Obesidad	15	8	0,008
Tabaquismo	15	5	< 0,0001
Hipertensión	56	56	0,93
Dislipidemia	51	52	0,77
Sedentarismo	47	42	0,45
Diabetes	20	22	0,59
Enfermedad vascular periférica	3	2	pocos casos
> 2 factores de riesgo	51	42	0,049

Test T de Student para muestras independientes o el Test de Mann-Whitney.

prevalencia de FR, lo que no ocurre en la infancia, pudiéndose concluir que, en este caso, una mejor información (educación podría influir y modificar este cuadro. Con relación al sexo y a la edad, parecer ser más fácil la identificación de los mayores candidatos a desarrollar aterosclerosis, por la mayor acumulación de FR en las mujeres y en los más jóvenes. Cabe recordar que éstos son los grupos que suelen tener peor evolución cuando presentan EAC.

Estudios muestran los beneficios del control de los FR, como el estudio de de Ciorlia y Godoy¹³, con segmento de hasta 20 años. En este contexto, podemos concluir que existe una gran posibilidad de modificación en la incidencia y tal vez en la mortalidad por EAC, a partir de las campañas de aclaración y prevención, como las existentes para el cáncer

de mama, dengue y SIDA.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med.* 2007; 356: 2388-98.
2. Piegas LS, Avezum A, Pereira JC, Neto JM, Hoepfner C, Farran JA, et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J.* 2003; 146: 331-8.
3. McGill HC Jr, McMahan CA, Gidding SS. Preventing heart disease in the 21st century: implications of the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) study. *Circulation.* 2008; 117: 1216-27.
4. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. [Acesso em 2008 Nov 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2007/c04.def>
5. Laurenti R, Buchalla CM. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 76: 99-110.
6. Ribeiro RA, Mello RG, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB, Lucchese AM, et al. Annual cost of ischemic heart disease in Brazil: public and private perspective. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85: 3-8.
7. Scherr C, Magalhães CK, Malheiros W. Lipid profile analysis in school children. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89: 65-70.
8. Scherr C, Magalhães CK, Silva LJD, Anello A, Sá MR. Fatores de risco para coronariopatia no sexo feminino. *Arq Bras Cardiol.* 2000; 74 (supl 1): 25.
9. Scherr C, Loyola LH, Rivas MBS, Ferreira MF. Análise da prevalência dos fatores de risco em adultos jovens coronariopatas: estudo retrospectivo. *Rev SOCERJ.* 1997; 10 (supl A): 13.
10. Scherr C, Pontes PV, Alves PM. Cardiopatia Isquêmica até os 45 anos: análise da prevalência de fatores de risco coronariano. *Arq Bras Cardiol.* 1992; 59 (supl I): 125.
11. Scherr C, Abitbol RA, Noe R. Fatores de risco para doença coronariana - um problema ainda não solucionado. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2005; 15: 94.
12. Scherr C. Impacto de um programa de controle de fatores de risco para doença arterial coronária obstrutiva. São Paulo: Editora Best Point; 2005.
13. Ciorlia LA, Godoy MF. Cardiovascular risk factors and mortality: long-term follow-up (up to 20 years) in a preventive program carried out by occupational medicine. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85: 20-5.