

EL RIESGO CARDIOVASCULAR UNA PERSPECTIVA DESDE LAS POBLACIONES MEDITERRÁNEAS

Cardiovascular Risk. A Perspective from the Mediterranean Populations

Alonso Sáenz de Miera MJ, * Abellán Alemán J, * Leal Hernández M. *

*Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia. Murcia, España.

El riesgo cardiovascular (RCV) se define como la posibilidad de que un individuo sano desarrolle una enfermedad cardiovascular y la estratificación de dicho riesgo es el primer paso a fin de evaluar el tipo de intervención posterior y el seguimiento a realizar. Cuando hablamos de factor de riesgo cardiovascular (FRCV) nos referimos a aquellas circunstancias o hallazgos personales o ambientales que se relacionan directamente con la enfermedad. Cada factor de riesgo (FR) por sí solo puede aumentar esta probabilidad, aunque sí es cierto que la interacción de todos ellos confiere un mayor riesgo¹⁻⁵.

Hay pacientes que llegan a desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) en ausencia de los FRCV convencionales y se estima que una parte importante de los episodios cardiovasculares son atribuibles a los FRCV clásicos. En este sentido, hay evidencias consistentes de la influencia de otros factores, constitucionales, genéticos, ambientales, dietéticos y de cohesión social, que también contribuyen al desarrollo de arterioesclerosis y de enfermedades cardiovasculares, documentado en estudios clínico-epidemiológicos⁶⁻¹⁰.

Los factores genéticos y la interacción con factores ambientales podrían explicar múltiples aspectos de la arterioesclerosis y se podría relacionar con la existencia de genes que confieren susceptibilidad a la enfermedad; es importante identificar qué genes actúan en el metabolismo lipídico y su distribución en la

población. Dado que el estudio genético entraña resulta ser muy complejo se incorporó el concepto de “gen candidato” consistente en seleccionar sólo aquellos que guardan una estrecha relación. Dentro de ellos, quizás, los referentes a la apolipoproteína E (apo E) son los que han adquirido singular importancia en el estudio de la arterioesclerosis.

LOS MODELOS CONDUCTUALES Y CALIDAD DE VIDA

Entre los factores de cohesión social -que podrían contribuir al desarrollo de patología cardiovascular- se incluyen factores colectivos y sociales que abordan la calidad de vida, la relación de las personas con el entorno, los hábitos sociales, factores culturales, creencias y nivel socioeconómico. En general, hechos que influyen en la vida cotidiana, en el entorno familiar, en el mundo laboral y que inciden de algún modo en nuestra salud en general y en el RCV en particular¹¹⁻¹³. Dentro de éstos se podría englobar el modelo conductual, las relaciones en el ámbito laboral, la relación de pareja, etc. En los últimos 20 años el interés por los modelos conductuales y calidad de vida ha tenido una gran repercusión en el ámbito de la salud cardiovascular.

En la actualidad se ha generado un creciente interés por investigar en torno a ciertos caracteres de personalidad que pueden mediar en el desarrollo y progresión de la enferme-

dad cardiovascular¹⁴. La personalidad se define como el modo de pensar, sentir y actuar; en otras palabras es nuestro modo habitual de ser, como es el caso de la posible implicación de la personalidad tipo A. Si bien la relación entre tipo A y trastornos coronarios parece generalmente aceptada, los mecanismos que los unen no han sido del todo definidos, existiendo varias líneas de investigación que intentan encontrar un nexo entre ambos. Los individuos con modelo conductual tipo A presentan una mayor reactividad psicofisiológica y tienden a responder al medio ambiente de tal forma que aumentan sus niveles de actividad del sistema nervioso simpático. Una circunstancia que se debe tener en cuenta es la interacción entre persona y situación, de tal forma que las diferencias entre los modelos conductuales tipo A y tipo B son más pronunciadas bajo circunstancias particulares desafiantes.

El género también puede tener relación con las enfermedades cardiovasculares⁶⁻⁸, así como la relación de pareja^{9,10}. Una inadecuada relación matrimonial, la separación, el divorcio, o una alta competitividad entre la pareja pueden incidir en el RCV. También se ha estudiado la posible relación entre el sentimiento religioso y el RCV, aunque esta relación puede resultar siempre más controvertida.

El RCV es un tema de innegable importancia y actualidad, por esta razón, pensamos que los grupos de investigación especialmente los que se desarrollan en el ámbito de la atención primaria deberían diseñar estudios que incluyan poblaciones extensas para estar en condiciones de tener una información puntual y poner en marcha estrategias más eficaces en cuanto a la prevención del daño cardiovascular.

Referencias

1. Balaguer Vintró I. *Control y Prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo*. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 487-94.
2. Grupo de expertos del PAPPS. *Recomendaciones sobre el estilo de vida*. Aten Primaria 2005; 36:27-46.
3. Keys A, Blackburn H, Menotti A, et al. *Coronary heart disease in seven countries*. Circulation 1970;41:1-211.
4. Menotti A, Lanti H, Puddu PE, Krom Hout D. *Coronary heart disease incidence in Northern European population: a reanalysis of the seven countries study for a European coronary risk heart*. Heart 2000; 84: 238-44.
5. World Health Organization. *World Health Statistics Annual, 1995*. WHO, Geneve, 1996.
6. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D et al. *The burden of cardiovascular disease mortality in Europe*. Task Force on the European Society of Cardiology on *Cardiovascular Mortality and Morbidity in Europe*. Eur Heart J 1997; 18:1231-48.
7. Rodríguez F, Banegas JR, García C, Rey J. *Lower consumption of wine and fish as a possible explanation for higher ischemic heart disease mortality in Spain's Mediterranean region*. Int J Epidemiol 1996; 25: 1196-1201.
8. Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Rey J. *Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992)*. Med Clin (Barc) 1998;110:321-27.
9. Hopkins PN, Williams RR. *Human genetics and coronary heart disease. A public health perspective*. Annu Rev Nutr 1989;9: 303- 45.
10. Hunt SC, Nasstedt SJ, Kuida H et al. *Genetic Heritability and common environmental components of resting and stressed blood mass index in Utah pedigrees and twins*. Am J Epidemiol 1989; 129:625-38.
11. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. *Association of psychosocial factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 control from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet 2004;364:953-62.
12. Kaplan GA, Keil JE. *Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature*. Circulation 1993;88:1973-99.
13. Alonso González M, Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J. *Relationship between socioeconomic status and ischemic heart disease in cohort and case-control studies: 1960-1993*. Int J Epidemiol 1998;27:350-358.
14. Fernández-Abascal E, Martín Díaz MD, Domínguez Sánchez FJ. *Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares*. Psicothema 2003; 15:615-30.
15. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. *Estimation of ten year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project*. Eur Heart J 2003; 24:987-03.