

Prevención cardiovascular en los jóvenes

¿Son útiles los estratificadores de riesgo cardiovascular?

Dra. Laura Brandani

- Médica cardióloga, especialista en hipertensión arterial
- Jefa Centro Periférico Fundación Favaloro
- Médica de planta de Santa María de la Salud
- Docente Universidad Favaloro, Austral y El Salvador



La enfermedad cardiovascular sigue considerándose la causa más frecuente de morbi-mortalidad en todo el mundo. Siempre es una consecuencia de la presencia de factores de riesgo, a través de la ateromatosis que evoluciona durante muchos años de manera silenciosa. Por lo tanto, es importante recordar algunos conceptos:

1. El Tiempo de exposición a cualquier factor de riesgo
2. El Momento de aparición de cualquier factor de riesgo
3. Debemos cuantificar la Salud Cardiovascular y no Riesgo Cardiovascular en los jóvenes

Trataremos de responderlo lo más objetivamente posible a través de este escrito.

1. El tiempo de exposición al factor de riesgo

Este concepto se refiere al tiempo que el individuo estuvo sometido a algún factor de riesgo. Por ejemplo, el área bajo la curva de LDL colesterol respecto a la curva de la edad marca diferencia. Cuánto más tiempo de exposición al LDL colesterol elevado, aunque levemente, mayor será el riesgo de algún evento cardiovascular (ECV). El tiempo de exposición tiene mayor valor predictivo para evento cardiovascular, que un valor aislado.

En un estudio sueco incluyó un millón de jóvenes que ingresaban al servicio militar a sus 18 años, seguidos por casi 30 años, demostró que la presión arterial (PA) diastólica de 90 mmHg al inicio, correlacionó con mayor incidencia de eventos coronarios en la edad adulta, comparado con jóvenes que tenían una PA más baja al ingreso del servicio militar.

El tiempo de exposición al factor de riesgo es la gran falencia de los estratificadores de riesgo cardiovascular, ya que no es contemplado.

2. El momento de aparición de cualquier factor de riesgo

Este concepto es fundamental, porque se ha demostrado que cualquier factor de riesgo que aparezca antes de los 40 años, es más agresivo y de peor pronóstico. Para un mismo valor del factor de riesgo, este es más perjudicial si aparece precozmente, con una probabilidad de ECV mayor que al presentarse en la edad adulta. Dejando huellas que no revierten o lo hacen parcialmente.

Existiría un momento bisagra en la vida, a partir del cual, a pesar de haber corregido el factor de riesgo, el daño ocasionado, por ejemplo, placas ateromatosas o rigidez arterial, no revierten o lo hacen parcialmente.

Estos dos conceptos explicarían, en parte, el riesgo residual que tienen los pacientes a pesar del tratamiento. Una manera de bajar ese riesgo residual es ser más agresivo y actuar más precozmente en el control de los factores de riesgo.

3. Salud Cardiovascular

La edad cronológica es fundamental para cualquier estratificador de riesgo cardiovascular (RCV). En la población joven, esta influye muy poco, por lo cual todos los estratificadores subestiman el riesgo cardiovascular en esta población. Por lo tanto, lo ideal es cambiar el paradigma y pensar a la inversa, o sea, en lugar de calcular el RCV, se debería calcular la salud cardiovascular (SC) mediante una métrica que toma parámetros de conducta y parámetros mensurables, como la PA, el colesterol total, la glucemia plasmática en ayunas. Esto fue propuesto por primera vez por la American Heart Association y el American College of Cardiology.

Cada parámetro favorable tiene un puntaje, a mayor puntaje mayor SC. La evidencia demostró que, a mayor métrica de SC, hay una mayor reducción de la morbimortalidad cardiovascular.



Esto fue más evidente en jóvenes (menores de 50 años), existiendo una relación inversa entre el número de componentes ideales y la mortalidad global y cardiovascular. Por cada punto de aumento en la métrica a lo largo de la vida, la mortalidad global disminuyó un 11% y la mortalidad cardiovascular un 19%.

Luego, en el 2017 el grupo de investigadores del Dr Fuster V., publicó el Fuster BEWAT score (FBS), solo tomando la PA (Blood pressure), el ejercicio físico (Exercise), el peso corporal (Weight), la alimentación (Alimentation) y el tabaquismo (Tobacco), no requiere mediciones de laboratorio adicionales. Este score fue validado exitosamente con la SC del AHA de los 7 componentes. Ambos demostraron que, a mayor métrica de SC, menor incidencia de ECV y menor tasa de ateromatosis subclínica. Por cada punto de aumento de la métrica, baja un 19% la mortalidad cardiovascular. Estos hallazgos fueron más evidentes en jóvenes.

En el estudio INTERHEART liderado por el Dr Yusuf S., el 90% de riesgo para infarto de miocardio fue atribuido a 9 FR. El riesgo de infarto de miocardio atribuible a los FRCV, tuvo más peso en individuos jóvenes. Además, la corrección de los FRCV fue más eficaz en reducir los ECV cuanto menor era la edad del individuo. Varios autores demostraron que la corrección de los FRCV fue más eficaz en reducir los ECV cuanto menor era la edad del individuo.

Las diferentes guías de prevención toman en cuenta los antecedentes familiares de ECV precoz. Existen evidencias que, en los individuos con genética cardiovascular desfavorable, o sea, con un alto riesgo genético por esos antecedentes, la adopción de estilo de vida saludable disminuyó a un 46% el RR de ECV cuanto más precozmente se los adoptaba.

Conclusión

En pacientes jóvenes no son útiles los estratificadores de riesgo cardiovascular, porque en la mayoría de los casos el riesgo es subestimado. Esto lo demuestra el hecho que en el 50% con bajo riesgo cardiovascular por cualquier calculador, se ha detectado presencia de ateromatosis subclínica.

Cuando hablamos de tratamiento agresivo y precoz, no nos referimos solo al tratamiento farmacológico. En los pacientes jóvenes el tratamiento no farmacológico, además de corregir los factores de riesgo, reduce eventos, cambiando

el pronóstico del individuo. No es tan eficaz cuando el comienzo de este tratamiento es tardío, necesitando un tratamiento farmacológico asociado

Mensajes:

En la prevención cardiovascular de los jóvenes, tener en cuenta:

1. Tiempo de exposición del factor de riesgo
2. Momento en la vida de la exposición del factor de riesgo
3. Ambos aportan al riesgo residual del individuo
4. Mejor evaluar la Salud Cardiovascular, que el RCV, demostrando mejor sobrevida libre de eventos a mayor número de métricas adoptadas sostenidas en el tiempo.
5. El tratamiento, no necesariamente farmacológico, es más efectivo cuanto más joven es el individuo.

Lectura recomendada:

- Sundström J, Neovius M, Tynelius P, Rasmussen F. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality: cohort study of Swedish male conscripts. *BMJ* 2011;342:d643
- Domanski MJ, Tian X, Wu CO, Reis JP, Dey AK, Gu Y, Zhao L, Bae S, Liu K, Hasan AA, Zimrin D, Farkouh ME, Hong Ch, Lloyd-Jones DM, Fuster V. Time Course of LDL Cholesterol Exposure and Cardiovascular Disease Event Risk. *J Am Coll Cardiol* 2020; 76(13): 1507-1516.
- Pencina MJ, Pencina KM, Lloyd-Jones D, Catapano AL, Thanassoulis G, Sniderman AD. The Expected 30-Year Benefits of Early Versus Delayed Primary Prevention of Cardiovascular Disease by Lipid Lowering. *Circulation*. 2020;142:827-837
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L. et al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. *Circulation* 2010;121:586-613.
- Fernández-Alvira JM, Fuster V, Pocock S, Sanz J, Fernández-Friera L, Laclaustra M, et al. Predicting Subclinical Atherosclerosis in Low-Risk Individuals Ideal Cardiovascular Health Score and Fuster-BEWAT Score. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70(20): 2463-73.
- Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
- Khera AV, Emdin CA, Drake I, Natarajan P, Bick AG, Cook NR, et al. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *N Engl J Med* 2016;375:2349-8.11

