

# Tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular

## ¿Cómo hacer un buen tamizaje en pacientes asintomáticos? Comentarios del caso Cerati

### Smoking and cardiovascular risk factors. How to make a good screening in asymptomatic patients? Comments from Cerati's clinical case

Germán Valenzuela-Rodríguez<sup>1</sup>

Gustavo Adrián Cerati Clark había cumplido los 50 años de edad. Parecía que su capacidad creativa estaba en su máximo esplendor. 'Fuerza Natural', su último disco, nos mostraba a un artista experimentado que podía sumergirse en el mar de los estilos musicales, rescatando sonidos, instrumentos y secuencias; y que como desde sus épocas juveniles en Soda Stereo –grupo argentino ícono del rock en español de los 80– transgredía el orden de lo establecido y de lo perfectamente estético, convirtiendo letras y ritmos en himnos incomparables porque aún no habían sido descubiertos.

Gustavo se había presentado en Lima en el mes de abril y el 18 de mayo, después de dar un concierto multitudinario en Venezuela, tuvo un accidente cerebral isquémico extenso por una probable obstrucción carotídea, evento que, a la fecha de escribir el presente editorial, lo mantiene en coma y en ventilación mecánica permanente.

El paciente Cerati había tenido una trombosis venosa profunda de miembros inferiores en el año 2007 y mantenía el hábito de fumar entre 3 y 4 cajetillas de cigarrillos al día. Se encontraba en aparente buen estado de salud y sin medicación cardiovascular, dado que no presentaba ni signos ni síntomas de dichas afecciones.

Este penoso caso me permite hacer dos reflexiones:

1. El hábito de fumar es un factor de riesgo cardiovascular muy importante. Este nocivo hábito predispone al individuo a diferentes síndromes clínicos de aterosclerosis, que incluyen la angina estable, los síndromes coronarios agudos, la muerte súbita y los accidentes cerebrovasculares.

Los mecanismos de daño cardiovascular son múltiples; están implicados una disfunción vasomotora, un desbalance protrombótico y una activación leucocitaria y plaquetaria, con incremento de la peroxidación lipídica asociado a un aumento de las moléculas de adhesión y de la inflamación y a una mayor proliferación del músculo liso.

Este factor de riesgo no viene siendo tratado por los médicos a pesar de que en América del Sur las muertes cardiovasculares asociadas al hábito de fumar son el doble que las relacionadas con neoplasias también asociadas a este terrible hábito.

Por otro lado, los datos más recientes nos han indicado que sí existe una relación entre el grado de consumo de tabaco y el incremento de riesgo; el RR asociado con fumar un cigarro al día es de 1,39, el que se incrementa a 1,78 en los individuos que fuman 20 cigarros al día.

Desafortunadamente, solo el 7% de fumadores logra dejar de fumar y la mayoría de los médicos no ofrece consejería para hacerlo, y con menos del 12% de los médicos que prescriben medicamentos para dejar de fumar, a pesar de existir un grupo de terapias costo-efectivas.

2. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en el mundo. Por ello, se debe evaluar exhaustivamente el riesgo cardiovascular de cada ser humano.

Algunas puntuaciones de riesgo incluyen variables como la edad, el sexo, los niveles de presión arterial, el hábito de fumar, la diabetes, los valores de lípidos y algunas variables nuevas como el empleo de antihipertensivos, la historia familiar de enfermedad

1. Especialista en Medicina Interna y Cardiología



cardiovascular prematura, los niveles de proteína C reactiva, la deprivación social y los niveles de hemoglobina glicosilada.

Las puntuaciones de riesgo empleadas en el cálculo del riesgo cardiovascular individual son la puntuación de Framingham (*Framingham Risk Score-FRS*), la puntuación ATP III, la puntuación del proyecto SCORE (*the SCORE Project*), la puntuación de Reynolds (*the Reynolds risk score*), la puntuación de riesgo ASSIGN (*the ASSIGN risk score*) y la puntuación de riesgo QRISK (*the QRISK risk score*).

Estas puntuaciones tienen pequeñas diferencias en el cálculo del riesgo individual, por lo que pueden ser usadas para la identificación de individuos en riesgo. Sin embargo, podrían tener diferencias, según el riesgo de la población evaluada, el cual adjudica un riesgo adicional al individuo.

Un aporte no menos importante para la ciencia médica es la posibilidad de usar, en los casos que lo ameriten, un grupo de pruebas no invasivas que incrementan la probabilidad de calcular con exactitud el riesgo de eventos clínicos. Dentro de ellas se encuentran pruebas sencillas como el índice tobillo-brazo, las pruebas de monitoreo electrocardiográfico con el ejercicio y un grupo de pruebas algo más complejas como el espesor carotídeo íntima-media y el cálculo del contenido de calcio a nivel coronario.

Con el advenimiento de nuevas técnicas de diagnóstico no-invasivas es probable que podamos conocer la “edad vascular” de los seres humanos, reconociendo a un mayor número de individuos en riesgo; pues, independientemente de nuestra edad cronológica y nuestra ausencia de signos y/o síntomas de enfermedad, y tomando como muy ciertos los conceptos vertidos por Ellie Metchnikoff un siglo atrás, “somos tan viejos como nuestras arterias”.