

La edad vascular: Un nuevo concepto de fácil comprensión

Las proyecciones para los próximos diez años mantienen a la enfermedad cardiovascular (ECV) como la primera causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Por su origen multicausal, el enfoque debe ser también múltiple, que implique una revisión de todos los factores de riesgo involucrados en su génesis.

En este contexto, estimar el riesgo cardiovascular con la mayor precisión posible e indicar medidas preventivas acordes al mismo, constituye una tarea compleja y aún no del todo resuelta. Teniendo en cuenta que muchos episodios cardiovasculares ocurren en poblaciones de bajo o moderado riesgo, resulta imperante la necesidad de contar con herramientas predictivas más eficaces.

Es por ello, que la predicción del riesgo cardiovascular seguirá siendo una piedra angular en cualquier guía clínica de prevención de ECV. No obstante, se trata de un proceso dinámico debido a que a medida que se analicen resultados no esperados, tendremos que ir incorporando otros factores de riesgo, adaptado a nuestras poblaciones. Es mucho lo que queda por andar para poder predecir de una forma exacta, la probabilidad de que se produzca un evento cardiovascular, siempre con el fin último de acercarnos más a la realidad multifactorial de las ECV y su prevención.

Cuende, en el año 2011 (1), hacía mención que aunque el cálculo utilizando métodos cuantitativos es mucho más preciso que el obtenido con métodos cualitativos, se recomienda que con sus ventajas e inconvenientes, siempre será mejor utilizar cualquiera de los métodos de cálculo de riesgo cardiovascular, que ninguno.

Indiscutiblemente tenemos a nuestra disposición numerosas escalas para determinar el riesgo cardiovascular, tales como el score de Framingham en USA, el PROCAM de Münster, el SCORE de Europa, el QRISK del Reino Unido o el REGICOR de España (2), entre otras. A través de ellas se establece el nivel de riesgo cardiovascular que puede tener una persona considerando varios factores que interactúan potenciando el resultado final. Estas escalas son de gran utilidad en la práctica clínica, por ser de fácil manejo en la consulta diaria y porque permiten establecer un esquema terapéutico. Sin embargo, el riesgo que se calcula con cualquiera de ellas, representa una información estadística y epidemiológica, que no todos los pacientes son capaces de entender.

Es por ello que en la actualidad nuevas investigaciones están explorando otras concepciones complementarias o alternativas, que no sólo abren otros horizontes desde el punto de vista epidemiológico o de la terapéutica a instaurar, sino también porque permiten comunicar mejor el riesgo cardiovascular a cualquier paciente.

En los últimos años ha surgido un nuevo concepto en la valoración del riesgo de ECV, denominado edad vascular (EV), formulado inicialmente por D'Agostino et al (3), y difundido posteriormente por Cuende et al (4), que busca expresar la edad del sistema vascular en un paciente, producto de la interacción de sus distintos factores de riesgo cardiovascular. En este punto, vale la pena citar un viejo adagio formulado por el médico inglés Thomas Sydenham en el siglo XVII "un hombre es tan viejo como la edad de sus arterias".

El cálculo de la EV puede realizarse haciendo uso de los llamados baremos o tablas de score, que consideran parámetros fácilmente disponibles en la práctica clínica como el género, la edad, el hábito tabáquico, la presión arterial sistólica, los niveles de colesterol total y de lipoproteínas de alta densidad (c-HDL). Estas tablas transforman el riesgo absoluto, en edad del sistema vascular, es decir, cuantifican en qué medida este ha envejecido por efecto de los factores de riesgo, más allá de la edad biológica.

La conversión del riesgo absoluto en EV, permite comparar la edad legal con la vascular, para obtener una interpretación del riesgo absoluto en el contexto de la edad: si la diferencia entre la edad legal y la vascular es mínima, la situación de riesgo del sujeto es aceptable con independencia del valor del riesgo absoluto. Del mismo modo, si la diferencia es elevada, significa que hay que ocuparse de inmediato de la situación del paciente ocasionada por sus factores de riesgo, independientemente de que este valor absoluto sea mayor o menor (4).

Expresado coloquialmente, se podría decir que aunque la edad legal de un paciente dependa de su fecha de nacimiento, sus arterias pueden tener una edad superior debido a no tener controlados los factores de riesgo. Ilustra los años que el paciente puede ganar o perder, según controle o no sus factores de riesgo. Por lo tanto, es una herramienta muy útil en el manejo de los pacientes, especialmente los jóvenes (5).

Recientemente se ha estudiado la EV (6,7), pero ya desde hace algunos años, diversas guías de práctica clínica en el manejo del paciente con factores de riesgo cardiovascular insisten que las estrategias preventivas deben estar centradas en el paciente y que el médico debe prestar total atención a los aspectos que le interesan a este, así como a sus inquietudes y preferencias (6). Asimismo, entre las medidas se formula cómo comunicar el riesgo cardiovascular, e incluso ya existe evidencia al respecto, donde se ha demostrado la eficacia que tiene la notificación de la situación de riesgo del paciente mediante la EV (8).

Algunos estudios (1) refuerzan la idea anterior, al mencionar que los pacientes responden mejor a las situaciones de riesgo de una forma más emocional que racional, debido a que este concepto tiene un componente subjetivo en su apreciación, de tal forma que la percepción del riesgo por parte del paciente, afecta significativamente el proceso de comunicación y entendimiento entre médico - paciente.

A manera de cierre, nuevas interrogantes quedan por develar, pero en definitiva más allá de la EV, no cabe duda que el primer paso para asumir medidas preventivas de riesgo, es ser consciente de él y nada mejor que se transmitan mensajes de fácil comprensión y con buena carga emocional para que el paciente asuma medidas preventivas de por vida.

REFERENCIAS

1. Cuende JL. Riesgo vascular. Hipertens riesgo vasc. 2011;28(4):121-125.
2. Ulusoy, Ş. Assessment of cardiovascular risk in hypertensive patients: a comparison of commonly used risk scoring programs. *Kidney International Supplements*. 2013; 3(4): 340-342.
3. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008; 117:743-53.

4. Cuende JI, Cuende N, Calaveras-Lagartos J. How to calculate vascular age with the SCORE project scales: a new method of cardiovascular risk evaluation. *Eur Heart J*. 2010; 31:2351-8.
5. Cuende JI. Edad vascular derivada del SCORE y Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2013;66(3):241
6. Masson W, Siniawski D, Toledo G, Vita T, Fernández G, del Castillo S et al. Estimación de la edad vascular basada en el índice de masa corporal en una población en prevención primaria. Asociación con la aterosclerosis carotídea subclínica. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140 (6): 255-259.
7. Calderón J., Moreno A., Rojas A., Lavi J., Rodríguez V., Arismendiz L., y Mori C. (2015). Determinación de riesgo cardiovascular y edad vascular según el score de Framingham en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Horiz Med* 2015; 15 (2):27-34.
8. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65:e1-e66.
9. Soureti A, Hurling R, Murray P, van Mechelen W, Cobain M. Evaluation of a cardiovascular disease risk assessment tool for the promotion of healthier lifestyles. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010; 17:519-23.

Ulises Leal Herrera

Med Esp. Adscrito a la Dirección de Salud Integral de la Universidad de Carabobo – Unidad de Atención Médico Integral (DISIUC - UAMI). Investigador asociado a la Dirección de Investigación Clínica de Laboratorios Leti SAV.

Milagros Espinoza de Leal

Docente Titular adscrita al Departamento de Investigación y Desarrollo Profesional de la Escuela de Bioanálisis. FCS. Universidad de Carabobo. Investigador asociado a la línea de investigación de cardiología. Centro de Investigaciones Médicas y Biotecnológica de la Universidad de Carabobo (CIMBUC).