

# Factores sico-sociales y enfermedad cardiovascular en la crisis

Julio Acosta M.

## Resumen

Las enfermedades cardiovasculares destacan como una de las principales causas de mortalidad en la población adulta de Venezuela, y también como primerísimo motivo de consulta en los servicios médicos de adultos, de emergencia y electivos.

En el presente documento hacemos referencia al tremendo impacto que tiene la ansiedad, la ira y la depresión sobre el riesgo cardíaco y tenemos la impresión de presenciar un incremento de las condiciones sicosociales que generan emociones negativas en una considerable porción de la población venezolana. Por otra parte, apreciamos una limitación severa de los recursos hospitalarios que son necesarios para la atención de las condiciones más severas de la enfermedad cardíaca: cirugía cardiovascular, laboratorios de hemodinamia, unidades de terapia intensiva, servicios de emergencia, todos en las cantidades suficientes y con el equipamiento moderno adecuado para la atención de los pacientes.

En éstas circunstancias encontramos justificado proponer recomendaciones dirigidas al alivio de las condiciones que aumentan el riesgo cardiovascular en la población venezolana; algunas dependen casi exclusivamente de las acciones de los médicos, otras de la comunidad y mayormente de las autoridades sanitarias.

## Palabras Claves

Ansiedad, depresión, enfermedad cardiovascular

## Title

Sico-social factors and cardiovascular diseases in Venezuela's days of crisis

## Abstracs

Cardiovascular disease has been considered one of the main causes of mortality in Venezuela's adult population. This disease also is the first reason for consultation in medical emergency and adults' elective services in this latinamerican country.

This document talks about anxiety, wrath and depression impact on the cardiac risk. That's why at this moment it is possible to determine psychosocials conditions increase that generate negative emotions in an representative portion of Venezuela's population.

On the other hand, there is a limitation of hospitable resources in Venezuela. This is a terrible problem because these resources are necessary for attention of the most severe conditions of cardiac disease.

In these circumstances, it is important to propose recommendations in order to confront conditions that increase cardiovascular risk in Venezuela's population; some of those almost exclusively depend on doctors, community and sanitary authorities actions.

### **Key words**

Anxiety, depression, cardiovascular disease

### **Factores sico-sociales y enfermedad cardiovascular**

Las enfermedades cardiovasculares destacan como una de las principales causas de mortalidad en la población adulta de Venezuela, y también como primerísimo motivo de consulta en los servicios médicos de adultos, de emergencia y electivos. De las distintas enfermedades cardiovasculares, las más comunes son: Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, y la Isquemia Cerebral. En la población adulta de Caracas se obtienen cifras altas de la presión arterial en aproximadamente el 24 por ciento de las personas mayores de 20 años, y en la mitad de los mayores de 50 años (J. Acosta y col. Estudio del metro de Caracas). La hipertensión es el factor de riesgo más frecuente en los pacientes jóvenes que tienen infarto del miocardio (J. Acosta y col. Cardiopatía isquémica en el adulto joven). La forma de muerte prematura más común la constituye la cardiopatía isquémica: el infarto del miocardio y la muerte súbita.

Es bien conocida la relación que existe entre los factores sico-sociales y las enfermedades cardiovasculares, consideración que justifica un intento de análisis entre éstas y la denominada situación crítica del país en sus aspectos etiológicos, y luego en lo relativo a la atención del cardiópata ([Tabla I](#)).

Desde el siglo XX se ha escrito sobre el tema. Osler apuntaba la relación entre la enfermedad de las arterias con las "preocupaciones y cargas de la vida moderna". En 1950 fue establecido el concepto de la "conducta coronaria". En los últimos 40 años ha sido acumulada una extensa obra investigativa acerca de las características epidemiológicas y etiopatogénicas de ésta relación.

De los datos aportados por los estudios epidemiológicos, se desprende que la ansiedad y la depresión se relacionan altamente con el riesgo de sufrir cardiopatía coronaria. Así, en el estudio de Kawachi, publicado en 1994, el riesgo de muerte súbita en los próximos 2 años se incrementó 6 veces en hombres profesionales de la salud que sufrían de ansiedad. En el estudio de Frasure, el riesgo de muerte en deprimidos aumentó 4 veces más que en controles no deprimidos. En un estudio prospectivo realizado por Ariyo y col. en Baltimore USA., se reportó que el riesgo de enfermedad coronaria en personas deprimidas era un 40% mayor que controles, y el riesgo de muerte aumentó en un 60% (Ariyo, Circulation 2000).

En un intento por obtener alguna aproximación a los síntomas ansiedad-depresión en los pacientes de la consulta cardiológica, estudiamos pacientes consecutivos que acudieron por primera vez a nuestra consulta de la Policlínica Metropolitana (Caracas, Venezuela) durante el primer semestre del 2003 y los comparamos con pacientes consecutivos similares del año 1993. Los resultados están expuestos en la [tabla II](#). Además de un incremento en la frecuencia de factores sico-sociales en los pacientes de la consulta cardiológica del año 2003, en relación con los del año 1993, se observó también una diferencia

en las características de la enfermedad, en el sentido de pacientes más severamente enfermos, con varios diagnósticos y necesidad de múltiples medicamentos.

Modelos experimentales y clínicos coinciden en reproducir dos tipos de respuesta al estrés de acuerdo con la calidad del mismo:

- a) Estrés asociado a una conducta activa, de esfuerzo mental y en condición de jefe que provoca una respuesta relacionada con el aumento de la actividad de los receptores adrenérgicos tipo beta. Como resultado se observa aumento de la frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y de la fuerza contráctil del miocito cardíaco y conjuntamente, vasodilatación periférica a nivel del músculo esquelético (Respuesta denominada “de lucha o de vuelo”).
- b) En contraste, el estrés relacionado con sentimientos de frustración, actitud pasiva, sin control de la situación y en desesperanza, se asocia a una respuesta del tipo de la activación de los receptores adrenérgicos alfa, caracterizada por vasoconstricción periférica e hiperactividad del sistema hipotálamo-pituitaria-adreno cortical (Respuesta denominada “derrota y huida”), que condiciona situaciones más propicias para la trombosis, las arritmias cardíacas, el infarto del miocardio y la muerte súbita de origen cardiovascular (Light, Hypertensión Primer, AHA 2003).

La depresión ha sido asociada a condiciones fisiopatológicas que inician, complican gravemente y pueden causar eventos clínicos cardiovasculares potencialmente fatales. Ellas son la disfunción endotelial y la trombosis. La respuesta vasodilatadora dependiente de una normal función del endotelio arterial es fundamental para la conservación de la salud, particularmente importa la permeabilidad de las arterias coronarias y cerebrales. Ésta función del endotelio puede evaluarse clínicamente mediante pruebas, tales como la determinación por ultrasonido de la respuesta vasodilatadora hiperémica, después de isquemia transitoria. Broadley (Gales, UK) demostró que en los pacientes deprimidos existe una severa reducción de la función vasodilatadora del endotelio (Broadley y col, Heart 2002), la cual depende de la disponibilidad biológica del óxido nítrico, sustancia vasodilatadora y antitrombótica muy susceptible a su inactividad biológica, provocada por diferentes condiciones bioquímicas patológicas, entre ellas, la activación de la angiotensina II, el exceso oxidativo, y la expresión inadecuada de citocinas y de ácidos grasos pro-inflamatorios y pro-trombóticos.

Por otra parte, los episodios de ira condicionan la aparición de situaciones biológicas, que favorecen la producción de muerte repentina por arritmia cardíaca. El umbral fibrilatorio disminuye por efecto de un incremento en la concentración de catecolaminas circulantes, así como por secreción inapropiada de potentes sustancias arritmogénicas como el tromboxano producido en plaquetas activadas por serotonina. Los pacientes que sufren activación simpática crónica, disminuyen la variabilidad de la frecuencia cardíaca, una condición que favorece la aparición de muerte repentina por arritmia cardíaca. El imbalance agudo entre el aporte de oxígeno miocárdico disminuido por vasoconstricción o por trombosis, simultáneamente con un incremento en la demanda que ha sido aumentada súbitamente por un aumento de la frecuencia cardíaca, de la contractilidad y de la presión arterial, generan isquemia miocárdica aguda y sus consecuencias: arritmia letal y/o necrosis miocárdica (Infarto agudo del miocardio).

Por otra parte, el tratamiento de la depresión mediante fármacos que interfieren con el transporte de la serotonina se ha encontrado relacionado con una disminución de la activación plaquetaria y con el riesgo de infarto del miocardio. William Sauer de Filadelfia reportó en 400 pacientes tratados con fármacos

antidepresivos, una significativa reducción de 49% de los infartos del miocardio en aquellos que recibieron antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por las plaquetas (RR 0,51 95% IC 0,29 a 0,90 p 0,02 Sauer y col Circulation 2003)

### **Enfermedad cardiovascular, factores sico-sociales y crisis en Venezuela**

Hemos ofrecido una muy breve aproximación a la relación epidemiológica y fisiopatológica existente entre los factores emocionales negativos con la enfermedad y la muerte de origen cardiovascular, que nos sirve para ilustrar la importancia del momento social que se vive en Venezuela, desde el punto de vista de la salud.

Adicionalmente, podemos mencionar las dificultades presentes en la atención del paciente cardíaco en sus diferentes niveles asistenciales: primario, secundario y terciario. Aparece ante la vista de los médicos especialistas, un enorme gradiente entre la magnitud de la tarea preventiva y los proyectos visibles: no se cuenta con un programa contundente para la detección y el tratamiento de la hipertensión arterial, las dislipidemias y la diabetes.

Hemos hecho referencia al tremendo impacto que tiene la ansiedad, la ira y la depresión sobre el riesgo cardíaco y tenemos la impresión de presenciar un incremento de las condiciones sico-sociales que generan emociones negativas en una considerable porción de la población venezolana.

Por otra parte, apreciamos una limitación severa de los recursos hospitalarios que son necesarios para la atención de las condiciones más severas de la enfermedad cardíaca: cirugía cardiovascular, laboratorios de hemodinamia, unidades de terapia intensiva, servicios de emergencia, todos en las cantidades suficientes y con el equipamiento moderno adecuado para la atención de los pacientes.

Rechazamos por inhumano y profundamente injusto un planteamiento excluyente entre atención primaria de los factores de riesgo y la atención terciaria de los pacientes más graves; aún cuando somos defensores activos de la prevención primaria y secundaria, no entendemos que a veces las autoridades presentan como si fuese inapropiado el reclamo del equipamiento correcto de los centros hospitalarios nacionales.

Otro aspecto importante de la denominada crisis, lo constituye la creciente dificultad que tiene el médico para el acceso a la información científica de primera línea; los recursos económicos para adquirir revistas científicas, libros médicos, y para el intercambio de información mediante el contacto personal en congresos y simposia, han sufrido una severa restricción que pone en peligro la calidad de la atención médica nacional.

### **Recomendaciones**

En éstas circunstancias, encontramos justificado proponer recomendaciones dirigidas al alivio de las condiciones que aumentan el riesgo cardiovascular en la población venezolana. Algunas dependen casi exclusivamente de las acciones de los médicos, otras de la comunidad y mayormente de las autoridades sanitarias. Desde el punto de vista de los médicos, podemos alertar hacia una acción preventiva más acentuada a nivel de todos los centros de atención médica, pública y privada en el país; hacer énfasis en la detección de las manifestaciones depresivas y ansiosas y contribuir a su alivio; alertar a los pacientes y

a sus familiares en relación con el riesgo y dar unos consejos directos y sencillos acerca del control. Ésta labor preventiva debe extenderse a todos los médicos, independientemente de su especialidad y del tipo de paciente que atienden. Consideramos conveniente que las sociedades científicas y los centros educativos de pre y de post grado deben programar a la brevedad posible cursos de actualización para la generalidad de los médicos, dedicados a enseñar los principios clínicos prácticos de la detección y el tratamiento de la dupla ansiedad/depresión a nivel de la atención primaria, y los criterios para la identificación de las situaciones que deben referirse al especialista.

La comunidad y las autoridades sanitarias deben recibir el alerta correspondiente por parte de los médicos y las organizaciones científicas y académicas, con las recomendaciones acerca de la reducción del riesgo. El estado venezolano debe cumplir con un principio fundamental de la constitución nacional: proveer a la población la mayor suma de felicidad y bienestar posible, principio que es contrario a una vida política nacional proclive a la pugnacidad y al enfrentamiento. Para ello, las máximas autoridades nacionales deben realizar un esfuerzo político destinado a identificar verdaderamente las auténticas formas de pensamiento y de vida al cual aspira la mayoría de la población y, en consecuencia, liderizar los pasos destinados al logro de la mayor identidad entre la acción de gobierno y las aspiraciones psicológicas y prácticas de la mayoría de los gobernados, aún en sacrificio de las individuales características sociopolíticas de los gobernantes.

El logro de la salud emocional y física de la población requiere de una acción preventiva, que pasa fundamentalmente por la profundización de la democracia, entendida como el gobernante al servicio de la satisfacción de los sentimientos de la probada mayoría de los gobernados, logrado mediante la consulta electoral frecuente, transparente y convincente, aunado al abandono de actitudes paternalistas, tutoriales y autoritarias; así como de un reiterado desplazamiento de la responsabilidad del problema hacia la acera de enfrente.

La prevención de morbi-mortalidad cardiovascular incluye desde luego, la detección de los otros factores de riesgo, además de los sico-sociales, tales como hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, obesidad, sedentarismo y tabaquismo, y el control de los mismos por parte de la generalidad de los médicos. Parte de la denominada crisis venezolana la constituye el cambio de las costumbres alimentarias de la población en relación con las nuevas características económicas, que presentan el riesgo de un aumento de la ingesta de calorías provenientes de grasas saturadas y de hidratos de carbono simples con detrimento en el consumo de proteínas de calidad y de vegetales con alto contenido de fibra, electrolitos y vitaminas protectoras. El enfoque preventivo en ésta circunstancia reposa en la mejoría de la relación trabajo/poder adquisitivo de alimentos conjuntamente con la educación de la población.

De las autoridades sanitarias se espera la oferta de un proyecto de alcance nacional suficiente, que provea a la población la posibilidad de acceso a la detección médica de los factores de riesgo y a su tratamiento: por fin el estado venezolano debe ofrecer los medicamentos básicos anti-hipertensivos y anti-trombóticos a quienes lo soliciten. También es tiempo de realizar un esfuerzo contundente para el equipamiento moderno de los servicios de emergencia, terapia intensiva, hemodinamia y cirugía cardiovascular, en magnitud suficiente para las demandas de asistencia médica moderna por la población venezolana.

Las organizaciones académicas, científicas y docentes deben aunarse en un reclamo convincente a las autoridades monetarias para que abran el acceso a las divisas necesarias para la adquisición de revistas

y libros científicos y para la asistencia a eventos científicos internacionales, sin que exista excusa que valga. La mejor y más reciente información médica debe estar al servicio de nuestros pacientes. Mientras tanto, las instituciones médicas deben realizar un esfuerzo para la organización de cursos, simposia, congresos, talleres de trabajo, consensos y demás oportunidades para la difusión del conocimiento, así como para el desarrollo de medios electrónicos e impresos de información rápida y ágil. El reto está allí, y la respuesta para conservar la salud emocional y cardiovascular, debe ser el vuelo del ave o la lucha de la fiera antes que la derrota o la desesperanza.

## Referencias

1. **Acosta J y col.** Cardiopatía isquémica en el adulto joven: clínica y angiografía. Avances Cardiológico 1994, 14:9
2. **Wong N.** Studies linking negative emotions to coronary heart disease, en Preventive cardiology. MacGrawHill, USA 2000
3. **Ariyo A et al.** Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality. Circulation 2000, 102:1773
4. **Light K.** Environmental and psychosocial stress in hypertension, en Hypertension Primer, Lippincott USA 2003
5. **Broadley A et al.** Arterial endothelial function is impaired in treated depression. Heart 2002, 88:521
6. **Sauer W et al.** Effect of antidepressants and their relative affinity for the serotonin transporter on the risk of myocardial infarction. Circulation 2003, 108:32

<b>Factor sico-social</b>	<b>Riesgo Relativo para Infarto del Miocardio o muerte</b>	<b>Referencia</b>
<b>Ira</b>	2,66 (95% IC 1,26 a 5,61) p 0.008 2,3 (95% IC 1,7 a 3,2)	Kawachi y col. 1996 Mittleman y col. 1995
<b>Depresión</b>	4,29 (95% IC 3,14 a 5,44) 2,2 p 0,02	Frasure y col. 1993 Carney y col. 1988
<b>Ansiedad</b>	6,08 (95% IC 2,35 a 15,73) 4,9 (95% IC 2,1 a 12,2)	Kawachi y col. 1994 Moser y col. 1996
<b>Disgusto</b>	4,39 p 0,003 4,7 (95% IC 1,9 a 11,8)	Allison y col. 1995 Denollet y col. 1998

**Tabla I: Algunos estudios que relacionan a las emociones negativas con la enfermedad arterial coronaria**  
Modificado de Wong, Preventive Cardiology, McGrawHill US A 2000

<b>Año</b>	<b>Ansiedad y/o depresión %</b>	<b>Delta %</b>
<b>1993</b>	28	
<b>2003</b>	53	89,3

**Tabla II: Frecuencia de factores sico-sociales en pacientes de la consulta cardiológico**