

Editorial

Una Relexión Histórica con Motivo del Día Mundial del Corazón y el Mes de la Fibrilación Auricular

Dra. María Celina Preciado Limas

Jefa del Departamento de Cardiología, Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Guadalajara

30 de Septiembre del 2018

Correspondencia:

Dra. María Celina Preciado Limas, Av. Dr. Angel Leaño #500, Colonia Los Robles, Zapopan, Jalisco, México. CP 45200. dra_mcp1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) ocupan el primer lugar en morbilidad y mortalidad en casi las 2/3 partes de la población mundial. Cada año mueren alrededor de 17.3 millones por ECV y se estima que serán aproximadamente 23.6 millones para el año 2030. Las 2 primeras causas de muerte son la Cardiopatía Isquémica (CI) y la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC), ambas junto con la Diabetes Mellitus (DM) conforman el 36% de muertes en México (Ensanut). Más del 50% de la población entre 20 y 69 años de edad, es portador de al menos una Enfermedad Crónica Degenerativa equivalente a un factor de riesgo cardiovascular (FRCV).

Los FRCV son las características que posee el individuo (en general variables continuas) que se asocian de forma estadística con la prevalencia de la enfermedad coronaria, o con la tasa de acontecimientos de la misma. Los principales FRCV asociados a CI son: sexo masculino edad, DM, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), niveles bajos de colesterol HDL, Hipercolesterolemia LDL, Hipertrigliceridemia, Coronariopatía familiar, Sedentarismo y Obesidad.

HISTORIA DEL ESTUDIO FRAMINGHAM

El origen del estudio está muy ligado a la salud cardiovascular del Presidente Franklin D. Roosevelt y su muerte prematura por Cardiopatía Hipertensiva y EVC. Desde 1932, durante su campaña, ya mostraba cifras de PA 140/100 mm Hg la cual no recibió un tratamiento oportuno por el desconocimiento que se tenía de las ECV. Sufría de cefaleas y la progresión de la hipertensión alcanzó niveles de 188/105 mm Hg en poco tiempo.

En 1940, el Presidente fundó el Instituto de la salud en Bethesda, Maryland, preocupado por la mortalidad cardiovascular en boga, responsable de la muerte de 1 de cada 2 americanos. A pesar de las cifras tensionales, su médico personal insistía en que el presidente estaba saludable y que su presión era "normal para su edad". Cuando se llevó a cabo la reunión de los aliados en Normandía, el 27 de marzo de 1944, el Presidente Roosevelt mostraba disnea de esfuerzo, diaforesis y distensión abdominal. Se observó cardiomegalia en sus rayos X de tórax. Un cardiólogo joven fue quien le diagnosticó hipertensión, cardiopatía hipertensiva e insuficiencia cardíaca. Sin embargo había pocas

opciones terapéuticas, se le prescribió digoxina y fenobarbital sin obtener buenos resultados.

Dos meses antes de morir, Roosevelt se reunió con Churchill y Stalin en la conferencia de Yalta para negociar la administración de Alemania en la postguerra y el futuro de las Naciones Unidas. El médico personal de Churchill registró en su diario: “el presidente parecía un hombre sumamente enfermo” y pronosticó que moriría en pocos meses debido a un estado cardiovascular crítico. Efectivamente el presidente Roosevelt falleció el 12 de Abril de 1945, a la edad de 63 años, de una hemorragia cerebral con una PA de 300/190 mm Hg. Como muchos otros Americanos, el sucumbió a la epidemia de Enfermedad Cardiovascular. En Junio de 1948, el Presidente Harry Truman firmó la ley “National Heart Act” con un fondo de 500,000 dólares para crear el Instituto de Corazón, Sangre y Pulmón. En 1947, los legisladores ya habían apoyado el National Heart Act, a través del Servicio de Salud Pública de E.U., delegando en un médico joven, Gilcin Meadors, la encomienda de un estudio epidemiológico futuro. Inicialmente el Dr. Meadors lo propuso como “un Estudio sobre Cardiopatía Isquémica (CI) en una población al azar para determinar los Factores predisponentes para la Enfermedad, tanto clínicos como de laboratorio a largo plazo”.

El Dr. Paul D. White, del Hospital General de Massachusetts, y el Dr. David Rutstein de la Escuela de Medicina de Harvard, se avocaron al estudio epidemiológico en la población de Framingham, en el estado de Massachusetts. Se eligió este lugar debido al entusiasmo de sus médicos y la cercanía con los cardiólogos de Harvard. Los residentes de Framingham, habían participado 20 años antes en el estudio de Demostración de Tuberculosis.

La que una vez fue una comunidad de granjeros era entonces un poblado de fábricas de 28,000 residentes de clase media, de origen predominantemente europeo que fabricaban alfombras, productos derivados del papel y automóviles de la empresa General Motors y se con-

sideraba una población representativa de los 1940s. Oficialmente, el estudio de Framingham para el Estudio del Corazón, arrancó el 11 de Octubre de 1948, bajo la dirección del Dr. Gilcin Meadors y la Enfermera Nell McKeever. Se trata de la cohorte de investigación longitudinal más grande con el propósito de identificar factores individuales que podrían estar relacionados con el desarrollo de enfermedades. La cohorte original incluyó 5,209 residentes entre 28 y 62 años, donde las mujeres fueron más del 50% de la población de participantes.

Los hallazgos del primer estudio se publicaron en 1957, donde se definió la HAS con cifras >160/95 mm Hg, relacionadas con un incremento 4 veces mayor de enfermedad coronaria por 1000 personas entre los participantes hipertensos. Unos años más tarde notaron que el EVC era una consecuencia mayor de la Hipertensión.

Durante los primeros reportes, muchos creían que una presión sistólica permisible era 100 más la edad del participante en mm Hg. En el primer estudio con el beta-bloqueador propranolol, se admitieron pacientes >70 años con PA sistólica de 170 mm Hg. La adherencia a estas creencias cuestionó la validez de una aproximación epidemiológica y hubo críticas en relación a si la población estudiada realmente representaba a los americanos.

Bajo el gobierno del Presidente Richard Nixon y con la dirección del Dr. Kannel, el Instituto de Salud Nacional realizó un acuerdo con la universidad de Boston para proveer apoyo al Estudio Framingham a través de un fondo federal, finalizando la necesidad de fondos privados. Una vez renovados los fondos, el estudio reclutó nuevos participantes en una cohorte de descendientes con el propósito de indagar agrupamientos familiares de la enfermedad. También se incluyeron a las esposas de los participantes, lo que constituyó 1/3 de los casos. Esto fue un precedente para la creación de cohortes familiares ante la emergencia de nuevos genotipos y tecnologías unas décadas después.

El segundo director del estudio Framingham, Thomas Dawber, observó que la práctica médica había estado enfocada al cuidado más que a la prevención de la ECV. Para avanzar, era necesario cambiar de actitud, educación y entrenamiento en los médicos. En los inicios de los años 70s, los libros de Medicina Interna de Harrison y Cecil, hacían referencia a la presión diastólica como la principal medida de la PA y que la presión sistólica era inofensiva sobre todo en los ancianos.

En 1971, los investigadores de Framingham analizaron 14 años de seguimiento en donde se demostró la morbilidad de la CI relacionada con la HAS. Los hallazgos mostraron una mayor relación de la presión sistólica con los eventos coronarios y vasculares cerebrales, así como con la Insuficiencia Cardíaca. Más de 2 décadas después de la muerte del Presidente Roosevelt, se cambió la creencia de que la presión sistólica no era importante y de que la hipertensión “lábil” tenía pocas consecuencias.

Finalmente la importancia del control de la PA fue priorizada en la Guías de Práctica del primer “Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial” en 1977.

Recientemente la AHA ha publicado en Noviembre del 2017, que las cifras de PA para diagnóstico de Hipertensión Arterial grado 1 deben ser con valores de PA sistólica de 130-139 y diastólicas de 80-89 mm Hg, las cuales deben ser modificadas con cambios en el estilo de vida, tratamiento médico y revisión mensual hasta el control óptimo. La HAS grado 2 con PA >140/90 mm Hg requiere además de medidas higiénico-dietéticas, tratamiento médico combinado. Cifras iguales o mayores a 180/120 mm Hg son consideradas Crisis Hipertensivas.

Si queremos reducir la mortalidad cardiovascular y no ser parte de las estadísticas, la meta de PA normal debe ser inferior a 120/80 mm Hg con un adecuado control de los FRCV ya señalados.