

Transición nutricional, demográfica y epidemiológica Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares

Antonio J. Pasca*, Laura Pasca*

Resumen

Además de los factores de riesgo cardiovasculares (principales y contribuyentes), los cuales son visiblemente identificables y estudiados profusamente por la comunidad médica internacional, existen otros determinantes de las enfermedades cardiovasculares, los subyacentes como la transición nutricional, demográfica y epidemiológica, indisolublemente ligadas entre sí. Estas teorías explican por qué la humanidad está atravesando actualmente por un terreno fértil para el desarrollo, auge y perpetuación de las enfermedades crónicas no transmisibles. La transición nutricional no es un sencillo y evidente reemplazo de los hábitos alimentarios y estilo de vida, sino un complejo proceso en donde convergen múltiples causas, pudiendo coexistir una gama de posibilidades desde la escasez a la opulencia en una misma región, grupo social y familiar. La transición nutricional en nuestro país ha impactado fuertemente sobre la salud pública, con consecuencias nefastas en la inmediatez y en el futuro de la misma.

Insuf Card 2011 (Vol 6) 1:27-29

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares - Transición nutricional - Transición demográfica - Transición epidemiológica

Summary

Epidemiological, demographic and nutritional transition Underlying determinants of cardiovascular disease

Apart from cardiovascular risk factors (major and contributing), which are visibly identified and extensively studied by the international medical community, there are other cardiovascular disease determinants, the underlying ones such as the nutritional, demographic and epidemiological transitions, which are inextricably bounded together. These theories explain why humanity is currently experiencing a fertile ground for development, expansion and perpetuation of non-communicable chronic diseases. The nutrition transition is not a simple and obvious replacement of dietary habits and lifestyle, but a complex process where multiple causes converge and a range of possibilities from scarcity to wealth in the same region, social group and family can coexist. The nutrition transition in our country has a strong impact on public health, with disastrous consequences in its current situation and future.

Keywords: Cardiovascular disease - Nutrition transition - Demographic transition - Epidemiological transition

* Sociedad de Cardiología del Oeste Bonaerense y Especialidades Médicas Villa Bosch.

Correspondencia: Dr. Antonio J. Pasca.
El Payador 5160. (1682) Villa Bosch. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
E-mail: jpasca@intramed.net.ar

Recibido: 08/03/2010
Aceptado: 20/04/2011

Resumo

Transição nutricional, demográfica e epidemiológica Fatores determinantes da doença cardiovascular

Além dos fatores de risco cardiovascular (os principais e os contribuintes), que são visivelmente identificados e estudados exaustivamente pela comunidade médica internacional, existem outros fatores determinantes de doenças cardiovasculares, os subjacentes e a transição nutricional, demográfica e epidemiológica, indissolivelmente ligadas. Estas teorias explicam por que a humanidade está enfrentando um terreno fértil para o renascimento, desenvolvimento e perpetuação de doenças crônicas não-transmissíveis. A transição nutricional não é uma substituição simples e óbvia dos hábitos alimentares e estilo de vida, mas um processo complexo onde convergem múltiplas causas e podem coexistir uma gama de possibilidades, desde a falta de afluência na mesma região, grupo social e familiar. A transição nutricional em nosso país tem um forte impacto na saúde pública, com conseqüências nefastas sobre a direção imediata e futura.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares - Transição nutricional - Transição demográfica - Transição epidemiológica

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) han puesto a la cardiología clínica en la cúspide de las especialidades médicas por ser el motivo más frecuente de muerte en el mundo actual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en el año 2005, el primer lugar en la distribución global de causas de muerte le corresponde a las ECV, con un tercio del total, razón por la cual se ha sostenido que la humanidad está en presencia de una epidemia cardiovascular. Se estima que 17,5 millones de personas fallecen por las ECV, destacándose la enfermedad coronaria con 7,6 millones y los accidentes cerebrovasculares con 5,7 millones, afectando de igual modo a ambos sexos. Más del 80% de estos óbitos se registra en los países de ingresos bajos y medios, en donde reside la mayor cantidad de habitantes de la población mundial. La insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en los individuos mayores de 65 años, y representa aproximadamente del 5% de todas las hospitalizaciones, su tasa de mortalidad es cerca del 10%², siendo en el presente la ECV que proporcionalmente más incrementa su incidencia y prevalencia. Un elemento llamativo y preocupante a la vez, es que las ECV en las naciones en vías de desarrollo, se producen en edades relativamente tempranas en comparación con las desarrolladas^{3,4}. El comienzo precoz y evolución prolongada de estas entidades nosológicas les confieren características muy alarmantes, ya que son fuente de mortalidad prematura y reducción de la calidad de vida de los afectados, por las discapacidades e invalidez psicofísica que ocasionan y el fuerte impacto económico que conllevan sobre el núcleo familiar y los presupuestos de salud de las diversas comunidades, sin dejar de mencionar la merma en la productividad individual y colectiva⁵.

En un período que por su brevedad no permite suponer modificaciones en el genoma humano, el infarto de miocardio (rareza médica hasta hace unos 200 años) ha pasado a ser emblema de la ECV.

El hábito tabáquico, la dieta inadecuada, la disminución de la actividad física (laboral y extralaboral), el incremento de la edad poblacional, el estrés, la hipertensión arterial, la dislipidemia, el aumento de la incidencia de la insulino-resistencia y la diabetes mellitus y fundamentalmente los altos índices de sobrepeso y obesidad, son los principales factores de riesgo

que permiten el auge y la perpetuación de las ECV⁶⁻⁹.

Frente a este auténtico y grave estado de situación socio-sanitario, la comunidad científica internacional, desde hace tiempo, está empeñada en demostrar a través de múltiples y diversos estudios, que los factores de riesgo cardiovascular, contribuyen a la aparición y desarrollo de las ECV, y los beneficios de una correcta identificación y un óptimo control de los mismos y de la abrupta reducción en la morbimortalidad mediante la aplicación de estrictas medidas higiénico-terapéuticas. De ahí que, las entidades científicas líderes mundiales han respondido sistemáticamente, generando y actualizando guías de recomendaciones a tal efecto.

Si posamos la mirada más allá de lo primariamente visible, el análisis nos conducirá a hacernos algunas preguntas tales como: ¿Por qué llegamos a esta contingencia? ¿Cómo hemos arribado a ella? ¿Cuáles fueron y cuáles son los mecanismos involucrados? En fin, detrás de este complicado contexto, entran en pugna los dispares cambios sociales, políticos, económicos, científicos-tecnológicos y culturales a los cuales el género humano ha sido sometido desde su aparición en la faz de la tierra. Adicionalmente, la obtención del alimento ha desempeñado un papel relevante en este proceso, y seguramente ha sido un estímulo incesante sobre el *homo sapiens* para adaptarse y subsistir, a las modificaciones ambientales constantes del globo terráqueo y a su entorno.

En afán de comprender el intrincado panorama actual de la salud poblacional, en el cual las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) prevalecen, siendo las ECV el símbolo de éstas y las responsables del porcentaje dominante en las tasas de morbi-mortalidad, es aquí, en este terreno, en donde adquiere una trascendencia capital los determinantes subyacentes de las ECNT como: “la transición nutricional, demográfica y epidemiológica”.

Desde la dieta ancestral (sorprendentemente equilibrada) de nuestros antepasados (cazadores y recolectores), en perfecta consonancia con el ecosistema a la disarmónica dieta moderna-occidental (rica en grasas saturadas, azúcares, sal y alimentos procesados) se ha recorrido una larga travesía con diferentes etapas, en donde las transformaciones han sido disímiles en las diversas regiones y grupos sociales del planeta. Para entender este sinuoso camino, especialmente

en los últimos 200 años, es menester recurrir al concepto de la transición nutricional (TN), que se refiere a los patrones generales de la dieta y la actividad física que han definido el estado nutricional en los distintos ciclos de la historia¹⁰. La TN está indisolublemente ligada a las teorías de la transición demográfica¹¹ y epidemiológica¹². La transición demográfica explica el crecimiento de una población determinada a través de las variaciones en las tasas de natalidad y mortalidad, es decir, el traspaso de un modelo de alta fecundidad y mortalidad a otro de baja fecundidad y mortalidad. La transición epidemiológica describe las modificaciones en las causas de morbi-mortalidad, o sea, el cambio de los perfiles de insalubridad y deficiencias nutricionales, con un nivel elevado de prevalencia de enfermedades infecciosas-parasitarias y malnutrición, a otro en el cual las ECNT (ECV, oncológicas, etc.) y externas (accidentes laborales, de tránsito, etc.) poseen una dominante prevalencia e incidencia^{13,14}.

La TN no es un sencillo y evidente reemplazo de los hábitos alimentarios y estilo de vida, sino un complejo proceso en donde convergen múltiples causas (migración, urbanización, industrialización, desarrollo económico, globalización, desestructuración familiar, implicancias políticas, etc.) pudiendo coexistir una gama de posibilidades desde la escasez a la opulencia en una misma región, grupo social y familiar^{15,16}. América Latina y Asia, son un ejemplo de ello, conviven el exceso de peso y la desnutrición conformando: la “Carga Sanitaria Dual del Siglo XXI”.

La TN en nuestro país ha impactado fuertemente sobre la salud pública¹⁷, con consecuencias nefastas en la inmediatez y en el futuro de la misma¹⁸, con notorias diferencias entre sus provincias. La República Argentina acusa uno de los mayores registros de sobrepeso y obesidad en Latinoamérica, y en concordancia con la región, el sector más perjudicado es el de menor nivel socioeconómico y educacional de la población. Este comportamiento particular es característico de los países en desarrollo, en los cuales la TN evoluciona más rápidamente que las naciones desarrolladas^{19,20}. La obesidad infantil²¹ ha adquirido, últimamente en nuestro medio, índices muy alarmantes, teniendo en cuenta que ella ocasiona múltiples patologías en la niñez (respiratorias, cardiovasculares, metabólicas, ortopédicas, dermatológicas, psicológicas, etc.) y es una gran predictora de graves enfermedades en la adultez, especialmente de las ECV.

Indudablemente, el más eficaz instrumento para frenar el progreso de las ECV es la prevención cardiovascular, pero no alcanza con realizar una excelente identificación, estratificación, control e intervención sobre los factores de riesgo cardiovasculares (principales y contribuyentes), ya sea en el plano individual, grupal y/o comunitario, sino que es necesario un abordaje amplio y a la vez un estudio minucioso del escenario sobre el cual la epidemia cardiovascular se expone, para ello la participación activa de todos los sectores de la sociedad con un enfoque multidisciplinario es vital. El estado y las instituciones científicas deben asumir un papel protagónico. Con los medios del primero y el conocimiento científico de las segundas, en una interacción madura e inteligentemente, se podrán construir las estrategias más idóneas

para combatir este flagelo en cada comunidad determinada, encuadrada en su entorno cultural, profundizando el tema costo-beneficio con una visión orientada al largo plazo. La historia nos contempla.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: WHO Library; 2007.
2. Neubauer S. The failing heart. An engine out of fuel. *N Engl J Med* 2007;15;356:1140-1151.
3. Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutr* 2002;5:231-237.
4. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 2006;27:1610-1619.
5. Reddy SK. Cardiovascular disease in non-Western countries. *N Engl J Med* 2004;350:2438-2440.
6. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-952.
7. Murphy NF, MacIntyre K, Stewart S, et al. Long-term cardiovascular consequences of obesity: 20 year follow-up of more than 15,000 middle-aged men and women (The Renfrew-Paisley Study). *Eur Heart J* 2006;27:96-106.
8. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003;290:86-97.
9. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation* 2002;106:3143-421.
10. Popkin BM. Global changes in diet and activity patterns as drivers of the nutrition transition. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2009;63:1-10; discussion 10-4, 259-68.
11. López de Blanco M, Carmona A. La transición alimentaria y nutricional: un reto en el siglo XXI. *An Venez Nutr* 2005;18;1:90-104.
12. Omram A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971;49:509-538.
13. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001;104:2746-2753.
14. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, et al. Global burden of cardiovascular diseases. Part II: variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation* 2001;104:2855-2864.
15. Dominguez LJ, Galioto A, Ferlisi A, et al. Ageing, lifestyle modifications, and cardiovascular disease in developing countries. *Journal of Nutrition, Health and Aging* 2006;10(2):143-149.
16. Frenck J, Frejka T, Bobadilla J, y col. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991;111:485-96.
17. Orden AB, Torres MF, Luis MA, y col. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional *Arch argent pediatr* 2005;103(3):205-211.
18. Duran P. Transición epidemiológica nutricional o el “efecto mariposa”. *Arch Argent Pediatr* 2005;103(3):195-197.
19. de Onís M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000;72:1032-1039.
20. Popkin BM, Richards MK, Monteiro CA. Stunting is associated with overweight in children of four nations that are undergoing the nutrition transition. *J Nutr* 1996;126:3009-3016.
21. Achor MS, Benítez Cima NA, Brac ES, y col. Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2007;168:34-38.