

Nueva evidencia sobre el efecto protector de los estilos de vida saludables

New evidence about the protective effect of healthy lifestyles

Quanhe Y y col. JAMA. 2012;307(12):1273-1283

Objetivos

Evaluar la asociación (y su tendencia en el tiempo), entre las variables asociadas a un estilo de vida saludable (VAEVS) y la morbi-mortalidad cardiovascular (CV) y global.

Las siete variables analizadas fueron: tener presión arterial normal, realizar actividad física, no fumar, tener parámetros de glucemia, colesterol y peso dentro de límites normales y consumir una dieta saludable.

Diseño

Cohorte retrospectiva, con análisis de tendencia*, de los datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (NHANES I, II y III) de EE.UU. que se realiza cada dos años. Para el análisis de tendencia fueron apareados en forma

probabilística los datos del NHANES III (1988-1994) con los provenientes de las estadísticas nacionales de mortalidad (NationalDeathIndex 2006).

Lugar

Estados Unidos de Norteamérica

Pacientes

Participaron en este trabajo 44.959 adultos mayores de 20 años. No fueron incluidas mujeres embarazadas ni personas institucionalizadas. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico de base poblacional. Ver las características de los participantes en la tabla 1.

Tabla 1: principales características de los integrantes de las cohorte NHANES analizadas en este trabajo.

Características de los participantes		NHANES 1988 a 94 n=16215	NHANES 1999 a 06 n=13097	NHANES 2005 a 10 n=15647
Edad promedio (IC95%)		45 (44 a 45,9)	45,6 (45,1 a 46,2)	46,8 (46,1 a 47,4)
Sexo % (IC95%)	Varones	48,2 (47,4 a 49)	48,8 (48,1 a 49,6)	49,0 (48,3 a 49,6)
	Mujeres	51,8 (51 a 52,6)	51,2 (50,4 a 51,9)	51,1 (50,4 a 51,7)
Etnia % (IC95%)	Blancos no-hispánicos	76,9 (74,4 a 79,2)	72 (68,7 a 75,1)	69,9 (66,2 a 73,4)
	Negros no-hispánicos	10,7 (9,6 a 11,9)	10,6 (8,8 a 12,7)	11,1 (9,4 a 13,0)
	Mejicanos-americanos	4,8 (4,1 a 5,6)	4,8 (4,1 a 5,6)	8,4 (6,7 a 10,4)
	Otra	7,7 (6,2 a 9,4)	7,7 (6,2 a 9,4)	10,7 (9,0 a 12,6)

Evaluación de factores pronósticos

Fueron analizadas los predictores de salud CV recomendados por la Asociación Norteamericana del Corazón, evaluados cada uno a través de una escala específica. Fue definido un punto de corte a partir del cual se los asumió como condición cumplida, lo que resultó en que cada una de estas siete VAEVS fuera categorizada en forma dicotómica.

Medición de Resultados Principales

Fueron evaluados como puntos finales la mortalidad por

cualquier causa, la mortalidad CV y la mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM).

Resultados Principales

Solo 2% (IC95%1,5 a 2,5%)de los participantes cumplían con las siete VAEVS entre 1988 y 1994; y 1,2% (IC95% 0,8 a 1,9%) entre 2005 y 2010.

Luego de una media de 14,5 años de seguimiento, entre los participantes del NHANES III, las muertes fueron 2673 por cualquier causa, 1085 por causa CV y 576 por causa isquémica. Ver tabla 2.

Tabla 2: riesgo relativo de mortalidad asociado a cada variable asociada a un estilo de vida saludable (comparado con su ausencia) luego de ajustar por el resto de las variables.

	Por cualquier causa (IC95%)	Por causa cardiovascular (IC95%)	Por causa isquémica (IC95%)
Ausencia de consumo de tabaco	0,49 (0,42 a 0,57)	0,50 (0,39 a 0,64)	0,48 (0,35 a 0,66)
Práctica de actividad física	0,85 (0,77 a 0,93)	0,77 (0,65 a 0,92)	7,8 (0,0 a 22,2)
Índice de masa corporal menor a 25 kg/m ²	1,04 (0,93 a 1,17)	1,05 (0,88 a 1,25)	1,16 (0,90 a 1,49)
Dieta con más de dos componentes saludables ^a	0,94 (0,83 a 1,07)	0,82 (0,67 a 1,02)	0,74 (0,55 a 0,98)
Colesterol menor a 200mg/dL	1,28 (1,15 a 1,42)	1,02 (0,87 a 1,21)	1,00 (0,79 a 1,30)
Tensión arterial menor a 120/80 mmHg	0,81 (0,68 a 0,95)	0,64 (0,47 a 0,8)	0,67 (0,39 a 1,13)
Hemoglobina glicosilada menor a 5,7 g/dL	0,73 (0,67 a 0,80)	0,71 (0,58 a 0,86)	0,71 (0,55 a 0,90)

^a Cada componente corresponde a frutas, verduras, pescado, granos ricos en fibras y bebidas reducidas en azúcar.

Entre quienes sólo cumplían con uno o menos de estas VAEVS, el riesgo absoluto ajustado por edad y sexo fue 14,8 (IC95% 13,2 a 16,6) muertes por cualquier causa/1000 persona-año; 6,5 (5,5 a 7,6) muertes por causa CV; y 3,7 (2,8 a 4,5) muertes por IAM; mientras que quienes cumplían con seis o más de estas VAEVS el riesgo absoluto de mortalidad fue 5,4 (3,6 a 7,3) por cualquier causa; 1,5 (0,5 a 2,5) por causa CV y 1,1 (0,7 a 2,0) por IAM. Los riesgos ajustados entre quienes cumplían seis versus un VAEVS de las siete evaluadas fue 0,49 (0,33 a 0,74) para mortalidad por cualquier causa, 0,24 (0,13 a 0,47) para mortalidad CV y 0,30 (0,13 a 0,68) para mortalidad por IAM. El riesgo poblacional atribuible fue de 59% (33

a 76%) para mortalidad por cualquier causa, 64% (28 a 84%) para mortalidad CV y 63% (5 a 89%) para mortalidad por IAM.

Conclusiones

La presencia de mayor cantidad de VAEVS se asoció a una reducción en mortalidad total y CV, destacándose la baja prevalencia de VAEVS en la población adulta de EE.UU.

Fuente de Financiamiento: no reportada.

Conflictos de intereses de los autores: declararon no tener conflictos de interés y aclararon no haber recibido remuneración por los análisis realizados.

Comentario

La Asociación Norteamericana del Corazón recomienda favorecer siete comportamientos para mejorar la salud y reducir la mortalidad por causa CV. La investigación que hemos resumido dejó al descubierto el beneficio de estos hábitos en términos de reducción en la mortalidad total y CV ya que el análisis de tendencia marcó que cuantos más indicadores de "hábitos sanos" presenten los adultos, su riesgo es significativamente menor.

Esta evidencia es consistente con la proveniente de otros trabajos similares. Por ejemplo, un trabajo de la Universidad de Cambridge analizó el impacto de fumar, beber alcohol, el sedentarismo y una dieta pobre en fruta y verdura sobre la mortalidad y permitió visibilizar que el cumplimiento de estos cuatro componentes del estilo de vida (comparado con el no cumplimiento) se asocia a una expectativa de vida 14 años mayor¹.

El punto sobresaliente en el que se detiene nuestra atención como profesionales es la llamativa baja prevalencia de estas prácticas saludables en la población, lo que pone en relieve la necesidad de sortear las barreras que dificultan cumplir con estos hábitos. Claro está que se trata de una problemática compleja y que excede ampliamente al ámbito de la acción de los profesionales de la salud. De hecho, hay trabajos y revisiones de ensayos clínicos que concluyen sobre el bajo o moderado

impacto que tiene el asesoramiento médico, respecto de las pautas de dieta y hábitos saludables^{2,3}, fundamentalmente en personas sanas.

Conclusiones de la comentadora

Los resultados de esta investigación marcan la necesidad de favorecer comportamientos saludables en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, promoviendo entornos laborales saludables, cambios urbanos que faciliten el desplazamiento a pie o en bicicleta, la oferta de alimentos saludables en lugares de comidas rápidas, la reducción del mayor costo que implica para las familias acceder a este tipo de alimentación y el desarrollo de estrategias educativas destinadas a que los consumidores aprendan a reconocer y a elegir productos de preferencia frescos y bajos en grasas trans y sodio.

Sin contar con el efecto que tiene actualmente la publicidad en nuestras prácticas cotidianas, el esfuerzo para promover y favorecer los comportamientos saludables debería ser multisectorial y orientado a un cambio integral para la sociedad.

*Ver glosario

VildaDiscacciati [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. vilda.discacciati@hospitalitaliano.org.ar]

Discacciati V. Nueva evidencia sobre el efecto protector de los estilos de vida saludables. *Evid Act PractAmbul.* Oct-Dic 2012. 15(4). 133-134.
Comentado de: Quanhe Yang, y col. Trends in Cardiovascular Health Metrics and Associations With All-Cause and CVD Mortality Among US Adult. *JAMA.* 2012;307(12):1273-1283).

Referencias

1. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med.* 2008 Jan 8;5(1):e12.
2. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD001561. DOI: 10.1002/14651858.CD001561.pub3.