Descargado el: 15-11-2026 ISSN 2221-2434

Puntos de vista

Factores de riesgo de las enfermedades crónicas: algunos comentarios

Risk Factors of Chronic Illnesses: Some Remarks

Alfredo Darío Espinosa Brito[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A. Factores de riesgo de las enfermedades crónicas: algunos comentarios. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 15]; 5(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/336

Resumen

La identificación de los factores de riesgo se realiza fundamentalmente a partir de las investigaciones conocidas como observacionales. Ahora bien, decidir si un factor de riesgo es realmente causal o no, requiere de un juicio crítico basado en todas las evidencias posibles; por lo que muchos prefieren llamarlos mejor, marcadores de riesgo, pues en ocasiones, están señalando o apuntando, de una manera explícita o no, a los verdaderos agentes causales, que no siempre son reconocidos a primera vista, sobre todo, para aquellos no familiarizados adecuadamente con el problema en estudio.

Palabras clave: enfermedad crónica, factores de riesgo

Abstract

The identification of risk factors is made fundamentally from investigations known like observational. Making a decision if a risk factor is really causal or not, needs a critical judgment based on all the possible proofs, so that many prefer to call them better, scoreboards of risk, at times, they are indicating in an explicit manner or not, the true causal agents, which are not always recognized at first sight, most of all, for those who are not familiarized adequately with the problem under consideration.

Key words: chronic disease, risk factors

Recibido: 2015-02-03 08:30:52
Aprobado: 2015-02-03 08:31:19

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

Hace poco, un amigo de cerca de 50 años, muy activo; que poco tiempo antes me había saludado con muy buen ánimo, me consultaba en la casa con gran preocupación reflejada en el rostro, que en un chequeo que le habían indicado, le encontraron cifras de triglicéridos por encima de los valores normales: 2,30 mmol/l (cifras aceptadas como normales: < 150 mg/dl. o < 1,95 mmol/l). Le dijeron que ese resultado era muy riesgoso, sobre todo para él, que tenía unas cuantas libras de más, fumaba unos 15 a 20 cigarros todos los días desde que era joven, estaba muy estresado, y mantenía una vida bastante sedentaria. Consultó al sobrino de otro amigo, que terminó recientemente la carrera de Medicina, que tiene fama de ser muy estudioso y estar actualizado, y este le recomendó tomar gemfibrozil que era, "lo último", para los triglicéridos (información que él ratificó en Internet), por lo que inmediatamente encargó el medicamento a un familiar en el extranjero que le envió un frasco de 60 tabletas, pues el producto no está disponible en el país, significándole que le había costado $149 *United States dollar* (USD) (por sus siglas en inglés). Ya con el frasco del mencionado producto en la mano, como garante de su futuro bienestar, mi amigo me preguntaba mi opinión sobre todo esto y la forma de cumplir con el tratamiento.

Evidentemente a él, hablando en términos coloquiales, "lo habían enfermado de pronto", al informarle su discreta desviación de las cifras de triglicéridos, de las que se consideran como normales en nuestros días. Y su excesiva preocupación lo ha llevado a asumir un rol de enfermo asustado, angustiado y, evidentemente, poco educado en el tema en cuestión.

Esta situación, que cada vez ocurre con mayor frecuencia en la actualidad, me permite hacer algunos comentarios sobre el riesgo, su manejo y, sobre todo, su ética. Este tema me atañe de muy cerca, porque he insistido mucho en las últimas décadas en la necesidad de tener en cuenta siempre los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles como información valiosa para llevar a cabo, sobre todo, acciones de promoción y de prevención de salud, tanto para las personas, como para los grupos de población que atendemos,[1,2] y que conste que no estoy contradiciendo la necesaria prescripción de fibratos, en los casos de hipertrigliceridemia, cuando ellos están indicados, que esa es otra historia.[3,4]

Paradójicamente, ninguno de los colegas que consultó, según me dijo también, le hizo ver a mi amigo de la conveniencia de controlar su peso a través de una dieta adecuadamente orientada, y del ejercicio físico regular, así como de la necesidad de eliminar el tabaquismo y buscar métodos apropiados para el afrontamiento del estrés, todos consejos mucho más útiles que controlar las cifras de triglicéridos ligeramente elevadas con el uso de medicamentos costosos, de difícil adquisición, no exentos de efectos adversos y que requieren de un uso prolongado.

Y esta no es solo una tendencia en nuestro país, sino de importantes documentos, donde se prefieren recomendaciones con la indicación temprana de medicamentos en formas ligeras de enfermedades, sobre todo crónicas, como: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, por plantear que las medidas no farmacológicas son difíciles de cumplir por los pacientes y de esa manera se garantiza su control.[5]

Otro ejemplo muy debatido en sus inicios, pero ahora aceptado en muchos países desarrollados, para beneplácito de la industria farmacéutica, es la recomendación que a partir de los 50 o 55 años y por toda la vida, de una tableta de *polypill* diaria para prevenir las enfermedades cardiovasculares Esa tableta, en diferentes formulaciones, contiene pequeñas dosis de una estatina, un diurético tiazídico, un betabloqueador (o un bloqueador de los canales del calcio, en algunas propuestas), un inhibidor de la enzima convertidora y aspirina. Sin embargo, como manifiesta un interesante artículo, hay muchas promesas, pero evidencias insuficientes de su beneficio, sin contar con los efectos adversos de tal coctel medicamentoso.[6,7]

La distorsión del método clínico hace que se tomen decisiones donde se incluyen recomendaciones esquemáticas, sin realizar un juicio clínico basado en todas las etapas del acto médico. En muchas ocasiones se actúa como el principio de acción-reacción: si están los niveles de triglicéridos elevados, automáticamente se recomienda el uso de gemfibrozil, indicación basada en algoritmos aprendidos instintivamente, sin individualizar en la persona que se tiene delante, con todas las características biopsicosociales particulares que lo conforman, y en el contexto en que se desenvuelve. Es la influencia de los algoritmos, las guías de práctica clínica, las vías clínicas, los protocolos, etc., que tienen sus ventajas, pero que hay que saberlos aplicar en cada caso particular.[8,9]

En los últimos 60 años se introdujo y luego se popularizó el concepto de factor de riesgo. Si bien ha sido un escalón importante en el conocimiento de la cadena causal de muchas situaciones de salud, su noción siempre ha estado unida a la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que puede o no acontecer, generalmente a largo plazo. Además, un factor aislado casi siempre es solo una pieza dentro de una red multicausal en la producción de una enfermedad y sus efectos dependerán mucho de la susceptibilidad individual de cada persona a esos factores.[10]

Entre las definiciones de factores de riesgo están: condiciones, anomalías, indicadores biológicos o hábitos, exposiciones a situaciones externas de diferente tipo; encontrados con mayor frecuencia en los que presentan determinadas enfermedades, incluyendo su aparición más temprana, que en los que no enferman de dichas entidades. Este concepto siempre es relativo, probabilístico y especulativo.[10,11]

La identificación de los factores de riesgo se realiza fundamentalmente a partir de las investigaciones conocidas como observacionales (estudio de casos y controles y estudios de cohortes). Ahora bien, decidir si un factor de riesgo es realmente causal o no, requiere de un juicio crítico basado en todas las evidencias posibles, por lo que muchos prefieren llamarlos mejor, marcadores de riesgo pues, en ocasiones, están señalando o apuntando, de una manera explícita o no, a los verdaderos agentes causales, que no siempre son reconocidos a primera vista, sobre todo, para aquellos no familiarizados adecuadamente con el problema en estudio.[10] Por ejemplo, muchos de los casos que tienen triglicéridos por encima de las cifras consideradas como normales se asocian con la presencia de obesidad o diabetes, que realmente son las condiciones primarias que producen secundariamente esos cambios bioquímicos.[3] Es decir, que los factores de riesgo describen exposiciones a las que se someten los individuos durante sus vidas, o son indicadores intermedios de determinadas situaciones, pero todos se basan en el concepto de probabilidad de que ocurran o no los eventos a los cuales se pretenden asociar, casi siempre a largo plazo en el caso de las enfermedades crónicas, y que de alguna manera pronostican. En otras palabras, riesgo no es sinónimo de enfermedad, por lo que su manejo tiene también una fuerte dimensión ética.

Los factores de riesgo no pueden ser tomados como criterios de valoración final en una persona. Esto no quiere decir que no se detecten, se vigilen y, en muchos casos, sean tributarios de conductas terapéuticas en el más amplio espectro.

Se insiste mucho menos por los médicos y el personal de la salud en general, en la identificación de los denominados factores protectores, entre los cuales, quizás los más importantes sean: la dieta adecuada, el ejercicio físico regular, el mantenimiento de un peso apropiado, contar con mecanismos exitosos de afrontamiento del estrés, horas de sueño convenientes, es decir, lo que antiguamente las abuelas mencionaban como una vida ordenada y más recientemente, como un estilo de vida saludable. Y es que ya desde la Biblia se ha trasmitido la idea de que no le hace falta el médico a los sanos, sino a los enfermos.

Es notorio que después que se produce de manera súbita algún evento serio, como por ejemplo, un infarto agudo de miocardio, los pacientes antes renuentes a una vida organizada, entonces dejan de fumar, comienzan a comer con poca grasa e introducen las frutas y los vegetales en su dieta, reducen la sal en las comidas y realizan ejercicios físicos indicados por los terapeutas. Todo esto lo sabían anteriormente, pero solo conocerlo no fue suficiente, había que incorporarlo a la cotidianidad, lo que solo se produce cuando el mensaje llega con un sello emocional importante. Pero, sin dudas, el impacto de estas intervenciones tardías es mucho menor, que cuando se incorporan desde temprano como parte de los estilos de vida de las personas, con fines de promoción/prevención, cuando todavía nada ha ocurrido.

Un tema siempre polémico relacionado con los factores de riesgo es el de la susceptibilidad individual. Por ejemplo, se calcula que el riesgo de desarrollar una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de cierta magnitud en los fumadores, es de alrededor de un 20 %. Pero hay un problema práctico, en la clínica habitual no se puede saber quién es el fumador que caerá o no en ese grupo, aunque nos podemos auxiliar por algunos elementos como los antecedentes familiares y quizás en el futuro por el estudio del genotipo de cada caso. En nuestros días es una situación similar a una ruleta rusa. Cuando recomendamos no fumar y privamos del placer que produce esta adicción en los que dicen que

los que no fumamos no entendemos, se pudiera decir que pagan justos por pecadores, pero es lo más sensato en la actualidad. Y es que el tabaquismo, como se sabe, no es para nada una necesidad para el ser humano, pues produce innumerables problemas y ya se acepta como enfermedad.

El 90 % de los tumores de pulmón están relacionados con el tabaquismo como factor de riesgo, pero, por otra parte, la mayoría de los que fuman nunca va a padecer este tipo de cáncer. En la población puede haber miles de fumadores y solo se diagnostican unas decenas de pacientes que desarrollan cáncer de pulmón, pues como se conoce, muchos otros factores también intervienen en su desarrollo. Es el conocido dilema entre la causa suficiente y la causa necesaria. Esta es la explicación para los que de manera inocente, o no, mencionan al centenario que conocen y que llegó a esa edad aunque siempre fumó. Pero, ¿a quiénes les tocará la papeleta premiada de padecer de esta afección, que generalmente se diagnostica de forma tardía, evoluciona mal y de manera dramática en poco tiempo, y que es además la primera causa de muerte evitable por tumores malignos en nuestro país?

En fin, que hay factores y factores de riesgo. Cómo utilizar este concepto teórico en la práctica profesional frente a cada uno de las personas que se atienden, es un reto siempre presente para los clínicos. También para los epidemiólogos cuando se trata de los grupos de la población.[12] Se hace necesario el debate, para el bien de nuestros pacientes y también el nuestro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Brito AD. Experiencias y resultados en el Proyecto Global de Cienfuegos. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(Supl):619-30

2. Espinosa Brito AD. Recomendaciones educativas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. Finlay [revista en Internet]. 2011;1(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/22/1178

3. Nasiff A, Pérez LM, Campos A, Dueñas A, Espinosa AD, Herrera A, et al. Primer consenso nacional de dislipoproteinemias: Guía para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Endocrinol. Suplemento de Endocrinología. 2006;17(4):1-31

4. Tenenbaum A, Klempfner R, Fisman EZ. Hypertriglyceridemia: a too long unfairly neglected major cardiovascular risk factor. Cardiovasc Diabetol. 2014;13(1):159

5. Gnjidic D, Le Couteur DJ, Hilmer SN. Discontinuing drug treatments. BMJ. 2014;349(1):7013

6. Fahey T, Brindle P, Ebrahim S. The polypill and cardiovascular disease. BMJ. 2005;330(7499):1035-6

7. Reddy KS. The preventive polypill — much promise, insufficient evidence. N Engl J Med. 2007;356(3):212

8. Colominas MG. Factores socioeconómicos y enfermedad cardiovascular. A propósito de la confección de Guías de Prevención. Rev Fed Arg Cardiol. 2005;34(2):235-48

9. Espinosa Brito AD. Guías de práctica clínica ¨herramientas¨ para mejorar la calidad de la atención médica. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2012;11(1):25-36

10. Ordúñez PO, Espinosa AD, Álvarez OM, Apolinaire JJ, Silva LC. Marcadores múltiples de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles. Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos, 1991-1992. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1993

11. Riegelman RK, Hirsch RP. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica [Internet]. Washington: OPS; 1992 [citado 23 Feb 2014]. Disponible en: http://publications.paho.org/product.php?productid=175

12. Espinosa AD, Ordúñez PO. Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(3):1-13