

La relación inversa entre ejercicio y enfermedad coronaria es dosis dependiente

Exercise Type and Intensity in Relation to Coronary Heart Disease in Men. Tanasescu M, Leitzmann M, Rimm E y col. *JAMA* 2002;288:1994-2000

Objetivo

Evaluar la relación entre la cantidad, intensidad y tipo de la Actividad Física (AF), y el riesgo de enfermedad coronaria (EC) en hombres.

Diseño

Estudio prospectivo de una cohorte de hombres, que respondieron un detallado cuestionario salud enviado en 1986 y re-enviado cada 2 años hasta 1998.

Lugar

Escuela de Salud Pública y de Medicina de Harvard y el Departamento de Medicina del Brigham and Women's Hospital, de Estados Unidos.

Población

Se evaluó una cohorte de 44 452 hombres enrolados en el Estudio de Seguimiento de Profesionales de la Salud de Estados Unidos, entre 40 y 75 años, que respondieron al cuestionario y que fueron seguidos en forma prospectiva.

Evaluación de los factores pronósticos y resultados principales

Se registraron factores de riesgo potenciales de EC, nuevos diagnósticos de EC, y AF recreativa. Se cuantificó en forma detallada la AF consignándola como el tiempo promedio semanal de cada actividad. Se realizó una categorización a la AF en quintiles de intensidad según los equivalentes de trabajo metabólico (METs). El entrenamiento con pesas comenzó a registrarse a partir de 1990. La caminata física fue dividida en tres categorías de acuerdo con la ve-

locidad del paso. El resultado primario evaluado fue nuevo infarto de miocardio o enfermedad coronaria fatal.

Resultados principales

Los hombres más activos tendieron a tener: un menor índice de masa corporal; a ser consumidores de menos cantidad de grasas totales y saturadas, mayor cantidad de fibra y alcohol, mayor cantidad de suplementos con vitamina E; y a tener menor prevalencia de tabaquismo e hipertensión.

Durante el seguimiento de 475 755 personas/año ocurrieron 1700 nuevos eventos cardiovasculares. Ajustado por edad, tabaquismo y otros factores de riesgo, el riesgo relativo (RR) de eventos disminuyó progresivamente desde el quintile de menor actividad total hacia el de mayor actividad. El RR comparando los quintiles extremos fue de: 0,70 (IC 95% 0,59-0,82). Analizando la intensidad del ejercicio la reducción del RR para el de alta intensidad fue de 0,83 (IC 95% 0,72-0,97) y de 0,94 para el ejercicio moderado (IC 95% 0,83-1,03) comparándolos con el ejercicio de baja intensidad con un valor de p para la tendencia = 0,02. El ejercicio de resistencia con pesas o máquinas (según se realizaba más de 30 minutos semanales o menos), demostró una disminución de RR del 17% para los de menos de 30 minutos y de 35% para los de más de 30 minutos ($p < 0,001$). Si bien el volumen total de caminata disminuyó el RR, la mayor reducción se obtuvo en los caminadores de paso intenso.

Conclusiones

El ejercicio tuvo una relación inversamente proporcional, dosis dependiente; con la aparición de enfermedad coronaria.

Fuente de Financiamiento: no referida.

Comentario

Los dos aspectos más novedosos del presente trabajo son la reducción del RR de eventos coronarios por el entrenamiento de resistencia y la importancia de la intensidad de la caminata más allá del volumen.

Asimismo, confirma algunos aspectos de la AF ya postulados: la estrecha relación del sedentarismo con la mortalidad cardiovascular, y la utilidad del la capacidad funcional como predictora de eventos cardiovasculares. Los resultados del estudio analizado permiten despejar dudas sobre el entrenamiento de fuerza resistencia (beneficioso desde todo punto de vista); la intensidad de la actividad (a mayor intensidad mayor beneficio); el volumen de la AF (no encontrándose que este sea el parámetro clave de la prescripción); y la intensidad del paso de la caminata (más importante que el volumen de las caminatas). No se pudieron obtener conclusiones sobre el ciclismo y la natación ya que fue muy

escasa la cantidad de sujetos de la cohorte que practicaban estas disciplinas.

Conclusiones del comentador: Los beneficios asociados con la actividad física son indiscutibles. En nuestro consultorio debemos estimular la práctica de la misma, conociendo la escasa cantidad de situaciones que la contraindican y que casi todos los tipos son útiles. Nuestras metas, como profesionales de la salud, deben ser la adherencia a largo plazo y lograr que el cambio de estilo de vida sea permanente. Debemos estimular a hacer lo que al paciente le gusta hacer; no proponer metas inalcanzables ni modelos ideales; orientar a la persona que nunca hizo ejercicio a encontrar la actividad que lo satisfaga. Por último, el hábito deportivo que nace en la niñez perdura en el tiempo, es muy difícil iniciar en el deporte a un adulto que nunca realizó ejercicio, por eso la prescripción debe ser lo más temprana posible.

Dr. Diego Iglesias [Servicio de Cardiología Hospital Italiano de Buenos Aires]