MESA DEL PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud

Moderador: *A. Martín Zurro*
Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS.

Presentación actividades PAPPS

A. Martín Zurro

Tablas de predicción del riesgo cardiovascular. ¿Cuál utilizar?

Riesgo cardiovascular

A. Maiques Galán
Grupo de Prevención Cardiovascular. PAPPS.

Nuevo sistema de cálculo del riesgo propuesto en las terceras guías europeas de prevención cardiovascular: SCORE

C. Brotons Cuixart
Grupo de Prevención Cardiovascular. PAPPS.

Resultados del Estudio VERIFICA sobre validación de tablas de Riesgo Cardiovascular en España

E. Comín Bertran
Comité científico del estudio VERIFICA (validación de las tablas del estudio REGICORE y SCORE).

Riesgo cardiovascular

A. Maiques Galán

Ideas principales

La tabla de Framingham selecciona más adecuadamente los pacientes que deberían recibir tratamiento con fármacos hipolipemiantes ya que:
- Existen pruebas científicas de la eficacia del tratamiento.
- El riesgo alto equivale al riesgo que tienen los pacientes de prevención secundaria.
- La relación coste efectividad es adecuada.

Resumen

La tabla de Anderson de 1991 está basada en el estudio de Framingham, calcula el riesgo coronario (angina estable, angina inestable, infarto de miocardio y muerte de causa coronaria) y la recomienda el PAPPS desde el año 1997. Un riesgo coronario alto ocurre cuando la probabilidad de padecer las enfermedades reseñadas es #> 20% a los 10 años y equivale al riesgo de los pacientes con angina estable. La eficacia del tratamiento con fármacos hipolipemiantes está claramente demostrada en los pacientes de riesgo coronario alto según este método y, además, la relación coste efectividad es adecuada.

La tabla del SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) se ha obtenido a partir de poblaciones europeas, calcula el riesgo de muerte cardiovascular (coronaria y arteriosclerótica no coronaria) y la recomiendan recientemente las Sociedades Europeas. Establece como riesgo alto un 5% de riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años. Se desconoce la equivalencia de este riesgo con el coronario, las características de los pacientes seleccionados por este método y, por lo tanto, si existen pruebas científicas que demuestren la eficacia del tratamiento hipolipemiante. Un porcentaje substancial de pacientes con riesgo coronario alto no serían considerados utilizando el riesgo de muerte cardiovascular.
La tabla del REGICOR (Registre Gironi del Cor) es una calibración para España de la tabla de Framingham y obtiene un riesgo coronario que es 2,3 veces inferior en mujeres y 2,7 veces en varones. Utilizar estas tablas para calcular el riesgo y el mismo concepto de riesgo alto (#> 20%) supondría no tratar, prácticamente, con estatinas en prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Se desconoce límite de riesgo más adecuado con estas tablas.

Nuevo sistema de cálculo del riesgo propuesto en las terceras guías europeas de prevención cardiovascular: SCORE

C. Brotons Cuixart

Ideas principales
- Nuevo sistema de cálculo de riesgo basado en estudios europeos.
- Predice eventos mortales, y el umbral de alto riesgo es ≥ 5%.
- Posibilidad de hacer futuras adaptaciones con datos propios de mortalidad.

Resumen

Las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular recomiendan un nuevo modelo para estimar el riesgo basado en el sistema SCORE *(Systematic Coronary Risk Evaluation*), que deriva de una gran base de datos de estudios prospectivos europeos y predice cualquier tipo de evento aterosclerótico mortal a lo largo de 10 años. En el SCORE se incluyen los siguientes factores de riesgo: sexo, edad, tabaco, presión arterial sistólica, colesterol total o la razón colesterol total/colesterol HDL. Dado que estas tablas predicen eventos mortales, el umbral de alto riesgo se establece en ≥ 5%, en lugar del ≥ 20% usado anteriormente en tablas que calculaban eventos coronarios.

Resultados del Estudio VERIFICA sobre validación de tablas de Riesgo Cardiovascular en España

E. Comín Bertran

Ideas principales
- La adopción de nuevas tablas para estimar el riesgo coronario y cardiovascular en nuestro medio se debe basar en estudios realizados en nuestra población.
- Un elemento esencial para la toma de decisiones es la validación de los nuevos instrumentos disponibles.

- La función de Framingham sobrestima el riesgo de la población española.
- La función de Framingham adaptada por REGICOR se ajusta mejor.
- A la distribución de acontecimientos observada en nuestro medio.

Resumen
El estudio VERIFICA se diseño para validar la capacidad predictiva de riesgo coronario de la función de Framingham adaptada por REGICOR a las características españolas y de la función SCORE para el riesgo de muerte cardiovascular. Se trata de un estudio de cohorte de 5.289 personas de 35 a 74 años de 9 CCAA seguida 5 años. La edad media fue 56,2 y 59,6% eran mujeres. La función de REGICOR se ajusta mejor a la distribución de acontecimientos observada que la de Framingham que la sobreestima > 2 veces. El bajo número de acontecimientos mortales impide una evaluación fiable de SCORE Se observa que la proporción de participantes con riesgo a 10 años ≥ 5% con SCORE (24,0% IC95% 22,8-25,2) es mayor que con Framingham ≥ 20% (18,4% IC 95% 17,2-19,4).

El comité Científico del Estudio Verifica esta formado por:
Jaume Marrugat, Eva Comín Bertrán, Carmen Cabezas Peña, Joan Gené Badía, Carles Brotons Cuixart, Arantxa Catalán Ramos, Ramon Ciurana Misol, Ferran Cordón Granados, Pascual Solanas Saura, Clara Pujol, Joan Sala Montero, Rafael Masiá Martorell y Rafael Ramos.

Aspectos éticos de la prevención

Ética y prevención

A. Planes Magriñà
Director SAP Osona. Vic. Barcelona. Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Roser Marquet Palomar
EAP Canet de Mar. Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Ética y prevención

A. Planes Magriñà y R. Marquet Palomar

Ideas principales
- Aunque estemos muy convencidos de las bondades de la prevención es bueno reflexionar sobre las implicaciones éticas de su aplicación práctica.
- Autonomía y justicia: beneficio individual y colectivo... ¿Un conflicto?
- El peligro de medicalizar: de sanos a enfermos. ¿Y el resto del mundo...?

Resumen
Reflexionamos acentuando dudas razonables:
Evidencia, lealtad al paciente, justicia, conflicto de interés.
- ¿Es veraz la evidencia?
- Existen problemas prevenibles sobre los que no se investiga
- ¿Actuamos mucho sobre muy sanos y poco sobre débiles?
- Cobrar por prevenir ¿nos genera un conflicto de interés?

Beneficio individual y comunitario. Información y intimidad
- ¿Informamos de riesgos individuales?
- ¿Cómo informamos al paciente? ¿Paternalistas y coercitivos?
- El cribaje poblacional ¿respeta la intimidad?
- ¿Y si no participa el porcentaje de población necesario? ¿Hay que poner límites a la autonomía en el contexto de la salud pública?

Autonomía, justicia, deber de no abandonar
- ¿Debemos costear la atención de quienes rechazan la prevención?
- ¿Seguimos atendiendo a quien se niega a seguir la recomendación?

Medicalización
- ¿Convertimos en enfermos a quienes se sentían sanos?
- <Mientras, en el mundo muchos mueren de hambre, SIDA y enfermedades banales; llegan a esperanzas de vida de sólo 33 años.