



EDITORIAL

Prevención cardiovascular: más evidencias

Cardiovascular prevention: more evidence

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la causa más importante de morbilidad en España. De hecho, se estima que aproximadamente una de cada tres muertes se deben a las ECV, siendo la cardiopatía isquémica la causa más importante¹. Por otra parte, como consecuencia del envejecimiento de la población y de la cada vez mayor prevalencia de obesidad, diabetes y sedentarismo en los niños y jóvenes, es muy probable que esta situación empeore en los próximos años².

En consecuencia, todas aquellas medidas encaminadas a la identificación precoz de las poblaciones con un elevado riesgo cardiovascular se hacen imprescindibles para así poder reducir la morbilidad en estas poblaciones. En el presente número de la *Revista Clínica Española* se publican 2 trabajos muy interesantes, que con este propósito se han centrado en 2 poblaciones diferentes, pero con un gran riesgo de presentar eventos cardiovascular y de gran interés para el clínico: los pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y aquellos con síndrome metabólico y enfermedad coronaria estable^{3,4}.

Afortunadamente, el tratamiento antirretroviral ha hecho que el VIH pase de ser una enfermedad mortal en pocos años a una enfermedad crónica, de tal forma que la supervivencia de los enfermos tratados en nuestro país cada vez se aproxima más a la de la población general. Del mismo modo, las causas de mortalidad han cambiado en esta población, desde las infecciones y las neoplasias hace unos años, a las ECV en la actualidad⁵. Esto se debe, probablemente, al envejecimiento vascular prematuro asociado al tratamiento antirretroviral y al propio VIH, pero también a que en esta población cada vez es más prevalente la presencia de factores de riesgo cardiovascular⁶. Dado que el tratamiento antirretroviral es necesario, se hace imprescindible por parte del médico la identificación precoz de los factores de riesgo cardiovascular así como la estratificación de riesgo en la población con VIH, para así poder alcanzar los objetivos de control y mejorar el pronóstico cardiovascular de estos pacientes. Sin embargo, aunque cada vez hay una mayor preocupación por la importancia que tiene la ECV en

el paciente VIH, todavía es necesaria una mayor concienciación por parte de la profesión médica hacia este problema y que será más importante en la población con VIH a medida que el tratamiento antirretroviral resulte más eficaz. En este contexto, el trabajo presentado en este número de *Revista Clínica Española*³ tiene especial relevancia, máxime si se tiene en cuenta que se realizó en un centro penitenciario, población en la que la prevención cardiovascular no es el principal motivo de preocupación. Los principales resultados de este estudio muestran que los pacientes penitenciarios, con infección VIH, tienen una prevalencia significativamente mayor de tabaquismo, diabetes mellitus, niveles bajos de colesterol-HDL y elevados de triglicéridos, así como un mayor consumo de cocaína y de infección por el virus de la hepatitis C. Globalmente, el número medio de factores de riesgo cardiovascular fue superior en los enfermos con VIH que en los sujetos penitenciarios sin VIH (5,5 frente a 4,3, respectivamente; $p < 0,0001$). A pesar de ello, la estimación de riesgo para toda la población, independientemente de la presencia del VIH, fue baja según las ecuaciones SCORE y REGICOR^{7,8}. De hecho, tan sólo un 1,3% de la población penitenciaria, según la ecuación de Framingham, mostraron un riesgo cardiovascular elevado.

¿Cómo es posible que con un número tan elevado de factores de riesgo CV, el riesgo CV sea tan bajo? Esto se debe a que en las escalas SCORE, REGICOR y Framingham, la edad tiene una gran importancia. La edad media de los pacientes analizados en este estudio fue de 38 años en ambos grupos. Pues bien, si tomamos como ejemplo las tablas de estratificación de riesgo de REGICOR⁸, un paciente varón de esta edad con un colesterol total $> 290 \text{ mg/dL}$, una presión arterial $> 160/100 \text{ mmHg}$ y fumador, tendría un riesgo de infarto de miocardio a 10 años del 6%, porcentaje que subiría al 9% en el caso de que además padeciese diabetes. Es decir, no llegaría siquiera a tener un riesgo moderado, siendo evidente que si no se hiciese ningún tipo de intervención la probabilidad de que este sujeto presentase un evento cardiovascular es elevada, sino en los próximos 10 años sí en la década siguiente. En consecuencia, la estratificación

clásica del riesgo cardiovascular en la población joven infravalora el riesgo cardiovascular real a largo plazo. Dado que la población VIH, sobre todo los internados en centros penitenciarios, es en general bastante joven, tal vez se debieran aplicar otras escalas de riesgo más acordes con su edad. Por ejemplo, en el proyecto SCORE se aconsejó corregir el riesgo estimado para la población joven y emplear el riesgo relativo en lugar del riesgo absoluto⁷. Más recientemente se ha propuesto una ecuación de riesgo para calcular la edad vascular teniendo en cuenta la edad, el colesterol total, colesterol HDL, la presión arterial sistólica, el hábito de fumar y la diabetes⁹. Así, en el hipotético caso del paciente penitenciario de 38 años, la edad vascular sería de 64 años, y de 76 años en el caso de que padeciese diabetes. Es probable, que esta información condicione al paciente y al médico hacia una actitud más activa a la hora de poner en marcha todas las medidas encaminadas a mejorar la prevención cardiovascular.

En el otro trabajo presentado en este número de *Revista Clínica Española*⁴, Lahoz y colaboradores analizaron, en pacientes con enfermedad coronaria estable diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y el manejo terapéutico, según la presencia o no de síndrome metabólico. Aproximadamente el 38% de los sujetos cumplieron criterios de síndrome metabólico. Es decir, que en esta población es relativamente frecuente la presencia del síndrome metabólico y mucho más prevalente en comparación con sujetos sin ECV previa, que oscila entre el 10% y el 23%¹⁰. En consecuencia, ante un paciente con cardiopatía isquémica hay que pensar en esta patología asociada.

Hace relativamente pocos años Kahn y colaboradores¹¹ realizaron una revisión crítica del síndrome metabólico, incluso cuestionando su propia existencia. ¿Simplemente es una conjunción de distintos factores de riesgo cardiovascular en un determinado tipo de pacientes o realmente hay algo más, y el síndrome metabólico existe como entidad independiente? Aunque la etiopatogenia del síndrome metabólico es compleja, la resistencia al efecto hipoglucemiantre de la insulina parece encontrarse en la base de los sujetos predispuestos, de forma predominante en los sujetos con obesidad central^{12,13}. Por otra parte, en el síndrome metabólico la asociación de los componentes que lo definen es más frecuente que la explicada por el simple azar, y en consecuencia suscita la posibilidad de que sea una entidad independiente, confiriendo al paciente con síndrome metabólico un elevado riesgo de presentar complicaciones cardiovascular¹⁴. Otra cosa es si los médicos somos capaces de identificar esta entidad en todos los casos o si la tratamos con la intensidad que requiere.

En el artículo de Lahoz y colaboradores⁴ se pone de manifiesto que los pacientes con síndrome metabólico tienen significativamente una mayor prevalencia e intensidad de los factores de riesgo cardiovascular, así como una mayor comorbilidad cardiovascular. Además, a pesar de recibir un mayor número de antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos, las tasas de control de presión arterial, colesterol LDL y de hemoglobina glicada en diabéticos fueron mucho peores en los pacientes sin síndrome metabólico. Es evidente que la presencia de cardiopatía isquémica ya confiere un elevado riesgo cardiovascular. En este contexto, algunos podrían pensar que no tiene sentido la identificación del síndrome metabólico, ya que la presencia del mismo no

iba a aumentar el riesgo cardiovascular, puesto que ya de por sí el riesgo es elevado. Sin embargo, como demuestran los resultados de este trabajo, la identificación de síndrome metabólico aporta una información adicional. Son pacientes de mayor riesgo, y a la vista de los resultados de las tasas de control de los distintos factores de riesgo cardiovascular, aunque estén tomando más fármacos, claramente están siendo infratratados. Esto también se ha observado en otras poblaciones, como aquellos sujetos con hipertensión arterial¹⁵. Por tanto, es importante identificar el síndrome metabólico en sujetos con cardiopatía isquémica; constituyen una subpoblación de especial riesgo, necesitan un tratamiento más intensivo, y en ellos es más difícil el control de los distintos factores de riesgo cardiovascular.

Los resultados de estos 2 trabajos, publicados en este número de *Revista Clínica Española* deberían animarnos a seguir investigando e identificando a aquellos sujetos que presentan un especial riesgo cardiovascular con el objetivo de mejorar el pronóstico de estos pacientes mediante una aproximación global del problema.

Bibliografía

1. Informe Sociedad Española de Cardiología 2009. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2007. Madrid. Instituto Nacional de Estadística; 2009. www.ine.es. (última consulta octubre de 2009).
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047–53.
3. Minguez C, Vera EJ, García-Guerrero J, Rincón S, Martínez-Rodríguez C, Herrero A. Factores de riesgo vascular en pacientes infectados por el VIH en un centro penitenciario. *Rev Clin Esp*. 2011;211:1–8.
4. Lahoz C, Mostaza JM, Mantilla MT, Taboada M, Tranche S, Martín-Jadraque E. Síndrome metabólico y enfermedad coronaria estable: utilización de fármacos cardiovasculares y objetivos terapéuticos. *Rev Clin Esp*. 2011;211:9–16.
5. Palella Jr FJ, Baker RK, Moorman AC, Chmiel JS, Wood KC, Brooks JT, et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and diseases in the HIV Outpatient Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;43:27–34.
6. De Socio GV, Parruti G, Quirino T, Ricci E, Schillaci G, Adriani B, et al. Identifying HIV patients with an unfavorable cardiovascular risk profile in the clinical practice: results from the SIMONE study. *J Infect*. 2008;57:33–40.
7. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987–1003.
8. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:634–8.
9. D'Agostino Sr RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2008;117:743–53.
10. Alegria E, Cordero A, Laclaustra M, Grima A, León M, Casasnovas JA, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en población laboral española: Registro MESIAS. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:797–806.
11. Kahn RH, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal. *Diabetes Care*. 2005;28:2289–304.

12. Reaven GM. Insulin resistance, cardiovascular disease, and the metabolic syndrome: how well do the emperor's clothes fit? *Diabetes Care.* 2004;27:1011–2.
13. Alberti KGMM, Zimmet PZ, Shaw JE. The metabolic syndrome—a new world-wide definition from the International Diabetes Federation consensus. *Lancet.* 2005;366:1059–62.
14. Wilson PW, D'agostino RB, Parise H, Sullivan L, Meigs JB. Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. *Circulation.* 2005;112:3066–72.
15. Barrios V, Escobar C, Calderón A, Llisterri JL, Alegría E, Muñiz J, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with

hypertension being treated in general practice in Spain. An assessment of BP and LDL-C control, and accuracy of diagnosis. *J Cardiometab Syndr.* 2007;2:9–15.

L. Manzano

*Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Riesgo Vascular,
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón
y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid, España*

Correo electrónico: luis.manzano@uah.es.

Disponible en Internet el 23 de diciembre de 2010