

Riesgo cardiovascular

J. R. Banegas Banegas, E. López García y F. Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid.

Las enfermedades cardiovasculares son, y lo van a seguir siendo en un futuro próximo, la principal causa de muerte en España y sus Comunidades Autónomas, especialmente a partir de los 70 años de edad. En efecto, actualmente en España las enfermedades cardiovasculares ocasionan el 37% de todas las defunciones (32% en varones y 43% en mujeres), y están todavía muy por encima de la segunda causa de muerte, los tumores malignos.

El riesgo de morir por las enfermedades cardiovasculares (es decir, las tasas estandarizadas por edad) está disminuyendo en España desde mediados de los años setenta, debido al descenso de la mortalidad cerebrovascular y, en menor medida, de la mortalidad coronaria. Los cambios en la mortalidad reflejan a su vez cambios en la incidencia y en la letalidad de la enfermedad. En el caso concreto de la enfermedad coronaria, la incidencia (casos nuevos, asociados a los factores de riesgo) ha aumentado, y el descenso actual del riesgo de muerte se debería, por tanto, a una disminución de la letalidad (casos letales, asociados a la atención médica).

A pesar del descenso del riesgo de muerte cardiovascular, el número absoluto de muertes por algunas enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria, ha aumentado, sobre todo en los grupos de mayor edad. Esta es la percepción que se tiene en la clínica, donde se ve cómo se incrementan el número de consultas, ingresos y defunciones por esta enfermedad. Ello es debido fundamentalmente al envejecimiento de la población y, por ello, el impacto demográfico, sanitario y social de esta enfermedad previsiblemente aumentará a lo largo de las próximas décadas.

Además, la evolución desfavorable en España de algunos factores de riesgo cardiovascular, como la dieta rica en grasas saturadas en algunos grupos de la población, la colesterolemia, la obesidad en ambos sexos, el tabaquismo en la mujer, y probablemente la diabetes mellitus, podría, a pesar de las mejoras en la atención médica o en la detección y tratamiento de la hipertensión arterial, provocar

una reversión del actual descenso del riesgo de muerte cardiovascular e incluso aumentarlo en los próximos años. Sin embargo, hay evidencias científicas de que esta situación puede mejorar si se afronta de manera adecuada.

Los factores de riesgo clásicos o mayores de las enfermedades cardiovasculares tienden a asociarse. Ello se ha constatado en diversos estudios realizados en población general en España y otros países. También se ha comprobado en estudios en el ámbito de la Atención Primaria. Así, en un estudio realizado en Atención Primaria en España se observó que un 31% de los pacientes de edades medias que acuden a la consulta del médico de familia tienen dos factores de riesgo cardiovascular, y un 6% tres factores de riesgo cardiovascular, considerando la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. Algunos factores de riesgo tienden a agruparse o formar un *cluster* debido a que están metabólicamente ligados. De este modo es típico el *cluster* de obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemia, que constituye el llamado síndrome metabólico o síndrome de resistencia a la insulina, que puede llegar a ser muy frecuente en edades medias y avanzadas de la vida.

Además, los factores de riesgo mayores interaccionan, y el efecto o riesgo de la exposición simultánea a varios de estos es mayor que el esperado bajo la acción independiente de cada uno de ellos, tal como muestran los hallazgos del estudio de Framingham. Este hecho tiene dos importantes implicaciones para la prevención. En primer lugar, cuando un sujeto presenta simultáneamente dos factores de riesgo que interaccionan, la intervención sobre uno de ellos producirá una parte considerable de los beneficios derivados de la intervención sobre los dos. En concreto, la intervención sobre un factor de riesgo reducirá el riesgo debido al propio factor y a la interacción. En segundo lugar, la prevención basada en la valoración y tratamiento de factores de riesgo "individuales" es ineficiente y engañosa. Esta aproximación a menudo tranquiliza falsamente o alarma innecesariamente a candidatos potenciales de enfermedad cardiovascular, porque el peligro de tales eventos para cualquier factor de riesgo varía ampliamente dependiendo de la carga de factores de riesgo asociados. En este sentido, un desafío actual es implementar de una manera eficiente, clínica y económicamente, programas preventivos de la enfermedad cardiovascular inicial y sus secuelas usando una valoración multivariada del riesgo di-

Correspondencia: J. R. Banegas.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
Avda. Arzobispo Morcillo s/n.
28029 Madrid.
Correo electrónico: joseramón.banegas@uam.es

rigida a identificar candidatos de alto riesgo absoluto, de modo que menos sujetos tengan que ser tratados para prevenir un evento, ya que la terapia indiscriminada centrada en factores de riesgo aislados requiere que cientos de sujetos tengan que ser tratados para prevenir un evento.

En definitiva, merece la pena actuar sobre los factores de riesgo cardiovascular, siquiera sea aisladamente, pero el mayor beneficio se obtiene de la consideración del conjunto de los factores de riesgo que presenta un individuo, es decir, de su riesgo absoluto global. Más específicamente, la identificación de personas con varios factores de riesgo en niveles límite (presión arterial normal-alta o cifras de 130-139/84-89 mmHg, colesterol de 200-240 mg/dl, sobrepeso o índice de masa corporal de 25-29,9 kg/m², etc.) es importante, pues tales personas tienen un alto riesgo y ocasionan una parte muy considerable de los eventos cardiovasculares en la población general.

No hay que olvidar tampoco la singularidad de algunos factores de riesgo aislados como el consumo de tabaco, incluyendo el tabaquismo pasivo, que al estar implicado en la génesis de muchas enfermedades crónicas, su prevención y control puede a menudo contribuir a reducir el riesgo de padecer las mismas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, tumores malignos, etc.).

Para ilustrar la utilidad del manejo de un factor de riesgo cardiovascular a la luz de los demás, pero teniendo en cuenta el riesgo absoluto global, utilizamos como ejemplo la hipertensión arterial. La elevación de la presión arterial es un potente factor de riesgo cardiovascular, independiente de la presencia o ausencia de otros factores que predigan la probabilidad de la enfermedad. Sin embargo, el riesgo asociado a la hipertensión se modifica sustancialmente según la presencia e intensidad de otros factores de riesgo. Por consiguiente, el beneficio o reducción absoluta del riesgo tras el tratamiento antihipertensivo se hace progresivamente mayor al aumentar el riesgo absoluto. Del mismo modo, la eficiencia clínica del tratamiento antihipertensivo (inversa de la reducción absoluta del riesgo tras el tratamiento), se hace también mayor (menos sujetos a tratar por unidad de beneficio) al aumentar el riesgo absoluto.

De todas formas, hay que considerar el valor relativo de evitar episodios cardiovasculares en las diferentes edades de la vida. En este sentido, en un reciente metaanálisis basado en 7 ensayos clínicos sobre tratamiento de la hipertensión moderada (90-114 mmHg de presión diastólica) en personas jóvenes o de edad media, el tratamiento antihipertensivo ejercía una influencia favorable en la expectativa de vida en pacientes de edad media con un riesgo basal de mortalidad relativamente alto; mientras que el tratamiento farmacológico en los hipertensos con un nivel bajo de riesgo de mortalidad no tenía influencia. En cuanto al anciano, con la terapia antihipertensiva se beneficia de una mayor reducción de la morbilidad absoluta que los jóvenes. Sin embargo, hay que tener en cuenta la importancia de los demás factores de riesgo; por ello los beneficios acumulativos a largo plazo en las personas más jóvenes, con una esperanza de vida mayor, pueden exceder a los obtenidos por los mayores.

Esta visión a largo plazo del riesgo cardiovascular ha servido para matizar las recomendaciones habituales de intervención basadas en el cálculo del riesgo a corto-medio plazo (las ecuaciones de Framingham, muy usadas para dirigir la prevención según la magnitud del riesgo, lo calculan habitualmente sólo a lo largo de 10 años). Por ello, las recientes recomendaciones de las sociedades científicas europeas calculan en los jóvenes cuál será el riesgo derivado de sus factores de riesgo cuando alcancen los 60 años, e incluyen ese cálculo en la toma de decisiones. Este mismo planteamiento se ha asumido recientemente por la Asociación Americana del Corazón, distinguiendo en sus estrategias de prevención primaria los sujetos de alto riesgo a corto y largo plazo.

Globalmente, pues, y con los matices apuntados, es importante la valoración cuantitativa del riesgo multivariado. La Atención Primaria de salud debe desempeñar un papel activo importante en este terreno. Para ello se han desarrollado métodos para medir el riesgo de una enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica o insuficiencia cardíaca), basados en los datos del estudio de Framingham o de otros estudios. Ello facilita estimar la probabilidad o riesgo de un evento en función de los factores de riesgo cardiovascular de cada paciente. Además, permite conocer qué cantidad de sujetos están en diferentes niveles de riesgo en la población. El riesgo cardiovascular permite también establecer las prioridades de prevención cardiovascular y decidir la intensidad de la intervención con la introducción o no de los tratamientos reductores de los factores de riesgo. No obstante, los valores más altos de los factores de riesgo, como puede ser una hipercolesterolemia superior a 300 mg/dl o una hipertensión con cifras >160/100 mmHg, requieren una evaluación particular independientemente del riesgo coronario. En estos valores más extremos del factor de riesgo el cálculo del riesgo coronario tiene menos exactitud. Por último, hay que destacar que se dispone de guías útiles para facilitar el manejo según el riesgo absoluto de los pacientes en Atención Primaria (por ejemplo, las del programa PAPPs, citada en la referencia bibliográfica de Maiques et al).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. Un update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991;83:356-62.
- Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J, et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Pub* 1993;67:419-45.
- Banegas JR, Estapé J, González J, López V, Pardell H, Salvador T, et al. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. *Semergen* 1999;25:702-11.
- Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith Jr S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999;100:1481-292.
- Hoes A, Grobbee D, Lubsen J. Does drug treatment improve survival? Reconciling the trials in mild-to moderate hypertension. *J Hypertension* 1995;13:805-11.

- Labarthe DR. Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases. A global challenge. Gaithersburg Md: Aspen Publishers; 1998.
- Mata I, López L, Heras M, Banegas JR, Marrugat J, Villar F, et al. Cardiopatía isquémica en España. Análisis de la situación 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Cardiología; 2001.
- Maiques A, Villar F, Banegas JR, Brotons C, Torcal J, Ortega R, et al. Guía de prevención cardiovascular. Madrid: PAPPs/Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1996. 2ª edición 2002. En prensa.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, 1999.
- Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar P, Rey-Calero J. Factores de riesgo cardiovascular clásicos y "emergentes": implicaciones para la investigación y la prevención. Clin Invest Arteriosclerosis 2001;13 Suppl 1:15-22.
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Task Force on the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J 1997;18:1231-48.
- Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR. Reducir las enfermedades cardiovasculares. En: Álvarez Dardet C, Peiró S, editores. La Salud Pública ante los Desafíos de un Nuevo Siglo. Informe SESPAS 2000. Madrid: SESPAS; 2000.
- Wood D, de Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998;19:1434-503.