

Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo?



Carlos Brotons

Unidad de Investigación. EAP Sardenya. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.

Actualmente, en España la cardiopatía isquémica es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31%). Este porcentaje es mucho mayor en varones (40%) que en mujeres (24%). La segunda causa de muerte cardiovascular la constituye la enfermedad cerebrovascular, que representa cerca de la tercera parte (29%) de la mortalidad cardiovascular global. Este porcentaje es mayor en las mujeres (31%) que en los varones (26%). De toda la enfermedad cerebrovascular, el 21% es hemorrágica, el 15% oclusiva y el 64% se cataloga como otra enfermedad cerebrovascular o como mal definida¹.

El conocimiento de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares permite su prevención. Los tres factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son el consumo de tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Además, se pueden considerar otros factores como la diabetes, la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes familiares y los factores psicosociales. La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo.

Aunque varios autores habían señalado que la enfermedad coronaria ocurría en un 50% de las ocasiones en ausencia de cualquiera de los factores de riesgo cardiovascular considerados mayores o no era atribuible a ninguno de ellos^{2,3}, recientemente se han publicado diversos estudios que han demostrado que los factores de riesgo clásicos siguen teniendo en realidad un peso importante⁴. Greenland et al⁵, a partir de tres estudios de cohortes que sumaban en total 386.915 varones y mujeres, con un seguimiento entre 21 y 30 años, observaron que, para los episodios mortales de enfermedad coronaria, entre un 87 y un 100% de los pacientes tenían al menos un factor de riesgo mayor. Para los episodios no mortales, se observó en un 92% de los varones y en un 87% de las mujeres la exposición previa al menos a un factor de riesgo. Khot et al⁶, a partir de los datos de 122.458 pacientes diagnosticados de enfermedad coronaria incluidos en 14 ensayos clínicos internacionales, observaron que al menos uno de los cuatro factores de riesgo convencionales estaba presente en un 81% de los varones y en un 85% de las mujeres. Yusuf et al⁷, en un estudio de casos y controles realizado en 52 países de todo el mundo, observaron que los factores de riesgo clásicos, a los que se añadían la relación apolipoproteína B/apolipoproteína A₁, la obesidad

abdominal, los factores psicosociales, el consumo de frutas, verduras y alcohol, y el ejercicio físico explicaban más del 90% de los infartos.

Por lo tanto, todos los estudios realizados con el objetivo de conocer cuál es el control de los factores de riesgo cardiovascular convencionales en atención primaria —el ámbito donde mayoritariamente se diagnostican y sigue a estos pacientes— están plenamente justificados. En este sentido, el estudio PREVENCAT⁸ es un estudio importante porque incluye una muestra de más de 2.600 pacientes (aunque los autores habían previsto inicialmente 3.000) de prácticamente todas las comunidades autónomas del Estado español, y porque se trata de una población obtenida directamente de las consultas de atención primaria. Se seleccionó a los pacientes siguiendo el criterio de que al menos estuvieran diagnosticados de algún factor de riesgo cardiovascular, por lo que estrictamente no es una muestra representativa de los pacientes atendidos en la atención primaria. Sin embargo, si tenemos en cuenta que alrededor de un 90% de los varones y un 78% de las mujeres que se visitan en atención primaria tienen al menos el diagnóstico de un factor de riesgo⁹, la población del estudio PREVENCAT refleja muy bien a los pacientes atendidos en la práctica asistencial real.

Es interesante el análisis que hacen los autores al evaluar el grado de control de los factores de riesgo en toda la población, y también el grado de control de otros factores de riesgo en pacientes ya diagnosticados con un factor de riesgo. De esta manera, es fácil darse cuenta del número de pacientes diagnosticados de un factor de riesgo pero que además tenían otro no controlado ni diagnosticado previamente. Por ejemplo, de los pacientes que teóricamente sólo estaban diagnosticados de hipercolesterolemia, un 18% tenía además un mal control de la presión arterial (cifras mayores de 140/90 mmHg); de los pacientes que sólo estaban diagnosticados de diabetes, un 47,5% tenía un mal control de la presión arterial (cifras superiores a 130/85 mmHg); entre los pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia y diabetes, un 52% también tenía un mal control de la presión arterial. Este hecho ilustra 2 cosas: la primera, que posiblemente exista un infradiagnóstico de los factores de riesgo y, en este caso concreto, de la hipertensión arterial, y la segunda, que todavía existen casos en los que se siguen controlando los factores de riesgo sin tener en cuenta otros posibles factores asociados y, por tanto, no se está valorando el riesgo cardiovascular global de los pacientes. Esta última cuestión es la más importante, porque si se pensara más en el riesgo global de los pacientes que en los factores de riesgo de una manera aislada existiría sin duda menos infradiagnóstico de los «otros» factores de riesgo y el manejo de los pacientes, sobre todo desde un punto de vista terapéutico, sería más racional.

En un estudio recientemente publicado sobre la utilización del riesgo cardiovascular en atención primaria¹⁰ se observó indirectamente que no se estaba utilizando plenamente el riesgo cardiovascular para el tratamiento de las dislipemias,

Correspondencia: Dr. C. Brotons.

EAP Sardenya.

C/ Sardenya, 466. 08035 Barcelona. España.

Correo electrónico: cbrotons@eapsardenya.net

Recibido el 17-11-2004; aceptado para su publicación el 1-12-2004.

ya que sólo el 43% de los pacientes de riesgo alto –siguiendo las recomendaciones entonces vigentes– recibían tratamiento con hipolipemiantes, mientras que un 24% de los pacientes de riesgo bajo estaban teóricamente sobretratados.

Hay algunas cifras del estudio PREVENCAT que, aunque ya conocidas por otros estudios, no dejan de ser alarmantes, como es que un 70% de la población fuera obesa (índice de masa corporal mayor de 27 kg/m)², y más sabiendo que ésta puede estar asociada a los tres factores de riesgo –hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes– y que su mejora puede ayudar a controlarlos y, por tanto, a mejorar el riesgo cardiovascular de los pacientes.

Otro aspecto a destacar de los resultados de este estudio es que, según el Adult Treatment Panel III National Cholesterol Education Program, alrededor de un 28% de la población tenía un riesgo alto (superior al 20%), y más de la mitad de los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico. Sería interesante aplicar también las tablas clásicas de Framingham¹¹, o las calibradas para la población española¹² o las del Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) de países de bajo riesgo^{13,14}, que son las que se utilizan con más frecuencia en el ámbito de la atención primaria para poder comparar la prevalencia de alto riesgo con otros estudios. De hecho, en el estudio antes comentado, aunque tratándose de una población diferente pero también al menos con un factor de riesgo, el porcentaje de pacientes de riesgo igual o superior al 20% según las tablas clásicas de Framingham (la recomendada cuando se realizó el estudio) era de un 20,2%. En un estudio publicado recientemente en esta misma revista¹⁵ realizado en una población obtenida de las consultas de atención primaria, el porcentaje de pacientes de riesgo alto según la ecuación de Framingham clásica era del 8,4%, y según el SCORE para países de bajo riesgo, del 5,5%. El perfil de estos pacientes de riesgo alto es diferente según se aplique un método u otro, por lo que las consecuencias clínicas (de manejo de los pacientes) también ahora serán diferentes. La prevalencia del síndrome metabólico en la población general oscila entre un 15 y un 24% según los estudios y las definiciones utilizadas. En el estudio PREVENCAT, al tratarse de una población al menos con un factor de riesgo cardiovascular, es lógico encontrar una prevalencia tan alta como el 50%. Es importante que en los futuros estudios de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular se evalúe el síndrome metabólico y se le considere «otro factor de riesgo» ya que, a partir de diversos estudios de cohortes, cada vez es mayor la evidencia de que son pacientes con un riesgo aumentado de muerte y de

enfermedades cardiovasculares. Hasta la fecha las medidas recomendadas en primera línea para el manejo del síndrome metabólico son las modificaciones del estilo de vida (pérdida de peso y actividad física), y existe ya alguna evidencia del beneficio de la dieta mediterránea en la reducción de algunos de los componentes del síndrome metabólico¹⁶.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte, 2000. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2003.
2. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics. *Arch Intern Med.* 2001;161:2657-60.
3. Ridker PM. Evaluating novel cardiovascular risk factors. *Ann Intern Med.* 1999;130:933-7.
4. Canto JG, Iskandrian AE. Major risk factors for cardiovascular disease. Debunking the only 50% myth. *JAMA.* 2003;290:947-9.
5. Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB, et al. Major risk factors as antecedent of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA.* 2003;290:891-7.
6. Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA.* 2003;290:898-904.
7. Álvarez Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al, en nombre del grupo. PREVENCAT. Estudio PREVENCAT: control de riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 2005;124:406-10.
8. Grupo CORSAIB. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en las islas Baleares. Palma de Mallorca; 2003.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risks factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-52.
10. Brotóns C, Casanovas J, Iruela A, Vinyeta R, Bartés A, Martínez M, et al. Utilización del cálculo del riesgo cardiovascular para el control y tratamiento de las dislipemias en atención primaria. *Clin Invest Arterioscl.* 2004;16:240-6.
11. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation.* 1991;83:356-62.
12. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:253-61.
13. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotóns C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2003;24:1601-10.
14. Brotóns C, Royo-Bordonada MA, Álvarez Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. *Aten Primaria.* 2004;34:427-31.
15. Maiques Galán A, Antón García F, Franch Taix M, Albert Ros X, Aleixandre Martí E, Collado Gil A. Riesgo cardiovascular del SCORE comparado con el de Framingham. Consecuencias del cambio propuesto por las Sociedades Europeas. *Med Clin (Barc).* 2004;123:681-5.
16. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, et al. Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome. *JAMA.* 2004;292:1440-6.