

Prevención cardiovascular en atención primaria

Pedro González-Santos

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Universidad de Málaga. Málaga. España.



Las enfermedades cardiovasculares (ECV) derivadas de la arteriosclerosis, y la enfermedad coronaria en particular, continúan ocupando el primer lugar de causas de mortalidad en Europa, EE.UU. y Australia. No obstante, en las tres últimas décadas la mortalidad cardiovascular se ha reducido a la mitad en la mayoría de estos países; en España, a partir de 1975, se ha producido un descenso progresivo, con un descenso medio anual del 2,4% en el período 1985-1995, bien es cierto que a expensas de una disminución marcada de la mortalidad cerebrovascular (3,2% anual), acompañada de una reducción mucho más discreta (0,6% anual) de la mortalidad coronaria. Se trata de una disminución porcentual del riesgo de muerte por ECV, aunque, sobre todo en referencia a las enfermedades coronarias, el número de muertes no ha disminuido, incluso ha aumentado algo, en relación fundamentalmente con el envejecimiento de la población¹.

En una serie de estudios realizados en diversos países se sugiere que esta disminución en las tasas de mortalidad puede atribuirse en un 50-75% a un mejor control de los factores de riesgo mayores, fundamentalmente el hábito tabáquico, el aumento del colesterol y la hipertensión arterial (HTA), mientras que los avances en el tratamiento médico y quirúrgico de la ECV podrían explicar el 25-50% restante de esta disminución²⁻⁴. En consecuencia, la reducción del conjunto de factores de riesgo, es decir, del riesgo global individual, debe establecerse como un componente esencial de todos los programas y políticas de prevención cardiovascular.

Se ha venido admitiendo que la actuación preventiva debe centrarse prioritariamente en la prevención secundaria, por ser más rentable. Aunque resulta difícil cuantificar la contribución relativa de cada uno de ambos tipos de prevención, con la utilización de un modelo específico de análisis se ha sugerido que aproximadamente un 25% del descenso de la mortalidad coronaria en EE.UU. entre 1980 y 1990 podría atribuirse a las medidas de prevención primaria, y un porcentaje sólo ligeramente mayor (29%), a la prevención en pacientes con enfermedad coronaria previa². En Inglaterra y el País de Gales, la mortalidad coronaria ha disminuido un 62% en varones y un 45% en las mujeres en el período comprendido entre 1981 y 2000, con 68.230 muertes menos en el año 2000. Con el uso el modelo IMPACT para el análisis del conjunto de datos, Unal et al⁵ han concluido que la mitad de esta reducción de la mortalidad puede atribuirse a la disminución de los tres factores de riesgo principales en la población sin enfermedad coronaria previa, y que la prevención primaria tuvo un impacto en la mortalidad cuatro veces mayor que la secundaria. Se puede discu-

tir sobre el carácter positivo de los sistemas de análisis empleados en los diversos estudios, pero, en cualquier caso, es indudable en la actualidad que el rendimiento obtenido aconseja poner un énfasis similar en ambos tipos de prevención. Por otra parte, la separación estricta de la prevención primaria y secundaria está en gran medida superada por el concepto de riesgo global. Así, por ejemplo, el riesgo de un individuo diabético se considera similar al de la persona con antecedentes de cardiopatía isquémica⁶, sobre todo si reúne criterios de síndrome metabólico.

Hay una evidencia sustancial en las publicaciones de economía de la salud de que el tratamiento de muchas alteraciones cardiovasculares es altamente efectivo en relación con su coste, al igual que ocurre, por ejemplo, con el tratamiento del asma, la diabetes mellitus (DM) o las enfermedades mentales⁷. En relación con el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los datos obtenidos a largo plazo de los ensayos de intervención demuestran que las medicaciones genéricas para el tratamiento de la HTA y la dislipidemia pueden mejorar la supervivencia y la calidad de vida, al mismo tiempo que reducir el gasto sanitario en pacientes en situación de riesgo cardiovascular (RCV) alto⁸. Los defensores de la polipíldora (aspirina a dosis baja, ácido fólico, una estatina genérica y una combinación a dosis baja de tres antihipertensivos genéricos) han estimado que podría salvar 550.000 vidas al año y reducir el coste derivado de las ECV en 150 billones de dólares anuales en EE.UU.⁹. Sin querer entrar en la polémica sobre la posible idoneidad de este tratamiento preventivo en el momento actual, lo que parece suficientemente probado es que un control adecuado de los FRCV en la población con riesgo alto tiene una repercusión muy destacada en la reducción de las tasas de morbimortalidad y es rentable en cuanto a la relación coste-efectividad.

Por consiguiente, para poder proponer políticas adecuadas de prevención, es necesario obtener datos fidedignos sobre la población en situación de alto RCV en los diversos países, así como conocer las medidas terapéuticas empleadas y el grado de control de los diversos factores de riesgo obtenido en la práctica en atención primaria. La publicación en este número de MEDICINA CLÍNICA de los datos del estudio PREVENCAT, realizado por Coca et al¹⁰, llena un vacío que hay en España, y aportan datos muy significativos en relación con estas cuestiones. Con el objetivo de analizar el control de los principales FRCV en individuos asistidos en atención primaria, una primera publicación se centró en describir la prevalencia de cada factor de riesgo en la población analizada y conocer el grado de control de éstos, y concluía que apenas 1 de cada 2 pacientes con HTA, hipercolesterolemia o DM2 está controlado, siendo aún peor el control de la obesidad y el sedentarismo¹¹. En este segundo original, se analizan los factores que influyen en el grado de control de cada uno de los FRCV y en la interacción de éstos; es decir, si la coexistencia de otras comorbilidades afecta al grado de control de los FRCV, una cuestión que, en mi opinión, resulta de mayor interés y originalidad.

Correspondencia: Dr. P. González-Santos.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Virgen de la Victoria.
Universidad de Málaga.
Campus Teatinos, s/n. 29010 Málaga. España.
Correo electrónico: pgs@uma.es

Recibido el 5-10-2005; aceptado para su publicación el 10-10-2005.

Pese a no haberse alcanzado el tamaño muestral previsto, y a los posibles sesgos de selección por tratarse de una muestra de conveniencia —circunstancias ambas que en el primer artículo publicado—, y pese a que la distribución de la muestra por comunidades autónomas no guarda relación proporcional con la población de cada una de ellas, puede considerarse bastante representativa de la realidad nacional, tanto por el número de pacientes como por el rigor en el análisis de las variables.

Destaca, en primer lugar, que la actividad terapéutica dirigida al control de los FRCV en atención primaria está fuertemente medicalizada: el 95% de los pacientes hipertensos, el 84% de los pacientes con DM2 y el 71% de los diagnosticados de hipercolesterolemia reciben medicación para el control de su enfermedad. Respecto del tratamiento de la HTA, es de resaltar que un 47% esté tratado con, al menos, 2 fármacos, y que un 20% del total use combinaciones fijas. Otro dato poco favorable que resulta muy llamativo es que, aunque significativas a veces, son muy pequeñas las diferencias porcentuales de utilización de los diversos grupos terapéuticos en relación con las comorbilidades, incluso, en ocasiones, con una selección terapéutica un tanto sorprendente, como es el empleo de bloqueadores beta en diabéticos sin ECV previa, que los autores del artículo han resaltado; en algunas de las series recientes de otros países, se observa una selección más cuidadosa de la medicación antihipertensiva cuando se asocian otros factores de riesgo^{12,13}. La frecuencia de combinaciones ha sido menor para el control de la DM2, y prácticamente nula para el de la hipercolesterolemia. El conjunto de estos datos es bastante parecido, con las excepciones comentadas, al obtenido en otros estudios similares realizados en diversos países y publicados recientemente, los cuales todos inciden en los pobres resultados del control de los factores de riesgo en atención primaria, pese a una medicalización relativamente alta, sobre todo en el control de la HTA, cuando se asocia con otros factores de riesgo, fundamentalmente la DM¹²⁻¹⁷.

Particularmente, resultan interesantes los datos aportados sobre predictores del control de los FRCV analizados, sobre todo en lo referente a la HTA. De los 5 factores predictores, 3 son no modificables (edad, ECV y DM2) y dos sí lo son (obesidad y sedentarismo). Como comentan los autores en la discusión, el hecho de que el tratamiento farmacológico no sea predictor de buen control es probablemente debido a que el 95% de la muestra está tratada. Entra dentro de lo previsible que la ECV y la DM2 sean predictores de mal control porque, además de que el aumento de la hemoglobina glucosilada se asocia con elevaciones de la presión arterial (PA) sistólica, particularmente en mujeres¹⁷, en estos dos grupos el objetivo es una PA menor y, por tanto, más difícil de alcanzar; es lo que ocurre para la DM en el total de las series consultadas, mientras que el papel predictor de la ECV es variado, con un valor negativo —al igual que en el presente estudio— en algunas series^{18,19}, y en alguna otra como predictor de buen control¹⁴. Pero quizás pueda hacerse otra lectura de la tabla 5 del artículo que comentamos, en la que se recogen estos resultados: si uno de cada dos pacientes hipertensos no está controlado y el 95% de estos toma medicación (grado de cumplimiento aparte), es lícito pensar que otros factores puedan hacer que esa HTA sea refractaria, y de la mencionada tabla podría deducirse que pueden ser la obesidad y el sedentarismo, lo que concluiría con la necesidad de poner un mayor énfasis en los cambios terapéuticos del estilo de vida.

En la hipercolesterolemia, en cambio, el mejor predictor de buen control ha sido el empleo de los hipolipemiantes, seguido de la presencia de ECV y la edad —puede que éstos

dos últimos en relación con un mejor cumplimiento terapéutico, como sugieren los autores—. El efecto, razonable, de los hipolipemiantes resulta más llamativo al emplearse en monoterapia, en contraste con la HTA que requiere de combinación en casi el 50% de los pacientes. La DM2 no se ha comportado como predictor del control de la dislipidemia, quizás como consecuencia de que se han aplicado en el trabajo los criterios de control lipídico del Adult Treatment Panel III, pero sin considerar a la DM2 como un equivalente.

Una cuestión importante para la estimación del RCV es el tipo de tablas utilizadas para calcularlo. En el trabajo objeto de este comentario, se ha seguido las recomendaciones del Panel III del National Cholesterol Education Program⁶ que utiliza la función modificada de Framingham, que son las más aceptadas globalmente. Sin embargo, se sabe que sobreestiman el riesgo coronario en países, como España, con menor prevalencia de cardiopatía isquémica, por lo que la Task Force europea ha desarrollado las tablas derivadas del proyecto SCORE, a partir del seguimiento de cohortes europeas con diferenciación para los países del norte y del sur de Europa. Parecería, en principio, más apropiada su utilización, si bien es cierto que en un estudio comparativo realizado en España en personas de más de 60 años se ha observado que la aplicación de las tablas del SCORE clasifica, como de riesgo alto, a un mayor número de individuos que la aplicación de la función de Framingham, probablemente porque el umbral para su clasificación es diferente entre ambas funciones, por lo que los autores concluyen que el umbral de riesgo considerado en el SCORE debería reevaluarse en España²⁰.

En definitiva, los resultados obtenidos por los investigadores del estudio PREVENCAT nos aportan una información pionera y muy importante, necesaria para evaluar las políticas sanitarias de control del RCV en atención primaria en España. Además, ponen de manifiesto que queda un espacio por recorrer en la aplicación de las recomendaciones de las guías clínicas, particularmente en los pacientes de riesgo alto, y que se debe poner mayor énfasis en orientar prioritariamente el tratamiento de la HTA, la hipercolesterolemia, la DM y otros factores de riesgo a la prevención de las enfermedades asociadas, sobre todo la ECV. Y, sobre todo, inciden en la necesidad de prestar un interés especial en la actualidad a los cambios de estilo de vida (con la exigencia, quizás, de una mayor disponibilidad de tiempo por consulta médica), e insisten en las medidas de lucha contra la obesidad promovidas en el ámbito nacional por instituciones públicas y sociedades científicas. Es cierto que todo ello exige, además de profundizar en las actividades de formación continuada, que los profesionales de atención primaria dispongan de un tiempo adecuado por consulta médica para conseguir una mejor adhesión al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar F, Banegas JR, Donato J, Rodríguez-Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid: 2003.
2. Hunink MG, Goldman L, Tosteson AN, Mittleman MA, Goldman PA, Williams LW, et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA*. 1997;277:535-42.
3. Capewell S, Morrison CE, McMurray JJ. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. *Heart*. 1999; 81:380-6.
4. Unal B, Critchley J, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales, 1981-2000. *Circulation*. 2004; 109:1101-7.
5. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ*. 2005;331:614. (Accedido 17 Ago 2005). Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/331/7517/614>

6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
7. Hay J. Hospital cost drivers: an evaluation of 1998-2001 state-level data. *Am J Managed Care*. 2003;9 Suppl 1:S14-S24.
8. Hay J. The cost effectiveness of cardiovascular medicines. *Current Atherosclerosis Reports*. 2005;7:79-80.
9. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ*. 2003;326:1419.
10. Coca A, Dalfó A, Esmañes E, Llíster JL, Ordóñez J, Gomis R, et al, en nombre del grupo PREVENCAT. Tratamiento y control del riesgo cardiovascular en Atención Primaria en España. Estudio PREVENCAT. *Med Clin (Barc)*. 2005;126:201-5.
11. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al, en nombre del grupo PREVENCAT. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:406-10.
12. Basile JN, Lackland DT, Basile JM, Riehle JE, Egan BM. A statewide primary care approach to cardiovascular risk factor control in high-risk diabetic and nondiabetic patients with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2004;6:18-25.
13. Spranger CB, Ries AJ, Berge CA, Radford NB, Victor RG. Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. *Am J Med*. 2004;117:14-8.
14. Smith NL, Chen L, Au DH, McDonell M, Fihn SD. Cardiovascular risk-factor control among veterans with diabetes: the ambulatory care quality improvement project. *Diabetes Care*. 2004;27 Suppl 2:B33-8.
15. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Michaelsen T, Harboe K, Ingskog W, et al. Risk intervention in persons with diabetes mellitus in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004;124:1508-10.
16. Al Khaja KA, Sequeira RP, Damamnori AH. Evaluation of drug therapy and risk factors in diabetic hypertensives: a study of the quality of care provided in diabetic clinics in Bahrain. *J Eval Clin Pract*. 2005;11:121-31.
17. Comaschi M, Coscelli C, Cucinotta D, Malini P, Manzato E, Nicolucci A; SFIDA Study Group-Italian Association of Diabetologists (AMD). Cardiovascular risk factors and metabolic control in type 2 diabetic subjects attending outpatient clinics in Italy: the SFIDA (survey of risk factors in Italian diabetic subjects by AMD) study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2005;15:204-11.
18. Majernick TG, Zacker C, Madden NA, Belletti DA, Arcon S. Correlates of hypertension control in a primary care setting. *Am J Hypertens*. 2004;17:915-20.
19. Van Ganse E, Souchet T, Laforest L, Moulin P, Bertrand M, Le Jeunne P, et al. Ineffectiveness of lipid-lowering therapy in primary care. *Br J Clin Pharmacol*. 2005;59:456-63.
20. Mostaza JM, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Echaniz A, García-Iglesias F, et al. La aplicación de las tablas del SCORE a varones de edad avanzada triplica el número de sujetos damnificados de alto riesgo en comparación con la función de Framingham. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 487-90.