

RED I NFORMAL DE D OCUMENTACIÓN SOBRE
LA S ALUD P SICOSOCIAL DE LA F AMILIA

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 79

Prevención del riesgo de enfermedad cardiovascular

1 diciembre de 2016

Elaborado por el Dr. José Antonio Serrano, director del Área de Salud de The Family Watch

INTRODUCCION

El pasado 29 de septiembre se celebró el Día Mundial del Corazón. Con tal motivo, la Fundación Española del Corazón instaló un stand en la Plaza de Callao de Madrid, para invitar a los madrileños a realizarse pruebas de riesgo cardiovascular.

Cerca de 750 madrileños (de los cuales 60% mujeres y 40% hombres) se sometieron a dichas pruebas, donde se han tenido en cuenta los niveles de colesterol elevados (>190 mg/dl), el índice de masa corporal (IMC >30), las cifras de presión arterial sistólica y diastólica (>140 mmHg y >90 mmHg respectivamente), el perímetro abdominal y el riesgo de diabetes mediante el test FINDRISK. (El lector interesado puede hacerlo fácilmente en este enlace:

<http://www.fundaciondiabetes.org/prevencion/findrisk/>)

Los resultados revelan que el 45,5% de los madrileños sometidos a las pruebas tiene los niveles de colesterol elevados, casi un 24% padece obesidad, el 38,5% tiene elevada la tensión arterial sistólica y el 12,2% podría padecer diabetes en un futuro si no modifica su estilo de vida actual. Asimismo, y teniendo en cuenta el perímetro abdominal, se observa que un 36,2% de las mujeres presenta valores superiores a los límites establecidos (88cm), mientras que este porcentaje se reduce en su homólogo masculino (límite situado en 102cm), con un 27,8% del total.

Tras conocer su riesgo cardiovascular, los participantes han sido aconsejados por profesionales (cardiólogos, médicos, nutricionistas, biólogos...) sobre los hábitos de vida a seguir para reducir el riesgo cardiovascular y mejorar así su salud. (1)

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La OMS, en nota descriptiva de enero de 2015, informa que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen:

1. la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.
2. las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. (ICTUS)
3. las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.

En nuestro medio, estas tres primeras son las que realmente nos interesan, pero también lo son:

4. la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.

5. las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
6. las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (ictus) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que riegan el corazón o el cerebro. Los ictus también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre (embolias). Los ataques cardíacos y los ictus suelen tener su causa por la presencia de una combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia. (2)

PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

La prevención cardiovascular continúa siendo uno de los grandes retos de nuestra sociedad, ya que este grupo de enfermedades genera una gran morbilidad y mortalidad. Básicamente hay dos tipos de estrategias de prevención: la poblacional y la individual.

La estrategia poblacional se basa en la implantación de medidas que afectan a toda la población como, por ejemplo, la legislación para regular el consumo de tabaco en lugares públicos.

La individual es la que trata de identificar a aquellas personas con un riesgo elevado de presentar una enfermedad cardiovascular y la implantación de medidas preventivas individuales según el nivel de riesgo. Para identificar a estos individuos en prevención primaria, se suele utilizar técnicas de cribado y se determinan los factores de riesgo cardiovascular a toda persona que consulte con el sistema sanitario. Para convertir estos factores en estimación del riesgo cardiovascular, hay diferentes funciones o tablas de riesgo.

Las funciones de riesgo son ecuaciones matemáticas que calculan la probabilidad de que un individuo presente el acontecimiento de interés, por ejemplo, un infarto, en un intervalo de tiempo, generalmente 10 años y según el nivel de exposición a los diferentes factores de riesgo que esa persona tenga.

Por ejemplo, cuando se calcula con las tablas que el riesgo cardiovascular de una persona es del 4%, nos informa que, de 100 personas, con las mismas características de factores de riesgo (edad, sexo, presión arterial sistólica, colesterol total, cHDL, consumo de tabaco) que la que está en la consulta, 4 morirán por enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años, pero no sabemos si este paciente concreto estará en el grupo de 4 o en el de los 96 restantes. (3)

Este año se ha publicado la nueva versión de la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC 2016) sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (4)

La prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) se define como un conjunto de acciones coordinadas dirigidas a la población o a una persona en concreto, con el fin de eliminar o minimizar el impacto de las ECV y las discapacidades asociadas. La Enfermedad Cardiovascular sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad, a pesar de las mejoras en los resultados clínicos; sin embargo, la mortalidad de la enfermedad coronaria, ajustada por la edad ha disminuido desde la década de los ochenta, sobre todo en regiones de renta elevada. En las últimas tres décadas, más de la mitad de la reducción de la mortalidad CV se ha atribuido a cambios en el nivel de factores de riesgo en la población, especialmente la reducción del colesterol, la presión arterial y el tabaquismo. Esta tendencia favorable se contrarresta parcialmente por el aumento de otros factores de riesgo, principalmente la obesidad y la DM de tipo 2. El envejecimiento de la población también aumenta los episodios de ECV.

La prevención debe dirigirse a: a) la población general, mediante la promoción de hábitos de vida saludables, y b) al individuo, es decir, personas que tienen un riesgo de ECV moderado-alto o una ECV establecida, haciendo frente a los hábitos de vida poco saludables (p. ej., dieta de baja calidad, inactividad física, tabaquismo) y mejorando los factores de riesgo. La prevención es eficaz: la eliminación de conductas de riesgo para la salud haría posible evitar al menos un 80% de las ECV y hasta un 40% de los cánceres.

Desde 2003, las guías europeas sobre prevención de la ECV en la práctica clínica recomiendan el uso del sistema denominado SCORE, con el que se calcula el riesgo a 10 años de un primer episodio aterosclerótico mortal. Según los resultados las personas se agrupan en estos tres niveles de riesgo:

- Riesgo bajo-moderado (SCORE < 5%). Se les debe ofrecer asesoramiento sobre el estilo de vida para mantener su estado de riesgo de bajo a moderado.
- Riesgo alto (SCORE \geq 5% y < 10%). Requieren un asesoramiento intensivo sobre el estilo de vida y pueden ser candidatos a tratamiento farmacológico.
- Riesgo muy alto (SCORE \geq 10%). Suele ser necesario un tratamiento farmacológico.

Dada la extensión del documento original hemos resumido los puntos más interesantes, que se refieren a la intervención individual sobre los factores de riesgo. Dentro de cada apartado seleccionamos algunos de los mensajes clave y de las principales recomendaciones. También hemos revisado el artículo elaborado por la Sociedad Española de Cardiología con los comentarios a la Guía Europea (5)

1. Comportamiento sedentario y actividad física.

- La Actividad Física (AF) regular es el pilar de la prevención CV; disminuye la mortalidad CV y la mortalidad por cualquier causa.
- La AF mejora el estado de forma y mejora la salud mental.
- Hay que estimular a las personas sedentarias a iniciar AF aeróbica de intensidad ligera.

Para adultos sanos de todas las edades, se recomienda realizar al menos 150 min/semana de AF aeróbica de intensidad moderada o 75 min/semana de AF aeróbica intensa o una combinación equivalente.

2. Intervención sobre el hábito de fumar

Dejar de fumar es la estrategia más rentable para la prevención de la ECV.

- Hay evidencia firme a favor de las intervenciones breves con recomendación de abandonar el consumo de tabaco, todos los tipos de terapia de sustitución de nicotina (TSN), bupropión, vareniclina y mayor eficacia de fármacos en combinación, (excepto para la TSN más vareniclina).
- Los cigarrillos electrónicos pueden ayudar a dejar de fumar, pero deben regularse con las mismas restricciones comerciales que los cigarrillos.
- El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de Enfermedad coronaria.

Por lo tanto, se recomienda identificar a los fumadores y proporcionarles asesoramiento repetido sobre la necesidad de dejar de fumar, con ofrecimientos de ayuda mediante seguimiento de apoyo, terapias de sustitución de nicotina, vareniclina y bupropión por separado o en combinación.

3. Nutrición

Los hábitos alimentarios influyen en el riesgo de ECV y otras enfermedades crónicas, como el cáncer.

- La ingesta energética debe limitarse a la cantidad de energía necesaria para mantener o conseguir un peso saludable, es decir, un IMC > 20,0 pero < 25,0.
- En general, cuando se sigue una dieta saludable no son necesarios los suplementos dietéticos.
- Se recomienda a todas las personas una dieta saludable como la piedra angular de la prevención de la ECV.

Se afianza como la más cardiosaludable la dieta mediterránea que comprende alto consumo de fruta, verduras, legumbres, productos integrales, pescado y ácidos grasos insaturados (sobre todo aceite de oliva); consumo moderado de alcohol (fundamentalmente vino, consumido preferiblemente con la comida) y bajo consumo de carne (roja), productos lácteos y ácidos grasos saturados.

Uno de los aspectos más llamativos de la guía, y en contra de los potenciales beneficios de los polifenoles del vino tinto en la reducción del RCV, es la duda mostrada por el análisis de 59 estudios epidemiológicos que indican que el menor riesgo de ECV se observa en los abstemios,

mientras que cualquier cantidad de alcohol consumida se asocia con elevación de la Presión Arterial y el IMC.

4. Peso corporal

- Tanto el sobrepeso como la obesidad se asocian a un riesgo aumentado de mortalidad por ECV y mortalidad por cualquier causa. El riesgo de mortalidad por cualquier causa alcanza el valor más bajo cuando el IMC es 20-25 (en mayores de 60 años); la reducción adicional de peso no se considera protectora contra la ECV.
- El peso saludable para los ancianos es mayor que para las personas jóvenes y de mediana edad.
- Alcanzar y mantener un peso saludable tiene un efecto beneficioso en los factores de riesgo metabólicos (PA, lípidos circulantes, tolerancia a la glucosa) y reduce el riesgo CV.

Se recomienda que las personas con un peso saludable mantengan su peso. Se recomienda que las personas con sobrepeso y obesas alcancen un peso saludable (o aspiren a una reducción de peso) para disminuir la Presión arterial, la dislipemia y el riesgo de DM2 y, de esta forma, mejorar su perfil de riesgo CV.

‘En las pruebas que la FEC hizo a los madrileños se midió también el perímetro abdominal, porque en la llamada obesidad central un aumento de ese perímetro indica exceso de la grasa en el abdomen y por sí solo este dato multiplica por dos el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

Los umbrales propuestos por la OMS para el perímetro abdominal son los más ampliamente aceptados en Europa. De acuerdo con estos valores, se recomiendan 2 niveles de acción:

1. Perímetro de la cintura ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres es el valor umbral a partir del cual no se debe ganar más peso.
2. Perímetro de la cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres es el valor umbral a partir del cual se debe aconsejar una reducción del peso.

Sin embargo, varios estudios han concluido que tanto el IMC como el perímetro de la cintura se asocian con la misma intensidad y de manera continua a la ECV y la Diabetes tipo 2. Por lo tanto, el IMC suele ser suficiente en la práctica habitual.’

5. Control lipídico

El papel esencial de la dislipemia, sobre todo el hipercolesterolemia, en el desarrollo de ECV está documentado más allá de cualquier duda por estudios genéticos, patológicos, observacionales y de intervención. El principal transportador de colesterol en el plasma (cLDL) es aterogénico. En una amplia gama de concentraciones plasmáticas de colesterol, hay una asociación

positiva estrecha y gradual entre el colesterol total, el cLDL y el riesgo de ECV. Esta asociación se produce en varones y mujeres, así como en personas sin ECV y con ECV establecida.

- La concentración plasmática de cLDL elevada es una causa de aterosclerosis.
- La reducción de cLDL disminuye los eventos CV.
- La concentración de cHDL baja se asocia a un riesgo CV aumentado, pero las maniobras dirigidas a aumentar el cHDL no se han asociado a disminución del riesgo CV.
- En todos los casos, se recomiendan cambios en el estilo de vida y la dieta.
- El riesgo CV total debe guiar la intensidad de la intervención.
- El colesterol total y el cHDL se miden adecuadamente en muestras tomadas no en ayunas, lo que permite inferir el valor de no-cHDL

Recomendaciones:

Para pacientes con riesgo CV muy alto, se recomienda un objetivo de cLDL < 70 mg/dl o una reducción de al menos un 50% si el valor basal estuviera entre 70 y 135 mg/dl.

Para pacientes con riesgo CV alto, se recomienda un objetivo de cLDL < 100 mg/dl) o una reducción de al menos un 50% si el valor basal estuviera entre 100 y 200 mg/dl)

Para los demás pacientes en tratamiento reductor de cLDL, se debe considerar un objetivo inferior a 115 mg/dl.

Por lo general los valores deseables del 'perfil lipídico', en mg/dl, son:

Colesterol total menos de 200

Colesterol LDL menos de 100

Colesterol HDL más de 40

Triglicéridos menos de 150

6. Diabetes mellitus (tipo 2 y tipo 1)

- Es muy importante el enfoque multifactorial en los pacientes con DM2.
- El estilo de vida que ayude a controlar el peso mediante cambios dietéticos duraderos y el aumento de la AF son aspectos centrales del tratamiento de los pacientes con DM2.

Para conocer las diferencias entre ambos tipos de DIABETES, puede abrir el siguiente link: <https://blog.diabetes.ascensia.es/blog/index.php/cuales-son-las-diferencias-basicas-entre-la-diabetes-tipo-1-y-la-diabetes-tipo-2>

Recomendaciones:

Se recomiendan cambios en el estilo de vida, entre ellos dejar de fumar, dieta baja en grasa, dieta alta en fibra, actividad física aeróbica y entrenamiento de fuerza.

Se recomienda una reducción del aporte energético para ayudar a los pacientes a perder peso o prevenir la ganancia.

Para la mayoría de los adultos con DM1 o DM2, no embarazadas, se recomienda un objetivo de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) < 7,0% en la DM para reducir el riesgo de ECV y complicaciones microvasculares.

‘Los glóbulos rojos que circulan por la sangre contienen una proteína llamada hemoglobina. La glucosa, que también circula por la sangre, se adhiere a la hemoglobina durante un periodo de entre 90 y 120 días (aproximadamente 3 meses). De esta manera, la prueba de la hemoglobina glicosilada se basa en la medición de la cantidad de glucosa adherida a los glóbulos rojos y su resultado se expresa en porcentaje, que determina el nivel medio de glucemia durante el trimestre anterior a la prueba. Un nivel de HbA1c normal es menor de 5,7 %. Además, desde 2010, la American Diabetes Association estableció esta prueba como un examen de diagnóstico de la enfermedad: un resultado igual o superior a 6,5% determina que una persona tiene diabetes, mientras que uno de entre 5,7% y 6,4% se considera prediabetes.’

7. Hipertensión

- La Presión Arterial (PA) elevada es un importante factor de riesgo de Enfermedad Coronaria, Insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular (ictus), Enfermedad arterial periférica, Enfermedad renal crónica y Fibrilación Auricular.
- La decisión de iniciar un tratamiento antihipertensivo depende del valor de la PA y el riesgo CV total.
- Los beneficios del tratamiento se derivan principalmente de la reducción de la PA en sí, no del tipo de fármaco.
- Se necesita un tratamiento combinado para controlar la PA de la mayoría de los pacientes.

Recomendaciones:

Se recomiendan medidas sobre el estilo de vida (control del peso, aumento de la actividad física, moderación en el consumo de alcohol, restricción de sodio y aumento del consumo de frutas, verduras y productos lácteos) para todos los pacientes con hipertensión o con PA normalmente alta.

Las principales clases de fármacos antihipertensivos (es decir, diuréticos, IECA, antagonistas del calcio, ARA-II y bloqueadores beta) no difieren significativamente en su eficacia como hipotensores, por lo que se recomiendan como tratamiento antihipertensivo.

Se recomienda el tratamiento farmacológico para pacientes con hipertensión de grado 3 independientemente del riesgo CV o con hipertensión de grados 1-2 que tengan un riesgo CV muy alto.

Se recomienda una PA Sistólica < 140 mmHg y una PA Diastólica < 90 mmHg para todos los pacientes hipertensos tratados de menos de 60 años.

8. Tratamiento anti plaquetario

- No se recomienda el tratamiento anti plaquetario para personas que no tienen ECV, debido al aumento del riesgo de sangrado mayor.

9. Adherencia a la medicación

- La adherencia a la medicación de las personas en alto riesgo y los pacientes con ECV es baja.
- Varios tipos de intervenciones son eficaces para mejorar la adherencia a la medicación.
- El policomprimido o polipíldora puede aumentar la adherencia al tratamiento y mejorar el control de los factores de riesgo CV.

REFERENCIAS

- 1.- Los hábitos de vida de los madrileños, a revisión (Última actualización el miércoles, 28 de septiembre de 2016). <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2892-habitos-de-vida-de-madrilenos-a-revision.html>
- 2.- OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva, enero 2015.
- 3.- Roberto Elosua. Las funciones de riesgo cardiovascular: utilidades y limitaciones. Rev Esp Cardiol. 2014; 67 (2):77–79
- 4.- Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69 (10): 939.e1-e87 (disponible en la www.revespcardiol.org)
- 5.- Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10):894-899