

POLICLÍNICO
“CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

TREINTA AÑOS DE PREDICCIÓN CARDIOVASCULAR.

Por:

Dr. Alberto Morales Salinas¹ y Dr. CM. Carlos Martínez Espinosa²

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
2. Especialista de II Grado en Cardiología. Profesor Titular. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

CARDIOVASCULAR DISEASES
RISK FACTORS

Señor Editor:

Desde la segunda mitad del pasado siglo XX las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados; todo ello estuvo relacionado con un aumento en la esperanza de vida al nacer al producirse avances en la medicina, como la introducción de antibióticos y vacunas, que disminuyeron la mortalidad de las enfermedades infecciosas.

En aras de prevenir las ECV, en 1973 se publicaron las primeras tablas utilizables en la consulta diaria para calcular el riesgo coronario de cada individuo¹, pero no fue hasta la última década donde ha existido un verdadero auge en relación con la prevención cardiovascular.

En los años noventa fueron elaboradas varias tablas y gráficos en los que se puede predecir la aparición de las ECV a partir de los factores de riesgo presentes en el paciente; entre ellas se encuentran: Framingham clásica, nuevas tablas de Framingham, Sociedades Europeas, Sociedades Británicas, Nueva Zelanda, Sheffield y Framingham por categorías. Es esta última la recomendada en el momento actual por la American Heart Association y el American Collage of Cardiology; mientras que en España se acepta las de Sociedades Europeas, aunque recientemente se han presentado tablas de Framingham calibradas para la población española³.

Actualmente hay tablas para calcular el riesgo coronario (angina, infarto y muerte por enfermedad coronaria); otras predicen sólo las alteraciones mayores (excluyen la angina), y en algunas se puede acceder al riesgo cardiovascular total (incluye además el accidente cerebrovascular fatal o no, accidente isquémico transitorio, insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular periférica).

Como riesgo coronario o cardiovascular (RCV) se entiende la probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un período de tiempo determinado, generalmente de 5 ó 10 años; en general, se habla de riesgo coronario o cardiovascular indistintamente, ya que ambas medidas se correlacionan bien, aunque algunos autores consideran que si se multiplica el riesgo coronario por 4/3 se obtiene una mejor estimación del riesgo cardiovascular⁴.

Existen dos métodos para calcular el RCV: cuantitativo y cualitativo; el primero utiliza programas informáticos basados en ecuaciones de predicción de riesgo o las llamadas tablas de riesgo cardiovascular⁵, lo que permite estratificar mejor y, por tanto, intervenir en un menor número de pacientes con respecto al cálculo cualitativo.

Los objetivos clínicos fundamentales de la estimación del RCV por el método cuantitativo son:

- Identificar pacientes de alto riesgo que requieren atención e intervención inmediata.
- Motivar a los pacientes para que sigan el tratamiento y así reducir el riesgo.
- Modificar la intensidad de la reducción de riesgo sobre la base del riesgo global estimado⁶.

Actualmente, tratar al paciente de acuerdo con su RCV global permite economizar los recursos disponibles, pues al establecer las prioridades de prevención según las necesidades (entiéndase como necesidad el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular), se busca mejorar la relación costo/ efectividad en las intervenciones⁷.

Las prioridades en las intervenciones, según las recomendaciones de las sociedades europeas⁸, de mayor a menor riesgo son:

1. Pacientes con cardiopatía isquémica u otra enfermedad vascular aterosclerótica (prevención secundaria).
2. Pacientes con riesgo cardiovascular alto: > 20 % de presentar una ECV en los próximos 10 años.
3. Pacientes con RCV moderado: presentan alguno de los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesteremia, diabetes mellitus) y tienen un riesgo < 20 % en los próximos años.
4. Pacientes con RCV bajo: no presentan ninguno de los factores de riesgo.

De lo anterior se puede aceptar que las tablas tienen más utilidad en la prevención primaria, pues los pacientes con historia de ECV se conocen sin necesidad de emplear el cálculo matemático. En personas sin diagnóstico de enfermedades arterioscleróticas, pero expuestas a un alto riesgo de padecerla por presentar varios factores de riesgo o alteraciones severas en alguno de ellos, es donde se hace más útil la predicción.

Al paciente se debe estratificar sobre la base de su RCV global y no por el relativo al factor de riesgo presente. Para ejemplificar, se puede señalar que en un área de salud de 1000 pacientes con una prevalencia de hipertensión similar a la informada por el Proyecto 10 de Octubre en 1994⁹, existirían 324 hipertensos en los que habría que realizar labores de prevención cardiovascular. Si aplicáramos en esa población la predicción cuantitativa, sabríamos cuáles de esos hipertensos tienen el más alto RCV global, y se concentrarían los esfuerzos en ese subgrupo con el consecuente ahorro de recursos.

El empleo de tablas o gráficos de colores sirve no sólo para estratificar, sino también para ilustrar y motivar mejor al paciente, que puede ver de forma práctica cuál es su riesgo actual y cuánto lo disminuiría con las intervenciones que se proponen. Las principales recomendaciones se basan en el control de la tensión arterial, glicemia y lípidos, además de erradicar totalmente el hábito de fumar y llevar estilos de vida más saludables.

El método cuantitativo tiene limitaciones, pues generalmente sólo utiliza factores de riesgo mayores y el origen de la aterotrombosis es multifactorial. Entre otros, existen factores emergentes como la homocisteína y la infección, que no se incluyen. Además, al aplicar modelos matemáticos predictivos en poblaciones distintas a las que fueron concebidas se puede infraestimar o supraestimar el riesgo¹⁰. Un ejemplo demuestra que no siempre los factores tienen el mismo peso en áreas diferentes: la llamada paradoja francesa, país donde existe una alta prevalencia de factores de riesgo y mantiene una "baja" morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica; otro aspecto que puede frenar el uso de las tablas en la práctica diaria, es no disponer de todas las variables necesarias para la predicción, al evaluar a un paciente. Si faltara una sola, se podría considerar su valor "normal" y realizar el cálculo, pero estaríamos expuestos a infraestimar el riesgo. "Normalizar" más de una variable que desconocemos no sería aconsejable, pues disminuiría demasiado la sensibilidad y especificidad del análisis. A pesar de todas las limitaciones mencionadas anteriormente, la utilidad del cálculo del RCV está demostrada, y no se conciben políticas de prevención sin su empleo, pues es su arma más efectiva.

Si se pretende disminuir la incidencia de las ECV, se deben emplear los mejores métodos preventivos, y entre ellos emerge la predicción. Las tablas deben ser usadas no sólo en el debate, sino también en la consulta médica; aún la diferencia entre lo que sabemos de ellas y lo que hacemos con ella sigue siendo grande. No hacen falta estadísticas para demostrar que en estos momentos en la atención primaria, e incluso a otros niveles, al menos con regularidad, no se utilizan ni para estratificar ni para motivar al paciente.

En la actualidad se cumplen treinta años de predicción cardiovascular: deberían celebrarse mejor.

Referencias bibliográficas

1. Rubio L. Riesgo cardiovascular en internet. *Aten Primaria* 2001;27:279-83.
2. Grundy S, Pasternak R, Greenland PH, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. ACC/AHA Scientific Statement. *Circulation* 1999;100:1481-92.
3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino, Sullivan L, Ordovas J, Cerdán F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56(3):253-61.
4. Jackson R. Guidelines on preventing cardiovascular disease in clinical practice. *BMJ* 2000; 320:659-61.
5. Álvarez A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. *MEDIFAM* 2001;11:122-39.
6. Morey SS, AHA and ACC. Outline approaches to coronary disease risk assessment. Practice guidelines. *Am Fam Physician* 2000;61:2534-42.
7. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(Supl 2):13-25.
8. Wood D, De Backe 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;80:1-29.
9. Debs G, De la Noval R, Dueñas A, González JC. Prevalencia de Factores de riesgo coronario en "10 de Octubre". Su evolución a los 5 años. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc* 2001;15(1):14-20.
10. Houterman S, Boshuizen HC, Verschuren WM, Giampaoli S, Nissinen A, Menotti A, et al. Predicting cardiovascular risk in the elderly in different European countries. *Eur Heart J* 2002; 23:294-300.