

Temas de actualidad en cardiología 2011

Actualidades en cardiología preventiva y rehabilitación

Jaime Fernández de Bobadilla Osorio^a, Esteban García-Porrero^b, Emilio Luengo-Fernández^c
y José Antonio Casasnovas-Lenguas^{d,*}

^aCoordinador del Grupo de Trabajo de Tabaquismo

^bCoordinador del Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca

^cRepresentante de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación en la Sociedad Europea de Cardiología

^dPresidente de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación

Palabras clave:

Tabaquismo

Prevención cardiovascular

Rehabilitación cardíaca

Guías de práctica clínica

RESUMEN

La Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología tiene como objetivos la promoción del conocimiento y la aplicación de las mejores pautas de estilos de vida y terapéuticas y programas de rehabilitación que consigan mejorar la salud cardiovascular en los españoles. Para ello, a través de distintos grupos de trabajo, se persigue la investigación y la formación en las últimas novedades sobre prevención cardiovascular y la transmisión de ellas a todos los colectivos implicados: médicos, personal sanitario, administración y población general. El Grupo de Trabajo de Tabaquismo elaboró este año un importante documento que presentó a los cardiólogos de nuestra sociedad, que intenta que un sencillo algoritmo de tan sólo 3 min consiga ayudar al paciente a dejar el tabaco. El Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca hace una presentación del impacto real que la rehabilitación supone en la supervivencia tras el intervencionismo coronario y en la insuficiencia cardíaca. También este año, la Sociedad Europea de Cardiología ha publicado una importante revisión de las guías para el tratamiento de las dislipemias. Aplaudidas por muchos y criticadas por otros, el corresponsal de nuestra sección en la Sociedad Europea hace una reflexión sobre su papel y su utilidad real.

Update on Preventive Cardiology and Rehabilitation

ABSTRACT

The aim of the Preventive Cardiology and Rehabilitation Section of the Spanish Society of Cardiology is to promote knowledge about and adoption of the lifestyle, therapy and rehabilitation program guidelines that are best able to improve cardiovascular health in the Spanish population. To achieve this aim, a number of working groups have carried out research into and provided education about the latest developments in cardiovascular prevention, and have provided information about these developments to all those affected, including physicians, healthcare workers, healthcare administrators and the general public. This year, the working group on smoking produced a key document that was presented to cardiologists in our Society; its intention was to provide a simple algorithm to help patients give up smoking that could be applied in only 3 minutes. The working group on cardiac rehabilitation gave a presentation on the true impact of rehabilitation on survival after percutaneous coronary intervention and heart failure. Also this year, the European Society of Cardiology published a major revision of guidelines on the treatment of dyslipidemia, which was welcomed by many but criticized by others. Our correspondent at the European Society reflects on the role and usefulness of these guidelines in practice.

Keywords:

Smoking

Cardiovascular prevention

Cardiac rehabilitation

Clinical practice guidelines

INTRODUCCIÓN

La Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) tiene como objetivos la promoción del conocimiento y la aplicación de las mejores pautas de estilos de vida y terapéuticas y programas de rehabilitación que consigan mejorar la salud cardiovascular (CV) de los españoles.

Para ello, a través de distintos grupos de trabajo, se persigue la investigación y la formación en las últimas novedades sobre prevención CV y la transmisión de ellas a todos los colectivos implicados: médicos, personal sanitario, administración y población general.

El Grupo de Trabajo de Tabaquismo (véase el anexo) elaboró este año un importante documento, que presentó a los cardiólogos de nuestra sociedad y contiene un sencillo algoritmo de tan sólo 3 min

*Autor para correspondencia: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Avda. de Gómez Laguna 25, 11.º, 50009 Zaragoza, España.
Correo electrónico: jacasas@unizar.es (J.A. Casasnovas-Lenguas).

Abreviaturas

CV: cardiovascular.
 ECV: enfermedad cardiovascular.
 ESC: Sociedad Europea de Cardiología.
 GPC: guía de práctica clínica.
 RCV: riesgo cardiovascular.
 SEC: Sociedad Española de Cardiología.

para conseguir ayudar al paciente a dejar el tabaco. Su coordinador, el Dr. Fernández de Bobadilla, nos lo presenta en la primera parte.

El Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca (RC) hace una presentación del impacto real que la rehabilitación supone en la supervivencia tras el intervencionismo coronario y en la insuficiencia cardíaca (IC). El coordinador del grupo, el Dr. García Porrero, hace la revisión de esa segunda parte.

También este año, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) ha publicado una importante revisión de las guías para el tratamiento de las dislipemias. Aplaudidas por muchos y criticadas por otros, el corresponsal de nuestra sección en la ESC, el Dr. Luengo Fernández, hace una reflexión sobre su papel y su utilidad real, intentando situarlas en contexto.

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR AL PACIENTE CARDIOLÓGICO EN 3 MINUTOS

Introducción y objetivos del documento

Aunque los cardiólogos seamos conscientes de la importancia teórica del tabaquismo, pocas veces emprendemos acciones concretas en la práctica clínica para tratarlo de forma eficaz no sólo en España, sino también en la mayoría de los países de nuestro entorno. La falta de interés por el tabaquismo puede estar relacionada con el atractivo técnico y científico de los procedimientos de alta tecnología utilizados en cardiología, la limitada formación de los cardiólogos en tabaquismo, la limitación de recursos humanos y financieros dedicados a esta área y la percepción de que el fumador es en parte responsable de su enfermedad. La ausencia de financiación de los medicamentos para dejar de fumar refleja el desinterés de la Administración por el tratamiento del tabaquismo. Por último, el cardiólogo y el médico en general viven la recaída como un fracaso, lo que resulta desmotivador para futuros tratamientos.

El objetivo de este documento es suministrar una directriz muy simple, con los mínimos necesarios para ayudar a dejar de fumar a nuestros pacientes, con idea de promover un abordaje sistemático del tabaquismo en cardiología. El 90% de los consumidores regulares de tabaco son adictos a la nicotina, una de las drogas con más capacidad de generar adicción. Esto convierte el tabaquismo en un factor de riesgo cardiovascular (RCV) de tratamiento muy complejo. El diagnóstico y el tratamiento óptimo están fuera de nuestro alcance, dada la alta prevalencia. Pero esto no puede ser una excusa para dejar de tratar un factor de RCV que es, además, la primera causa de muerte evitable en nuestro entorno.

La mayoría de nosotros estamos de acuerdo en que el tabaquismo es una adicción grave, cuyo tratamiento óptimo generalmente requiere un abordaje complejo y multidisciplinario. Como este abordaje ideal es imposible y puede conducir a la conclusión errónea de que no se puede hacer nada, en la práctica, resulta mucho más operativo considerarlo un factor de riesgo como cualquier otro y dedicarle al menos el mismo tiempo que dedicamos al tratamiento de la hipertensión arterial, la dislipemia y la diabetes mellitus. Hay extensa evidencia científica que demuestra que el consejo breve¹ y la utilización de medicamentos consiguen índices de abstinencia mucho más altos que los intentos de dejar de fumar sin ayuda.

El objetivo de este documento es que los cardiólogos dediquemos de forma sistemática y eficiente 3 min de nuestro tiempo a ayudar a dejar de fumar a nuestros pacientes CV. Si pasamos de la casi completa pasividad actual a dedicar 3 min bien aprovechados y articulamos mecanismos para un seguimiento aceptable del tratamiento farmacológico, habremos dado un paso importante en el manejo de este factor de RCV.

A continuación exponemos una estrategia de tratamiento sencilla que consumiría, una vez automatizada, apenas 3 min por cada fumador. No aspiramos a que sea la estrategia más eficaz, pero sí la más eficiente según los recursos disponibles.

Distinguimos dos tipos de pacientes: el de consulta externa y el paciente hospitalizado.

Elaboración del documento

Este documento se ha elaborado partiendo de un texto que se discutió en la reunión del Grupo de Trabajo de Tabaco que tuvo lugar el día 10 de marzo de 2011 en la sede de la SEC. Como resultado de la discusión, se elaboró un documento que fue modificado hasta obtener una versión final consensuada.

Se informó del proyecto y se invitó a participar a todos los miembros del Grupo de Trabajo de Tabaco de la SEC y la directiva de la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación.

Uso del documento

El documento incluye un «mensaje verbal» estándar con una serie de ideas que el cardiólogo debería intentar transmitir al paciente fumador. Cada profesional utilizará su propio lenguaje y adaptará el mensaje a cada circunstancia. En segundo lugar, una «hoja de seguimiento/texto para el informe de alta», diseñada para potenciar el esfuerzo realizado por el clínico. Hay evidencia científica de que el seguimiento del paciente aumenta significativamente la abstinencia continua a 1 año². Por último, se facilitará al paciente «material de apoyo impreso», que debería ser suficientemente claro para que el paciente medio pueda y quiera leerlo y asimilarlo. Además, se le facilitará la dirección de la página web de la SEC para que pueda acceder a material extra disponible en ella.

Mensaje verbal para el paciente

La estrategia para el paciente hospitalizado es similar a la de la consulta, con los siguientes matices: a) la mayoría de los pacientes consideran que ya han dejado de fumar, por lo que asumiremos que la fecha para dejar de fumar ya ha pasado, le felicitaremos por su decisión y reforzaremos su determinación de no volver a fumar cuando salga del hospital, y b) la hoja de seguimiento se sustituirá, si es posible, por un texto en el informe de alta.

Se presenta a continuación la estrategia estándar para el paciente en consultas, diseñada para hacerse en 3 min.

¿Fuma? ¿Grado de dependencia?

Formulamos tres preguntas sencillas:

1. ¿Fuma?
2. ¿Desde cuándo? ¿Cuánto? Y ¿cuándo fuma el primer cigarrillo del día?
3. ¿Ha intentado dejar de fumar antes? Y ¿cuánto tiempo estuvo sin fumar?

¿Quiere dejar de fumar?

Aunque el paciente diga que quiere dejar de fumar, daremos el consejo estándar para reafirmar su decisión. Es importante informar,

empatizar y motivar, evitando «reñir» al paciente. A continuación se listan los mensajes que recomendamos que se incluyan en la conversación con el paciente:

- «Es lo más importante que puede hacer por su salud; más que las cosas que le hemos hecho en el hospital o las medicinas que está tomando.»
- «Dejar de fumar es posible: mucha gente lo consigue.»
- «Consecuencias si sigue fumando: la probabilidad de morir en los próximos 2 años es del 12%.»
- «Beneficios si lo deja ahora: la probabilidad de seguir vivo dentro de 2 años es casi la de un no fumador: el 98%³. Además, evitará el cáncer y la enfermedad pulmonar grave y tendrá más capacidad para hacer las cosas que le gustan, practicar ejercicio físico, tener una vida sexual más satisfactoria⁴. Se sentirá más joven: su organismo rejuvenecerá en muchos aspectos.»

Reducir el consumo no es suficiente. La nicotina es una droga y la mayoría de las veces hay que elegir todo o nada. Es difícil mantener una disminución del consumo y, además, consumos de un solo cigarrillo/día son muy negativos para la salud de su corazón⁵.

Si el paciente no quiere dejar de fumar: le damos el consejo estándar, le suministramos material y le invitamos a que reconsidere su decisión y al menos intente reducir el consumo como puente a dejarlo definitivamente.

Pacientes con intentos fallidos previos: en los pacientes refractarios, en los que ha habido intentos fallidos, además de dar todos los pasos previos detallados más arriba y pautar un tratamiento farmacológico, si tenemos acceso a una unidad de tabaquismo especializada sin lista de espera importante, lo remitiremos a dicha unidad.

¿Cómo voy a ayudarle a que deje de fumar?

- Fijemos hoy mismo una fecha y dígasles a todos que va a dejar de fumar.
- Evite situaciones de riesgo y elimine elementos de su entorno.
- Cuando sienta deseos de fumar, debe saber que pasarán, no dé ni una sola calada.
- Nunca piense que controla el tabaco: el tabaco es una droga y, si vuelve a fumar un solo cigarrillo, es muy probable que en poco tiempo esté fumando como antes.
- No deje que otros fumen en su casa o en su trabajo, el humo perjudica su salud.

Prescribir medicación

- Es importante que usemos los medicamentos que multiplican la probabilidad de que deje de fumar, con lo que mejoran mucho sus expectativas. Quizá ahora crea que puede solo, pero los estudios demuestran que con medicamentos la probabilidad de éxito se duplica o triplica².
- En este momento los medicamentos no están financiados, pero no piense que son caros. Haga cuentas de lo que gasta en tabaco y de la cantidad de dinero que ahorrará en los próximos años dejando de fumar⁶.

El cardiólogo puede prescribir el medicamento más oportuno en cada caso, teniendo en cuenta que las guías internacionales recomiendan medicación a todos los pacientes² y que existen tres medicamentos que se consideran de primera elección: la vareniclina, la terapia sustitutiva de nicotina y el bupropión⁷. La vareniclina es el medicamento más eficaz en ensayos clínicos en la población general⁸; tanto en metaanálisis como en ensayos *head to head*, fue más eficaz que el bupropión y que los parches de nicotina⁹ y cuenta con un ensayo clí-

nico en pacientes con cardiopatía isquémica¹⁰. Si el paciente ha tenido un intento previo con éxito (logró abstinencia continua durante 1 año) con un medicamento en concreto, es razonable repetir la opción utilizada.

Seguimiento

Uno de los problemas principales para los pacientes es el seguimiento. Lo ideal es que el primer seguimiento se realice el primer mes después del alta. Aprovecharemos la ocasión para intentar establecer un espacio libre de humo en la vivienda del paciente, que ayudará al paciente a dejar de fumar y, además, disminuirá su riesgo de eventos.

El modelo de carta para suministrar al paciente, dirigido a su médico de asistencia primaria cuando el paciente sea visto en consultas, es el siguiente:

«Estimado colega:

El paciente _____, con diagnóstico de _____, fumador de ___ paquetes al día desde hace ___ años, que fuma el primer cigarrillo a las _____ horas de levantarse, ha establecido la siguiente fecha para dejar de fumar _____ y está recibiendo tratamiento con _____ desde el día _____ a dosis de _____.

Te ruego que, en la medida de lo posible, realices el seguimiento del paciente dentro de 2 y 12 semanas para su seguimiento. Es importante para la salud del paciente que sus familiares, amigos y compañeros no fumen en su entorno, ya que el humo de los cigarrillos inhalado de forma pasiva aumenta el riesgo de un nuevo episodio cardiovascular¹¹.»

Cuando el paciente esté hospitalizado, si es posible, añadiremos al informe de alta el siguiente texto:

«El paciente _____, fumador de ___ paquetes al día desde hace ___ años, que fuma el primer cigarrillo a las _____ horas de levantarse, ha dejado de fumar el día de su ingreso en el hospital y está recibiendo tratamiento con _____ a dosis de _____.

Te ruego que, en la medida de lo posible, realices el seguimiento del paciente dentro de 2 y 12 semanas para su seguimiento. Es importante que sus familiares, amigos y compañeros no fumen en su entorno, ya que el humo de los cigarrillos inhalado de forma pasiva aumenta el riesgo de un nuevo episodio cardiovascular.»

NOVEDADES EN REHABILITACIÓN CARDIACA: INTERVENCIONISMO CORONARIO, INSUFICIENCIA CARDIACA Y EJERCICIO FÍSICO

De los artículos publicados el último año relacionados con la RC, cabe destacar el de Goel et al¹², publicado en mayo pasado en *Circulation* con el título «Repercusiones de la rehabilitación cardiaca en la mortalidad y los episodios cardiovasculares después de intervención coronaria percutánea (ICP) en la comunidad». Se trata de un registro retrospectivo recogido prospectivamente de 2.395 pacientes consecutivos sometidos a ICP en el condado de Olmsted, Minnesota (Estados Unidos), entre 1994 y 2008. La asociación de la RC con la mortalidad por todas las causas, la mortalidad cardiaca, el infarto de miocardio o revascularización se evaluó con tres técnicas estadísticas: *propensity score*-análisis combinado (n=1.438), *propensity score* (n=2.351) y el ajuste de regresión con *propensity score* en un análisis histórico de 3 meses (n=2.009).

Los participantes del estudio tuvieron un seguimiento medio de 6,3 años, durante los cuales hubo 503 muertes (199 de causa cardiaca), 394 infartos de miocardio y 755 procedimientos de revascularización. La participación en RC fue del 40% (964/2.395) de la cohorte y se asoció con una disminución significativa en la mortalidad por cualquier causa, por las tres técnicas estadísticas (*hazard ratio* [HR] =0,53; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,54-0,55; p<0,001). Se

observó tendencia hacia la disminución de la mortalidad cardiaca entre los participantes de RC; sin embargo, no se observó influencia en el infarto de miocardio o la revascularización posteriores. La asociación entre la participación en RC y la reducción de las tasas de mortalidad fue similar entre varones y mujeres, los pacientes mayores y los más jóvenes y los pacientes sometidos a ICP electiva o no electiva.

Los autores concluyen diciendo que encontraron que la participación en los programas de RC después de ICP se asoció con una reducción significativa de las tasas de mortalidad. Estos resultados pueden sumarse a lo publicado en las guías de práctica clínica (GPC)¹³, que recomiendan RC para los pacientes después de la ICP.

En Estados Unidos se realizan anualmente más de 1 millón de ICP¹⁴. Pero aparte del estudio que acabamos de comentar, hay muy poca evidencia directa publicada con respecto a los porcentajes de participación y el impacto de la RC en la mortalidad después de ICP. Por desgracia, aun con estas pruebas contundentes, sólo aproximadamente el 25% de pacientes elegibles en Estados Unidos participan en RC¹⁵, aunque en el estudio de Minnesota comentado fue del 40%.

Se piensa que este beneficio está mediado por varios factores, entre ellos los efectos fisiológicos del entrenamiento^{16,17} y los efectos psicológicos de los grupos de apoyo y asesoramiento¹⁸, que mejoran la adherencia a las terapias preventivas¹⁹ y el control de los factores de RCV^{16,20}.

Un artículo de revisión que merece la pena comentar es el titulado «Avances recientes en cardiología preventiva y medicina del estilo de vida: un programa temático»²¹, que proporciona un compendio de avances importantes en la medicina preventiva y en el estilo de vida durante la pasada década e incluye la discusión de intervenciones emergentes, pero no probadas (la polipastilla), así como el valor de llevar a cabo ensayos clínicos aleatorizados a gran escala y no de basarse en hipótesis biológicas y datos observacionales (la historia de homocisteína). También se proporciona una llamada a la acción en apoyo de los objetivos de 2020 de la AHA, se resume el impacto de las intervenciones de prevención como una estrategia de primera línea para luchar por la estabilización de la enfermedad cardiovascular (ECV) y se discute el impacto potencial de la conducta y las intervenciones complementarias para reducir la carga de las ECV. Por último, detalla los objetivos de una serie nueva de publicaciones de *Circulation* sobre cardiología preventiva y medicina del estilo de vida.

El control y la modificación de múltiples factores de riesgo, especialmente las intervenciones diseñadas para reducir el colesterol total, la presión arterial sistólica, la prevalencia del tabaquismo, el sobrepeso/obesidad, la diabetes mellitus y la inactividad física, puede tener un impacto profundo y favorable en la disminución de la incidencia de eventos CV iniciales y recurrentes. Entre 1980 y 2000, las tasas de mortalidad por enfermedad cardiaca coronaria (ECC) se redujeron un 40%. Utilizando un modelo estadístico validado previamente (IMPACT), los investigadores trataron de determinar qué cantidad de esta disminución podría explicarse por el uso de tratamientos médicos y quirúrgicos comparada con los cambios en los factores de riesgo entre los adultos de 25 a 84 años de Estados Unidos. Aproximadamente la mitad de la disminución de la mortalidad CV se atribuyó a la reducción de los factores de riesgo (siendo notables excepciones la obesidad y la diabetes mellitus), y aproximadamente la mitad, a terapias médicas basadas en la evidencia (medicamentos para prevención secundaria, RC y tratamientos iniciales para el infarto de miocardio)²². Por el contrario, las revascularizaciones emergentes y electivas representaron sólo el 7% de la disminución general de las muertes por ECC. Recientemente, un estudio canadiense²³ que evaluó la disminución en la mortalidad por enfermedad coronaria entre 1994 y 2005 aportó resultados similares. Durante la última década, las tasas de mortalidad por ECC y accidente cerebrovascular en Estados Unidos disminuyeron en un 25%²⁴. Aunque también hubo una impresionante reducción de la prevalencia de presión arterial alta no controlada, valores elevados de colesterol y, en menor medida, de tabaquismo, hubo escaso impacto en los otros factores de riesgo, incluido el aumento de la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus, y una pequeña reduc-

ción en quienes no alcanzaron una actividad física moderada o vigorosa²⁴. Estos indicadores representan importantes desafíos para alcanzar las metas futuras para la salud CV, la promoción y la reducción de la enfermedad.

El ejercicio físico es uno de los pilares de la RC de los pacientes con IC, y en el artículo de Downing et al²⁵ se hace una revisión del ejercicio en la IC.

La práctica de ejercicio en programas para pacientes con IC sistólica es un procedimiento aceptado en una gestión basada en la evidencia. En esta revisión se describen las características fisiopatológicas que se cree que originan la intolerancia al ejercicio que experimenta el paciente con IC. Importantes investigaciones han expandido nuestra apreciación de la interacción de los procesos hemodinámicos, respiratorios y miopático-óseos en esta enfermedad crónica frecuente.

Ensayos de ejercicio, controlados y aleatorizados, diseñados para medir la función endotelial, los marcadores de inflamación, la activación neuronal simpática y el metabolismo y la estructura del músculo esquelético han avanzado en la definición de la fisiopatología, han documentado el impacto del ejercicio en estos procesos y han confirmado el beneficio de esta terapia.

Según investigaciones clínicas previas y la experiencia de los pacientes, hay resultados publicados recientemente en el HF-ACTION²⁶ (IC: estudio controlado sobre los resultados del ejercicio físico), que demuestra una moderada mejora en la capacidad para el ejercicio y reducción de los síntomas y mejora la información que da el paciente de su propia calidad de vida, sin efectos adversos. Se tiene en cuenta en esta revisión los beneficios de los programas de intensidad variable y la incorporación de ejercicios de resistencia aeróbica a una prescripción estándar. A pesar de una validación cada vez mayor del papel del entrenamiento físico en la modificación de la intolerancia al ejercicio, los retos persisten en su aplicación habitual, que incluyen la aceptación y el uso como una intervención coadyuvante en el tratamiento del paciente con IC, la falta de cobertura de los seguros de enfermedad de los programas de RC para pacientes con IC, la adaptación de los programas de ejercicio para atender mejor a las necesidades de subgrupos de pacientes y mejorar la adherencia al entrenamiento a corto y largo plazo y un estilo de vida físicamente activo.

El artículo publicado en *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* de marzo de 2011²⁷ se pregunta si la competencia profesional, la educación y la acreditación, junto con la evaluación de los resultados clínicos, se consideran factores importantes para lograr la información comprensiva y la calidad de la RC. Este estudio evaluó los programas de educación profesional, la acreditación y la utilización de bases de datos de RC entre los países europeos.

La Encuesta Europea de RC se llevó a cabo desde noviembre de 2007 hasta enero de 2009, se realizó por medio de un cuestionario postal entre organizaciones nacionales de RC en Europa, y se recabaron respuestas de 28 países (el 72%). Entre los países participantes, el 32% tenía directrices sobre las competencias profesionales en RC, el 61% tenía programas de educación formal y el 29% contaba con sistemas de acreditación de competencias profesionales en RC. Durante el periodo 2005-2007, se registraron 174 actividades educativas y científicas *ad-hoc*. El 43% de los países habían establecido un programa de sistemas de acreditación en RC, dirigido principalmente a la fase 2. Uno de cada tres (35%) países había establecido bases de datos clínicos para RC y más del 25% tenía planificado hacerlo.

El artículo concluye diciendo que más de la mitad de los países europeos han desarrollado programas formales de educación para RC. Además, tendrán lugar en toda Europa muchos programas de RC relacionados con las reuniones y actividades de la conferencia. Aunque sólo una cuarta parte de los países habían desarrollado sistemas de acreditación dirigida a los profesionales, más de un tercio de ellos tienen un programa de acreditación, mientras que las bases de datos clínicos estaban poco desarrolladas. Es necesario un esfuerzo mayor

en la aplicación de la educación, la acreditación y las bases de datos para promover la disponibilidad y la calidad de los servicios de RC para el beneficio de los pacientes cardíacos de toda Europa.

LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA 2011 DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISLIPEMIAS

La publicación de la GPC de la ESC para el tratamiento de las dislipemias en *European Heart Journal*²⁸ es la continuación de las orientaciones clínicas de la ESC y sigue a la GPC 2007 de la ESC sobre riesgo cardiovascular (4JTFCVDP)²⁹. La SEC³⁰ las adopta, al igual que hizo en 2008 el Comité Español Interdisciplinar para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)³¹.

Esta GPC resume la ciencia normal conocida y bien asentada, y es conservadora en el sentido de adentrarse poco en esquemas diagnósticos y terapéuticos muy novedosos o con poca evidencia; además, se ajusta a las normas de valoración de los grandes estudios respecto del tratamiento de las dislipemias y orienta el control del RCV a través del tratamiento de las dislipemias.

El National Cholesterol Education Program III (NCEP-III)³², bajo el título de «mesa de expertos para la detección, valoración y tratamiento de la dislipemia», presenta una guía de valoración del RCV y normas para su control, pero dedica sólo una parte al tratamiento. La actualización del NCEP-III de 2004³³ contenía más espacio dedicado a los razonamientos para las modificaciones de los niveles de riesgo y de concentraciones lipídicas, e hizo las indicaciones terapéuticas consecuentes.

La metodología de la GPC tiene interés porque incluye un acercamiento al problema desde el punto de vista de las enfermedades y su riesgo, también partiendo de las alteraciones lipídicas y, por último, desde la visión de los diferentes grupos farmacológicos implicados. Dedicar un amplio espacio a las medidas no farmacológicas en el tratamiento del riesgo y de las dislipemias, acorde con la filosofía de prevención primaria del *European Heart Health Charter* (EHHC): mantener la salud CV en personas sin enfermedad (<http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Pages/health-charter.aspx>)³⁴. La GPC confirma a las estatinas, sustancias que se comportan en cierta forma como con efecto de clase, como los fármacos más eficaces y seguros para tratar la dislipemia y el RCV. El resto de las familias farmacológicas son los apoyos que las estatinas pueden eventualmente precisar para cumplir criterios u obtener objetivos.

La GPC incluye tablas-resumen para las indicaciones de cada uno de los acercamientos (RCV, enfermedades concretas, alteraciones lipídicas y grupos farmacológicos). Todas las tablas-resumen presentan la misma estructura: a) la casuística concreta e indicación-guía; b) el grupo o grado de indicación (I, IIa, IIb o III: contraindicación), y c) el nivel de evidencia de la indicación (A, B o C). El uso sistemático de esta estructura permite una consulta ágil.

Las indicaciones clasificadas según riesgo y concentración de cLDL están resumidas en una primera tabla, que incluye tanto el grado de indicación como el nivel de evidencia asociado a esa indicación (tabla 3 de la GPC²⁸). Esta tabla, algo distinta de las demás, resume gráficamente el conjunto de información sobre riesgo y colesterol y el riesgo y sus indicaciones. Su sencillez y la gradación del riesgo por colores la hacen especialmente interesante en la práctica y recuerda otros materiales similares ya publicados.

Las demás tablas hacen referencia a la casuística concreta: cuándo indicar realización de análisis o perfiles lipídicos; recomendaciones generales sobre objetivos lipídicos; impacto de modificaciones de hábitos sobre perfiles lipídicos; recomendaciones sobre tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o HDL bajo; recomendaciones específicas en dislipemias genéticas o en los ancianos, inmunopatías, IC, valvulopatías, nefropatías, trasplantes, enfermedad arterial periférica o accidente cerebrovascular, y tablas para planificar los controles enzimáticos en pacientes tratados con fármacos antidislipémicos.

La mecánica interna de redacción de la guía no se explica en el artículo; parece haber seguido los cauces convencionales, atendiendo a los estudios y metaanálisis publicados. El resultado es una guía equilibrada y razonablemente conservadora. Por ello su aplicabilidad puede verificarse en un amplio ámbito geográfico y temporal. Las indicaciones para el cálculo del riesgo están referidas al entorno europeo y se basan en SCORE²⁹. Hacen referencia a la modificación del riesgo que implica la concentración de cHDL, no incluido en el SCORE tradicional (salvo por las tablas por el cociente colesterol total/cHDL) y que será incluida en breve en la versión informática/electrónica del calculador de riesgo de la ESC (www.heartscore.org). Interesa resaltar que la GPC insiste repetidamente en que debe utilizarse de forma sensata el juicio clínico y la experiencia a la hora de interpretar mediciones lipídicas o terapias con grados de indicación y evidencia bajos (algo similar a lo publicado en 4JTFCVDP).

En la GPC no hay cambios que modifiquen sustancialmente la práctica clínica, sino que es una evolución de la 4JTFCVDP. Destacaríamos dos novedades dentro de esa evolución. Una de ellas es un ajuste en la clasificación de grupos de riesgo: en el de riesgo moderado, el riesgo individual absoluto por SCORE está influido por un cHDL bajo, sedentarismo, obesidad, historia familiar o proteína C reactiva (PCRas), entre otros. El grupo de alto riesgo incluye también a los que tienen un único factor de riesgo significativamente elevado. Por último, describe un grupo de «muy alto riesgo» en el que, junto a SCORE por encima del 10%/10 años, se incluye a diabéticos, nefrópatas graves o cualquier forma de enfermedad arterial detectada, clínica o subclínica.

La otra novedad es la ya comentada inclusión del cHDL en el cálculo del riesgo por SCORE. Ambas novedades son una evolución desde el 4JTFCVDP que, aunque de alcance discreto, pueden modificar la práctica clínica porque ponen más en evidencia los conceptos de enfermedad CV integral y de enfermedad proporcional al tiempo de exposición a factores de riesgo. Esto tiende a borrar la hasta ahora rígida diferencia entre la prevención primaria y la secundaria. También fuerza a indicar el tratamiento activo en momentos clínicos más precoces que en los consensos precedentes.

Otro aspecto positivo es que la guía está redactada tanto por la ESC como por la *European Atherosclerosis Society* (EAS). La redacción conjunta facilita que el ámbito de aplicación y su universalidad en el entorno europeo tengan una base de consenso muy amplia. Por ello es previsible que se generen menos variaciones tanto locales como localistas o personalistas, de las que suelen crecer al amparo de las guías publicadas y con la excusa de que el ámbito de aplicación de «sus» consensos es «distinto».

Podría resultar sorprendente que la GPC no haya forzado en exceso los objetivos de colesterol y que no se haga una apuesta franca por otros marcadores que los clásicos cLDL, cHDL, triglicéridos y colesterol total. Pero se justifica porque no todos los laboratorios de análisis en Europa (que es el ámbito natural de la GPC) disponen de toda la tecnología para utilizar de forma extensiva métodos de PCRas, ApoB, ApoA-I, partículas de LDL o cLDL directo u otros tipos analíticos complejos. Y también porque la mayor parte de esas determinaciones analíticas tienen una evidencia significativamente menor que las primeras.

En el caso de España, puede ser conflictiva la definición de las enfermedades que se incluyen especialmente en los grupos de moderado, alto y muy alto riesgo, ya que implica la necesidad de tratar sistemáticamente (habitualmente con estatinas en dosis alta o de elevada potencia específica o combinadas con otras sustancias) a grupos de pacientes más amplios que en guías precedentes. Si a lo anterior se suma la situación de financiación a bajo coste o coste cero (a cargo de impuestos) de la mayor parte de los consumidores de salud, en la práctica actual el tratamiento puede ser un problema.

Seguro que a amplios grupos de sanitarios les habría gustado una guía más «concreta» o más «estricta» en cuanto a márgenes y límites de tratamiento, con indicaciones más precisas. Pero también es probable que las guías no se hayan redactado pensando en estudios o publicaciones ulteriores derivados de ellas, sino en su aplicabilidad a la práctica

clínica diaria. El perfil conservador y realista de la GPC es eficaz aunque no contente a algunos grupos de investigadores clínicos.

Relacionado con ello, es importante destacar la gran cantidad de niveles de evidencia C (opinión de expertos, registros y pequeños estudios) en todos los grados de indicación, desde el I al IIb y el III (la evidencia tipo C es el 48% del total), algo que es una constante en todos los consensos y guías y que debe restarles rigidez y dogmatismo.

A modo de conclusión, la recién publicada GPC para el tratamiento de las dislipemias de la ESC es un buen resumen del cuerpo de conocimiento, con evidencia sólida sobre el riesgo de las ECV y el papel y el tratamiento de las dislipemias, con un significativo componente práctico y aplicable al ámbito europeo.

En cierta forma, amplía el abanico de definición de los casos en que el tratamiento del riesgo, y en especial del colesterol, redundará en beneficio para la reducción de la incidencia de la ECV o de nuevos episodios en caso de enfermedad o equivalente preexistentes.

Considera las estatinas como el tratamiento clave de la dislipemia, y el resto de los fármacos son el complemento, en ocasiones necesario, para cumplir los objetivos.

Mantiene las medidas higiénicas, de estilo de vida y dietéticas como una herramienta necesaria, especialmente para evitar un primer episodio CV, y sigue la orientación que la ESC y anteriores consensos han iniciado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

ANEXO. DOCUMENTO DEL GRUPO DE TRABAJO DE TABACO DE LA SEC

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Tabaco de la SEC, Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación. Presentado el 27 de marzo de 2011. Autores: Jaime Fernández de Bobadilla, Regina Dalmáu, José Antonio Casasnovas, Manuel Abeytua, Javier Balaguer, Ramón Bover, José Antonio Carbonell, Leticia Fernández, Ramón Fito, Juana Freire, Ángel García, Marcos García, José María García de Andoain, Xavier García-Moll, Víctor Josep Girbes, Luis González, Catherine Graupner, Esteban López de Sá, Susana Martínez, Juan Morales, Marco Antonio Paz, Francisco Roncales, Juan Carlos Sevilla, Juana Umaran, Nieves Montoro, Mari Carmen Monedero, Juan Carlos Yáñez.

BIBLIOGRAFÍA

- Meta-analysis (1996): Effectiveness of and estimated abstinence rates for advice to quit by a physician (n = 7 studies). En: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;131:446-52.
- Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
- Van Spall HG, Chong A, Tu JV. Inpatient smoking-cessation counseling and all-cause mortality in patients with acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2007;154:213-20.
- Sloan FA, Ostermann J, Picone G. The price of smoking. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology; 2004.
- Meta-analysis (2008): Effectiveness and abstinence rates of medications relative to the nicotine patch (n = 86 studies). En: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- Meta-analysis (2008): Effectiveness and abstinence rates for various medications and medication combinations compared to placebo at 6-months post-quit (n = 86 studies). En: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
- Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, Oncken C, Billing CB, Gong J, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*. 2008;63:717-24.
- Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease. A randomized trial. *Circulation*. 2010;121:221-9.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
- Goel K, Lennon RJ, Tilbury RT, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. *Circulation*. 2011;123:2344-52.
- King SB, Smith SC, Hirshfeld JW, Jacobs AK, Morrison DA, Williams DO, et al. 2007. Focused update of the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, writing on behalf of the 2005 writing committee. *Circulation*. 2008;117:261-95.
- Heart and stroke statistical update. Dallas: American Heart Association; 2009.
- Suaya JA, Shepard DS, Normand SL, Ades PA, Protas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation*. 2007;116:1653-62.
- Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clin Proc*. 2009;84:373-83.
- Marchionni N, Fattiroli F, Fumagalli S, Oldridge N, Del Lungo F, Morosi L, et al. Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial. *Circulation*. 2003;107:2201-6.
- Lavie CJ, Milani RV. Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Arch Intern Med*. 2006;166:1878-83.
- Shah ND, Dunlay SM, Ting HH, Montori VM, Thomas RJ, Wagie AE, et al. Long-term medication adherence after myocardial infarction: experience of a community. *Am J Med*. 2009;122:961.e7-e13.
- Squires RW, Montero-Gomez A, Allison TG, Thomas RJ. Long-term disease management of patients with coronary disease by cardiac rehabilitation program staff. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2008;28:180-6.
- Franklin BA, Cushman M. Recent advances in preventive cardiology and lifestyle medicine: A themed series. *Circulation*. 2011;123:2274-83.
- Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
- Wijeyesundera HC, Machado M, Farahati F, Wang X, Witteman W, Van der Velde G, et al. Association of temporal trends in risk factors. *JAMA*. 2010;303:1841-7.
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al; on behalf of the American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613.
- Downing, Jill, Balady, Gary J. The role of exercise training in heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58:561-9.
- O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, Ketyeyan SJ, Cooper LS, Ellis SJ, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:1439-50.
- Zwisler AD, Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Piepoli MF, Benzer W, Schmid JP, et al. Can level of education, accreditation and use of databases in cardiac rehabilitation be improved? Results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 March 18 [Epub ahead of print].
- Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen RM, Wicklund O, et al; The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2011;32:1769-818.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2007;28:2375-414.
- Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:476-85.
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:581-616.
- National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). 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) final report. *Circulation*. 2002;106:3143-421.
- Grundy SM, Cleeman JI, Merz CNB, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-39.