

## Documentos de prevención cardiovascular: una visión global

Ignacio Plaza Pérez<sup>a</sup>, Carlos Brotons Cuixart<sup>b</sup>, Pedro Mata López<sup>c</sup>, Manuel Luque Otero<sup>d</sup>, Francisco Arnalich Fernández<sup>e</sup>, Fernando Villar Álvarez<sup>f</sup> y David Wood<sup>g</sup>

<sup>a</sup>UMQ Cardiología. Unidad de Cardiología Preventiva y Rehabilitación. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

<sup>b</sup>Unidad de Epidemiología. Servicio de Cardiología. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.

<sup>c</sup>Policlínica de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

<sup>d</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.

<sup>e</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid.

<sup>f</sup>Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

<sup>g</sup>Sociedad Europea de Cardiología.

En este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se publica el nuevo Documento de Control de la Colesterolemia en España, 2000<sup>1</sup>, que ha sido promovido por la Sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la SEC y realizado por expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo y de diversas Sociedades científicas con intereses en el campo de la prevención cardiovascular.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, originando casi el 40% de todas las defunciones. En los últimos años se ha producido un descenso de las tasas ajustadas de mortalidad, pero el número de muertes por cardiopatía isquémica está aumentando debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La menor mortalidad por cardiopatía isquémica debido a las medidas de prevención secundaria y al mejor tratamiento médico-quirúrgico de la enfermedad, unido al aumento de la incidencia de dicha enfermedad que han demostrado los pocos estudios epidemiológicos que se han hecho en nuestro país, ha condicionado que la población enferma sea mayor y que se demanden más servicios sanitarios por esta causa. Actualmente la cardiopatía isquémica es la primera causa de consulta hospitalaria. Por lo tanto, el impacto demográfico, sanitario y social de estas enfermedades está aumentando y va a continuar haciéndolo en las próximas décadas.

Este «Editorial», firmado por expertos españoles de las Sociedades de Cardiología, Medicina de Familia, Arteriosclerosis, Hipertensión Arterial, Medicina Interna, Ministerio de Sanidad y por expertos de la Sociedad Europea de Cardiología, trata de mostrar los

distintos puntos de vista que se han tenido en cuenta para hacer las recomendaciones de los principales Documentos sobre el Colesterol.

Las recomendaciones de las Sociedades Europeas para la prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica utilizan el cálculo del riesgo coronario absoluto como elemento decisorio para el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular<sup>2</sup>. Concretamente, este abordaje expresa la probabilidad de padecer un evento coronario en los próximos 10 años utilizando la tabla de predicción del riesgo coronario del estudio de Framingham, donde la edad, el sexo, el colesterol total, la presión arterial sistólica, el tabaquismo y la diabetes actúan como variables determinantes del riesgo. Aquellos individuos con un riesgo de padecer un evento coronario igual o superior al 20% a los 10 años, o cuando se proyecta a la edad de 60 años y también alcanza o supera el 20%, se les considera como individuos de riesgo alto. La utilización del cálculo del riesgo coronario es considerado en estas recomendaciones (al igual que en las anteriores recomendaciones de 1994) como un método más racional que el abordaje unifactorial que no tiene en cuenta los otros factores de riesgo cardiovascular, y sin duda, éste método puede tener repercusiones en la decisión terapéutica en el paciente. El aspecto más novedoso respecto a las anteriores recomendaciones del año 1994 es la nueva configuración de las tablas de riesgo coloreadas, donde el rango del colesterol total en las abscisas ha pasado de 200 a 300 mg/dl (de 5 a 8 mmol/l) en las de 1994, a ser un rango que oscila entre 150 y 300 mg/dl (de 4 a 8 mmol/l) en las actuales. Este cambio es debido a la aportación de las nuevas evidencias científicas en el tema de los lípidos, concretamente a los ensayos clínicos en prevención primaria. De tal manera que el objetivo terapéutico en los pacientes de riesgo alto ahora es el mismo que para los pacientes con una enfermedad coronaria establecida, es decir, en prevención secundaria (colesterol total < 190 mg/dl [ $< 5,0$  mmol/l] y colesterol LDL

Correspondencia: Dr. I. Plaza Pérez.  
Unidad de Cardiología Preventiva y Rehabilitación.  
UMQ Cardiología. Hospital La Paz.  
Paseo de la Castellana, 263. 28046 Madrid.

(*Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 773-775)

< 115 mg/dl [ $< 3,0$  mmol/l]). Aquellos individuos con niveles de triglicéridos superiores a 180 mg/dl (2 mmol/l) se consideran con un riesgo superior al indicado con las tablas (en las anteriores recomendaciones consideraban unos valores de 200 mg/dl o superiores). Estas nuevas recomendaciones aportan unas tablas de riesgo coloreadas específicas para diabéticos (hombres, mujeres, fumadores y no fumadores), que, aproximadamente, tienen un riesgo que es el doble para los hombres y más del doble para las mujeres.

Las recomendaciones del National Cholesterol Education Program II (NCEP) americano<sup>3</sup> también ajustan la intensidad de la intervención al riesgo cardiovascular del individuo, obtenido éste de los resultados del estudio Framingham. Los controles, el seguimiento, las indicaciones y los objetivos terapéuticos se hacen teniendo en cuenta la existencia, o no, de enfermedad coronaria u otras enfermedades cardiovasculares de origen ateroesclerótico y la presencia de factores de riesgo coronario (FRC) causales de la enfermedad. Este Documento diferencia entre prevención secundaria y prevención primaria.

En prevención secundaria se incluye a los pacientes con manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular que constituyen el grupo de muy alto riesgo. Dentro de la prevención primaria se incluye toda la población asintomática, pero los divide en tres grupos dependiendo del riesgo de enfermar. Grupo de alto riesgo incluye a los que tienen 2 o más FRC; grupo de riesgo intermedio o moderado incluye a los que tienen menos de 2 FRC, y grupo de riesgo bajo incluye a las mujeres premenopáusicas y jóvenes menores de 35 años.

Los controles y los objetivos terapéuticos son más exigentes en prevención secundaria que en prevención primaria. En prevención secundaria el objetivo es un cLDL  $< 100$  mg/dl. En prevención primaria en el grupo de alto riesgo el objetivo es un cLDL  $< 130$  mg/dl; en el grupo de riesgo intermedio el objetivo es cLDL  $< 160$  mg/dl, y en el grupo de riesgo bajo el objetivo es un cLDL  $< 160-190$  mg/dl.

El NCEP-II tiene en cuenta además el cHDL como FRC positivo cuando su nivel es inferior a 35 mg/dl, y como FRC negativo, restándolo de los demás FRC para el cómputo final, cuando el nivel es superior a 60 mg/dl.

El primer Documento de Consenso de la Hipercolesterolemia en España se publicó en el año 1990<sup>4</sup>. En esta fecha no existía una evidencia clara de los beneficios farmacológicos del tratamiento hipolipemiante. Por ello, en el Documento se eligieron unos límites altos para indicar fármacos y se hizo especial énfasis en el tratamiento dietético, defendiendo a la dieta mediterránea, y en el mantenimiento del estilo cardiosaludable.

El Documento de control de la Colesterolemia 2000<sup>1</sup>, igual que el publicado en el año 1990, hace una

decidida apuesta y defiende la alimentación tradicional española porque estima que es responsable, al menos en parte, de los niveles altos de cHDL en nuestra población con respecto a la anglosajona. Nuestro Documento igual que el NCEP-II diferencia entre prevención primaria y secundaria. Se proponen en prevención secundaria unos objetivos terapéuticos de cLDL  $< 100$  mg/dl al igual que el NCEP-II Americano, pero con respecto a los documentos americano y europeo añade unas indicaciones de tratamiento tan precoces como sea posible, indicando el análisis de colesterol total, o del cLDL al ingreso hospitalario. Esta indicación del tratamiento hipolipemiante en el síndrome coronario agudo se basa en la amplia evidencia existente, en el momento actual, del papel de la disfunción endotelial en dicho síndrome y en la mejoría de la misma con el tratamiento hipolipemiante en enfermos con hipercolesterolemia. Además, nuestro Documento propone una atención integral del enfermo coronario indicando los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca, por ser éstos la forma más conveniente de proporcionar un cuidado cardiológico continuado a estos enfermos.

En prevención primaria el Documento Español deja abierta la posibilidad de utilizar el método cualitativo del NCEP-II, basada en la presencia de FRC, o el cuantitativo del Documento Europeo, empleando las tablas para las indicaciones de tratamiento. Esta decisión se tomó después de valorar concienzudamente las ventajas e inconvenientes de los dos métodos. Así, por ejemplo, las tablas del Documento Europeo hacen una valoración precisa y gradual del riesgo absoluto de enfermar, pero en cambio son incómodas para aplicar en la práctica clínica. El Documento Americano del NCEP-II ha tenido una buena aceptación porque es fácil de aplicar en cualquier situación clínica.

En prevención primaria, sea cual sea el método elegido para la indicación del tratamiento, el Documento Español adopta los objetivos terapéuticos del NCEP. Quizá la propuesta del Documento Europeo de tener como objetivo terapéutico el mismo en prevención primaria y secundaria, una vez que se ha decidido tratar, se ajusta más a los resultados de los estudios clínicos y epidemiológicos que se han publicado. Pero también es cierto que nuestra población tiene menos riesgo de enfermar y no habría que ser tan exigente en la consecución del objetivo terapéutico similar para la población de prevención primaria que para los enfermos de prevención secundaria. En este sentido el Documento Español pone de manifiesto las limitaciones de utilizar el cálculo del riesgo coronario de la población española a partir de los resultados del estudio de Framingham, que siguen tanto el Documento del NCEP Americano y el Documento Europeo, al tratarse ésta de una población norteamericana en la edad media de la vida y de riesgo alto. Este método de cálculo puede predecir razonablemente el riesgo coronario en aquellas po-

blaciones europeas ya por sí mismas de riesgo alto, pero puede sobrestimar el riesgo absoluto de aquellas poblaciones europeas de riesgo bajo como es la española. Basándose en este menor riesgo de la población española, nuestro Documento recomienda el tratamiento farmacológico, solo, cuando el riesgo en los próximos 10 años es superior al 20%, y a diferencia del Documento de las Sociedades Europeas recomienda restringir el tratamiento farmacológico, e insistir en las medidas higiénico-dietéticas, en los pacientes con un riesgo superior al 20% al proyectarse a los 60 años.

Los expertos que han elaborado el Documento Español hacen especial énfasis en potenciar nuestra forma especial de alimentarnos. La utilización de productos tradicionales, como el aceite de oliva y otros, aunque no sabemos muy bien todos los mecanismos de acción, sabemos que es beneficiosa. Es decir que independientemente del nivel de colesterol si nosotros mantenemos nuestras costumbres alimenticias padeceremos menos enfermedades cardiovasculares. Además el Documento Español pone de relieve la necesidad de diagnosticar, tratar y proporcionar otras ayudas a los pacientes con dislipemias de origen familiar, cuyo riesgo de enfermar es alto.

La prevención cardiovascular es un campo en continua investigación y ello se traslada a las recomendaciones de los expertos recogidas en los documentos antes mencionados. En el momento actual la opinión de los expertos es que se debería investigar más en dos direcciones. La primera definir mejor el grupo de población asintomática con riesgo intermedio, que es el más numeroso y en el que ocurren la mayoría de los síndromes coronarios agudos. En este grupo el

empleo de técnicas para detección de hipertrofia ventricular, e isquemia silente, como el electrocardiograma, la ergometría y el ecocardiograma, y para valorar la obstrucción coronaria y vascular, como la resonancia y otras, podrían definir con mayor precisión los subgrupos con una relación coste efectividad más adecuada.

Segunda y de gran interés para las poblaciones con menor riesgo coronario, como la nuestra, sería hacer estudios que adapten las predicciones de riesgo cardiovascular, que están basadas en resultados obtenidos en poblaciones anglosajonas, a nuestra población. De esta forma las indicaciones, controles y seguimiento de nuestros pacientes se haría de forma más ajustada y con una mejor relación coste-efectividad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza Pérez I, Villar Álvarez F, Mata López P, Pérez Jiménez F, Maiquez Galán A, Casanovas Lenguas JA et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
2. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancina 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; 19: 1434-1503.
3. National Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of high blood cholesterol in adults. (Adult Treatment Panel II). *Circulation* 1994; 89: 1329-1445.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Cardiología. Consenso para el Control de la Colesterolemia en España. Madrid: MSC, 1990.