

Sumario

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA: LA INTERVENCIÓN SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

- INTRODUCCIÓN
- FACTORES DE RIESGO CORONARIO
- INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA: LOS ESTILOS DE VIDA
 - ACTIVIDAD FÍSICA
 - DIETA
 - TABAQUISMO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA
- AGRADECIMIENTOS

FICHA DE EVALUACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS

PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA: LA INTERVENCIÓN SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del aparato circulatorio representan la primera causa de muerte en la población de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), suponiendo en 1997 el 35% de todos los fallecimientos (1). En este sentido, las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas representan un grave problema de salud pública en nuestra comunidad y en general en los países desarrollados. Así, y a pesar del importante descenso en la mortalidad por cardiopatía isquémica experimentado en la CAV en el periodo 1975-1990, cuantificado en torno al 40% (2), esta enfermedad sigue siendo la primera causa de mortalidad específica, presentando en 1997 una tasa de mortalidad estandarizada de 58,9 por 100.000 habitantes, por delante de la enfermedad cerebrovascular (53,2), del tumor maligno de pulmón (32,9) y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (24,4) (1).

La asociación de la enfermedad coronaria (EC) con los estilos de vida (actividad física, dieta y tabaquismo), es antigua y procede de estudios epidemiológicos iniciados a mitad del siglo XX; así por ejemplo, y para el caso de la dieta, en el denominado estudio de los siete países se estableció una correlación positiva entre el consumo de grasa saturada de la dieta, el nivel de colesterol sérico y la mortalidad debida a EC.

En los ensayos de intervención, la medición de los factores que constituyen los estilos de vida es compleja y heterogénea. Además, existen numerosos ensayos que miden como resultado variables intermedias de respuesta (cifras de colesterolemia, cifras de presión arterial, etc.) mientras que son pocos los que miden las variables finales de interés: morbi-mortalidad cardiovascular. Por todo ello, y a pesar de los datos epidemiológicos disponibles que relacionan a los estilos de vida con la EC, existen dificultades metodológicas para obtener evidencias inequívocas de su asociación causal, y de su potencial preventivo, a través de ensayos de intervención.

En este boletín se describen recomendaciones generales de actuación sobre los estilos de vida (actividad física, dieta y tabaquismo) establecidas por algunos grupos de expertos e instituciones sanitarias, para la prevención primaria de la EC, y por extensión, para las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas. Diversas sociedades científicas disponen de recomendaciones prácticas de interés en sus páginas Web; en este sentido, a continuación se citan algunas direcciones útiles: Sociedad Española de Arteriosclerosis (www.searteriosclerosis.org); Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial (www.seh-lelha.org); Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (www.semefc.es).

Las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas representan un grave problema de salud pública.

1. FACTORES DE RIESGO CORONARIO

Se han descrito multitud de factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar nuevos casos de EC. Son destacables los denominados **factores de riesgo principales**, que se incluyen en la ecuación de predicción del riesgo absoluto del estudio de Framingham (tabla 1) y que fueron tratados en el *INFAC* 1999; 7 (8). Entre ellos, además del **tabaquismo** y la **diabetes mellitus**, sobresalen a su vez la **hipercolesterolemia** y la **hipertensión arterial**: en la población de Framingham el riesgo atribuible correspondiente a la hipercolesterolemia (definida como concentración de colesterol sérico ≥ 200 mg/dl) y a las cifras de presión arterial elevada (definidas como presión arterial $\geq 130/85$ mm Hg) fue aproximadamente del 30% para cada uno de estos dos factores de riesgo (3).

Tabla 1:
Factores de riesgo principales de enfermedad coronaria (3)

FACTORES DE RIESGO
Tabaquismo
Hipertensión arterial
Niveles elevados de colesterol total y LDL-colesterol séricos
Nivel bajo de HDL-colesterol sérico
Diabetes mellitus
Edad avanzada

Además de estos seis, la *American Heart Association (AHA)* considera también la **inactividad física** y la **obesidad** como **factores de riesgo principales** de EC (4).

Por otra parte, la reciente guía de tratamiento de la hipercolesterolemia del *National Cholesterol Education Program (NCEP)* introduce como novedad la identificación de personas que presentan el denominado **síndrome metabólico**, para la **intervención terapéutica intensiva de los cambios en el estilo de vida**, como prevención de la EC. Este síndrome representa un conjunto de factores de riesgo lipídicos y no lipídicos, de origen metabólico, y está estrechamente relacionado con la resistencia insulínica. Se define por la presencia de 3 o más de los siguientes factores de riesgo (tabla 2) (5).

Tabla 2:

Identificación clínica del Síndrome Metabólico (5)

FACTORES DE RIESGO	LÍMITE
Obesidad central (circunferencia de la cintura)	Varones: >102 cm Mujeres: >88 cm
Triglicéridos	≥ 150 mg/dl
HDL-colesterol	Varones: < 40 mg/dl Mujeres: < 50 mg/dl
Presión arterial	$\geq 130/\geq 85$ mm Hg
Glucemia en ayuno	≥ 110 mg/dl

En nuestro entorno, y en el marco de los Contratos Programa con Atención Primaria, la Oferta Preferente de Servicios incluye el tabaquismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, y la obesidad como procesos de intervención preferente.

2. INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA: LOS ESTILOS DE VIDA

Como se ha indicado anteriormente, es metodológicamente difícil evidenciar la efectividad de la intervención sobre los estilos de vida. Así en prevención primaria cardiovascular, la única revisión sistemática actualizada disponible (6) acerca de su efectividad (comprende 11 estudios de intervención multifactorial: dieta, reducción de alcohol, abandono del tabaco, y/o actividad física), concluye que sólo dos estudios mostraron descenso en la morbilidad cardiovascular y que ninguno demostró efecto alguno sobre la mortalidad cardiovascular ni sobre la mortalidad global.

La modificación de los estilos de vida, que generalmente se instauran en la edad temprana de la vida, es siempre difícil. Esta labor se convierte en ardua y complicada, en las consultas de atención primaria en las que a menudo falta tiempo disponible debido a la presión asistencial. Sin embargo, su puesta en práctica es siempre útil debido a que pequeños logros en la reducción del riesgo coronario en el ámbito poblacional pueden tener gran impacto en la reducción de la EC.

El objetivo principal es la prevención de los factores de riesgo de la EC, que debe comenzar en la infancia (prevención de sobrepeso y obesidad infantil, prevención de tabaquismo en los adolescentes, etc) (7). **La intervención sobre los estilos de vida debe ser siempre anterior a la intervención farmacológica, y en todo caso debe mantenerse si ésta se encuentra indicada y se inicia. Los beneficios en salud a largo plazo requieren cambios a largo plazo en los estilos de vida.**

Los factores de riesgo principales de la EC y del síndrome metabólico son susceptibles de terapias no farmacológicas, a través de la intervención sobre los estilos de vida. Las intervenciones que se revisan a continuación se refieren a los siguientes aspectos: **actividad física, dieta y tabaquismo.**

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA

La inactividad física no se incluye en la ecuación de predicción del riesgo de Framingham, aunque la AHA la considera como factor de riesgo principal, y establece que la actividad física aeróbica regular juega un papel en la prevención cardiovascular (4).

La actividad física debe comenzar precozmente en la edad escolar y mantenerse a lo largo de toda

Los beneficios en salud a largo plazo requieren cambios a largo plazo en los estilos de vida.

la vida (8). Las personas a todas las edades deben seleccionar la actividad física adecuada a sus capacidades, necesidades y preferencias; actividades tales como caminar, subir escaleras, ejercicio aeróbico, correr, andar en bicicleta, remar, nadar y deportes como tenis, fútbol o baloncesto son especialmente beneficiosos cuando se practican regularmente.

Para que la actividad física sea efectiva se recomienda la realización de ejercicio físico de intensidad moderada, como mínimo durante 30 minutos, 3-4 veces a la semana. Además en las personas habitualmente sedentarias se recomienda el aumento de ejercicio físico en las actividades físicas diarias (subir y bajar escaleras, desplazarse caminando, etc.) (7, 9, 10, 11,12).

2.2. DIETA

La AHA ha publicado recientemente unas guías dietéticas globales para la reducción del riesgo cardiovascular, dirigidas a la población general (a partir de 2 años de edad), y que pueden reducir además el riesgo de otras enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus tipo 2, la osteoporosis y ciertos tipos de cáncer (tabla 3) (13).

Tabla 3:
Guías dietéticas principales de la American Heart Association (13)

METAS POBLACIONALES				
	PATRÓN GLOBAL DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE	PESO CORPORAL ADECUADO (a)	PERFIL DE COLESTEROL DESEABLE	PRESIÓN ARTERIAL DESEABLE
GUÍAS DIETÉTICAS PRINCIPALES	Incluir en la dieta variedad de frutas, verduras, cereales, derivados lácteos desnatados o bajos en grasa, pescados, legumbres, aves y carnes magras.	Igualar la ingesta energética a las necesidades, adecuándose a la pérdida de peso cuando sea necesario.	Limitar la ingesta de alimentos ricos en grasa saturada y colesterol, sustituyéndolos por alimentos que contengan grasa insaturada tales como verduras, pescado, legumbres y nueces.	Limitar la ingesta de sal (b) y alcohol (c); mantener el peso corporal saludable y la dieta basada en verduras, frutas y derivados lácteos desnatados o bajos en grasa.

(a) Peso corporal adecuado. Índice Masa Corporal: 21-25 Kg/m². Se destaca la importancia de la prevención primaria de la obesidad mediante la adopción precoz de adecuados hábitos alimentarios y de actividad física.

(b) Límite de ingesta de sal: 6 g/día.

(c) Límite de ingesta de alcohol. Varones: 2 unidades de bebida/día (30 g etanol/día); Mujeres: 1 unidad de bebida/día (15 g etanol/día).

Por otro lado, la nueva guía de tratamiento de la hipercolesterolemia del NCEP establece un modelo específico de dieta para la reducción del LDL-coles-

terol, cuya composición en nutrientes figura en la tabla 4 (5).

Tabla 4:
Composición en nutrientes de la dieta para la reducción de LDL-colesterol (5)

NUTRIENTE (ALIMENTOS DE ORIGEN)	INGESTA RECOMENDADA
Grasa saturada (a) (Leche y productos lácteos enteros o sin desnatar, carnes grasas, y alimentos elaborados con grasas vegetales tropicales de coco y palma)	< 7% del total energético
Grasa Poliinsaturada (Pescados azules y aceites de semillas de girasol, maíz y soja)	Hasta 10% del total energético
Grasa Monoinsaturada (Aceite de oliva)	Hasta 20% del total energético
Total de Grasa	25-35% del total energético
Total de Proteínas	Aproximadamente 15% del total energético
Total de Carbohidratos (b)	50-60% del total energético
Fibra	20-30 g/día
Colesterol	<200 mg/día
Total calorías (c)	Adecuar la ingesta y el gasto energético para mantener el peso corporal deseable y/o prevenir el aumento de peso.

(a) Los ácidos grasos trans son otras grasas que elevan el LDL-colesterol y debería limitarse su ingesta. Se encuentran presentes en alimentos elaborados con aceites vegetales parcialmente hidrogenados, tales como margarinas vegetales, alimentos fritos industrialmente y alimentos incluidos en la denominada comida rápida

(b) Los carbohidratos deben obtenerse predominantemente a partir de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (cereales, especialmente integrales, frutas y verduras).

(c) El gasto energético diario debería incluir al menos una actividad física moderada (200 Kcal/día).

El NCEP integra a su vez este modelo de dieta en un **modelo multifactorial de cambios de estilos de vida**, que incluye además de las opciones terapéuticas facilitadoras para la reducción del LDL-colesterol sérico (fitoesteroles 2 g/día y fibra soluble 10-25 g/día), la **reducción del peso** y el **incremento de la actividad física** (5).

Finalmente, la terapia de elección para todos los factores de riesgo (lipídicos y no lipídicos) asociados con el síndrome metabólico es la **reducción del peso** y el **incremento de la actividad física** (5).

2.3. TABAQUISMO

El tabaquismo es un factor de riesgo principal para la EC. Además, los riesgos para la salud del tabaquismo se extienden más allá de sus efectos sobre la EC, ya que es asimismo factor de riesgo del ictus y de la enfermedad arterial periférica, causa la enfer-

medad pulmonar obstructiva crónica, y subyace como causa del cáncer de diferentes localizaciones. Por todo ello los esfuerzos hacia el cese del tabaquismo merecen una elevada prioridad en toda estrategia preventiva (14).

La dependencia al tabaco es una condición crónica que requiere una intervención sistemática y con seguimiento a lo largo del tiempo. El tratamiento de la dependencia del tabaco es altamente coste-efectivo comparativamente a otras intervenciones preventivas (15).

La identificación y el consejo universal a los fumadores, junto con el tratamiento de los motivados, logra

Los esfuerzos hacia el cese del tabaquismo son prioritarios en toda estrategia preventiva.

importantes éxitos sin incrementar excesivamente las cargas de trabajo habituales (16). En este sentido, el clínico se sitúa en una posición estratégica para:

1. La identificación de las personas que fuman.
2. La realización del consejo para dejar de fumar a todos los fumadores.
3. La evaluación de la motivación para dejar de fumar.
4. La oferta de tratamiento deshabitador a quienes ya estén preparados para dejar de fumar.

La incorporación de un programa sistemático para dejar de fumar en las consultas de Atención Primaria de Osakidetza, que sigue los pasos anteriormente descritos, ha demostrado que aumenta en un 5% la probabilidad de dejar de fumar, de forma mantenida, entre todos los fumadores que acuden a la consulta; esta probabilidad alcanza el 20% entre las personas que han aceptado y realizado el tratamiento de deshabitación ofertado por su médico (17).

CONCLUSIONES:

- Las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, de gran impacto sanitario en países desarrollados como el nuestro, son susceptibles de prevención primaria a través de la instauración precoz de hábitos saludables en los estilos de vida.
- Caminar o nadar media hora 3 veces a la semana y evitar el sedentarismo cotidiano, comer habitualmente una dieta variada y ajustada a las necesidades energéticas, con predominio de alimentos de origen vegetal y limitación de grasas saturadas, alcohol y sal, junto a la abstención del tabaco, constituyen estilos de vida cardiosaludables que pueden hacer innecesario el arsenal farmacoterapéutico correspondiente. En todo caso, estos estilos de vida son previos a la terapia farmacológica y deben simultanearse con ésta si se encuentra indicada y se inicia. Puede concluirse que los beneficios en salud a largo plazo requieren cambios a largo plazo en los estilos de vida.
- La consulta de atención primaria, y especialmente la de pediatría, representa una oportunidad estratégica para la intervención preventiva, implementando precozmente actuaciones sobre estilos de vida saludables con repercusión sobre las enfermedades cardiovasculares, así como sobre otras enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Audicana C. Análisis de la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 1997. *Osasunkaria* 1999; 17: 28-35.
2. Esnaola S, Errezola M, Bereciartua JM. La evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica en el País Vasco, 1975-1990. *Med Clin* 1992; 99: 721-724.
3. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-1847.
4. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations. *Circulation* 1999; 100: 1481-1492.
5. Adult Treatment Panel III. Executive Summary of Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
6. Ketola E, Sipilä R, Mäkelä M. Effectiveness of individual lifestyle interventions in reducing cardiovascular disease and risks factors. *Ann Med* 2000; 32: 239-251.
7. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Guide to primary prevention of cardiovascular diseases. *Circulation* 1997; 95: 2329-2331.
8. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, et al. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all americans. *Circulation* 1996; 94: 857-862.
9. Fletcher GF. How to implement physical activity in primary and secondary prevention. *Circulation* 1997; 96: 355-357.
10. Pratt M. Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. *JAMA* 1999; 281: 375-376.
11. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl III HW, Blair SN. Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness. *JAMA* 1999; 281: 327-334.
12. Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TJ, Franckowiak SC. Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women. *JAMA* 1999; 281: 3353-3360.

13. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, Appel LJ, Daniels SR, Deckelbaum RJ et al. AHA Dietary Guidelines. *Circulation* 2000; 102: 2284-2299.
14. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. *Circulation* 1998; 97: 1876-1887.
15. The tobacco use and dependence clinical practice guideline panel, staff and consortium representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
16. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco. *Gac Sanit* 2001; 15: 312-319.
17. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 803-807

Fecha revisión bibliográfica: setiembre 2001

AGRADECIMIENTOS: Agradecemos a Jon Zuazagoitia y Arantza Arrazola (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco), la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

FICHA DE EVALUACIÓN DE NUEVOS MEDICAMENTOS

Como sabéis, desde 1990 CEVIME se encargaba de elaborar las "Fichas de Innovación Terapéutica" en las que se realizaba una evaluación de los nuevos medicamentos comercializados en España.

Con el fin de tener en cuenta los diferentes puntos de vista a la hora de evaluar un nuevo medicamento, hemos creído conveniente crear un Comité multidisciplinar en el que participan, además de los técnicos de CEVIME, médicos y farmacéuticos de atención primaria. Por ello, en mayo del 2001 se creó el Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos (CENM).

Además, hemos querido mejorar en lo posible la sistemática de la evaluación, haciéndola más explícita y hemos cambiado el formato de la ficha de evaluación, que se llamará a partir de ahora "Nuevo Medicamento a examen", haciéndola un poco más extensa. Próximamente recibiréis la primera de las fichas en este nuevo formato, así como una información más detallada de la composición del CENM y de su metodología de trabajo.

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maite Callén, Arribu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Ollaquegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD