

Artículo especial

Novedades en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardiaca



Enrique Galve^{a,*}, Alberto Cordero^b, Vicente Bertomeu-Martínez^b, Lorenzo Fácila^c, Pilar Mazón^d, Eduardo Alegría^e, Jaime Fernández de Bobadilla^f, Esteban García-Porrero^g, Manuel Martínez-Sellés^h y José Ramón González-Juanatey^d

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^c Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General de Valencia, Valencia, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^e Servicio de Cardiología, Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^f Servicio de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

^g Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de León, León, España

^h Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 9 de enero de 2015

Palabras clave:

Novedades

Factores de riesgo

Ejercicio físico

Tabaco

Hipertensión arterial

Diabetes

RESUMEN

El conocimiento en las áreas de riesgo vascular y rehabilitación, como en otras, se enriquece constantemente. Esta revisión aborda las novedades en los campos de la epidemiología, terreno que muestra lo lejos que se está de alcanzar un buen control de los factores de riesgo: en alimentación y nutrición, donde se hace patente la creciente obesidad de una sociedad que consume mal y en exceso; en ejercicio, donde tan difícil es lograr el equilibrio entre beneficio y riesgo, aunque se están haciendo esfuerzos de sistematización; en tabaquismo, donde lo nuevo se centra en programas y políticas, área en que el cigarrillo electrónico aparece más como problema que como solución; en lípidos, donde el debate transatlántico entre guías se erige como paradigma de divergencia de criterio en un aspecto profundamente estudiado; en hipertensión, donde la alternativa no farmacológica (la denervación renal) ha visto surgir el contratiempo del SYMPLICITY HTN-3, lo que obliga a un replanteamiento en profundidad; en diabetes mellitus, donde los nuevos fármacos inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 y del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 y análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 aportan mucha información nueva y anticipan la que está por llegar, y en rehabilitación cardiaca, que las nuevas tecnologías de información y comunicación siguen enriqueciendo y con la cual la enfermedad más avanzada, como insuficiencia cardiaca, no es óbice para obtener beneficio. Se finaliza con las novedades en el paciente anciano, al que se aplican los mismos criterios que se extrapolan de los más jóvenes, cuando la presente revisión establece que no debe ser así.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Update in Cardiology: Vascular Risk and Cardiac Rehabilitation

ABSTRACT

As in other fields, understanding of vascular risk and rehabilitation is constantly improving. The present review of recent epidemiological update shows how far we are from achieving good risk factor control: in diet and nutrition, where unhealthy and excessive societal consumption is clearly increasing the prevalence of obesity; in exercise, where it is difficult to find a balance between benefit and risk, despite systemization efforts; in smoking, where developments center on programs and policies, with the electronic cigarette seeming more like a problem than a solution; in lipids, where the transatlantic debate between guidelines is becoming a paradigm of the divergence of views in this extensively studied area; in hypertension, where a nonpharmacological alternative (renal denervation) has been undermined by the SYMPLICITY HTN-3 setback, forcing a deep reassessment; in diabetes mellitus, where the new dipeptidyl peptidase-4 and sodium-glucose cotransporter type 2 inhibitors and glucagon like peptide 1 analogues have contributed much new information and a glimpse of the future of diabetes treatment, and in cardiac rehabilitation, which continues to benefit from new information and communication technologies and where clinical benefit is not hindered by advanced diseases, such as

Keywords:

Update

Risk factors

Physical exercise

Smoking

Hypertension

Diabetes

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron 119, 08035 Barcelona, España.
Correo electrónico: egalve@vhebron.net (E. Galve).

heart failure. Our summary concludes with the update in elderly patients, whose treatment criteria are extrapolated from those of younger patients, with the present review clearly indicating that should not be the case.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

CV: cardiovascular
HTA: hipertensión arterial
PA: presión arterial
RC: rehabilitación cardiaca

INTRODUCCIÓN

La prevención cardiovascular (CV) es propia de una sociedad avanzada que actúa antes de manifestarse la enfermedad, pero que además se adecua con criterios más exigentes cuando la enfermedad ya está presente. Acorde con los tiempos, los conceptos de efectividad, eficiencia, farmacoeconomía, coste de oportunidad y, en general, economía de la salud se imbrican en nuestro quehacer cotidiano¹. Las intervenciones en prevención CV primaria tienen menor coste individual que las que se aplican en fases de la enfermedad, pero se aplican a segmentos tan amplios de población que a la postre acaban siendo mucho más costosas y precisan de un análisis más concienzudo, que dista de estar bien establecido. Las novedades más importantes en el último año en riesgo vascular y rehabilitación se presentan en este artículo, donde se ha hecho un esfuerzo para resumir las más cercanas al ejercicio clínico de la profesión.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hace apenas un siglo, las enfermedades CV eran la causa de menos del 10% del total de muertes. Impulsado por la industrialización, la urbanización y los cambios en el estilo de vida, el siglo xx supuso un aumento sin precedentes de la esperanza de vida, con un cambio radical en la etiología y la tasa de mortalidad. En este proceso, las enfermedades CV se convirtieron en la primera causa de muerte. Actualmente se debe a ella más del 30% de las muertes en el mundo, con una distribución preferencial en los países de nivel económico alto². Dado el carácter modificable de determinados factores de riesgo claramente identificados, es posible que la transferencia eficiente de estrategias preventivas y terapéuticas altere la evolución natural de la transición epidemiológica en todo el mundo y se reduzcan así las repercusiones globales de las enfermedades CV. Sin embargo, aún se está lejos de alcanzar la excelencia en este sentido.

Los datos de registro EUROASPIRE IV³ mostraron que solo un 51% de los pacientes habían dejado de fumar de 6 meses a 3 años tras un evento coronario, el 43% tenía cifras de presión arterial (PA) por encima del objetivo, el 81% no cumplía los objetivos del control lipídico y, además, el 59% no había participado en ningún programa de prevención del riesgo CV⁴. Estos datos concuerdan con los del estudio PURE⁵, en pacientes con enfermedad CV o cerebrovascular aterosclerótica. En este estudio se evidenció una baja prevalencia de los estilos de vida saludables, pues solo la mitad dejó de fumar, solo el 39% tenía una dieta adecuada y el 35% realizaba actividad

física. En España, los datos del registro EUROASPIRE IV mostraron cifras ligeramente mejores que la media europea (figura 1), con un 73% de pacientes que abandonaron el tabaquismo, un 40% con control subóptimo de PA y un 59% con cifras de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad fuera de objetivos, cifras que concuerdan con las previamente publicadas en el estudio ENRICA⁶ y el registro del grupo BARBANZA⁷. Destaca que en la mayoría de los estudios el porcentaje de pacientes con los tratamientos recomendados por las guías es alto, pero la mayoría no alcanza los objetivos de control de sus factores de riesgo, lo que indica la necesidad de insistir en el médico responsable y el paciente para adecuar dosis y tipo de fármaco de manera individualizada, así como fomentar cambios en el estilo de vida.

La guía europea de prevención CV es consciente de ello, así como de la importancia de relativizar la estrategia preventiva en función del riesgo basal del paciente⁸. Así, establece recomendaciones específicas para controlar los distintos factores de riesgo, estratificando el riesgo basal de acuerdo con el sistema SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*). Actualmente la rehabilitación cardiaca (RC) está aceptada como recomendación de clase I en todas las guías de práctica clínica; es decir, su uso se basa en un beneficio demostrado en múltiples estudios, si bien sigue infrautilizándose. Así pues, parece evidente que todos estos datos indican la necesidad de reforzar programas integrales y multidisciplinarios de prevención en los que participen tanto pacientes como familiares e insistir en el modelo organizativo integrado de atención primaria y especializada⁹.

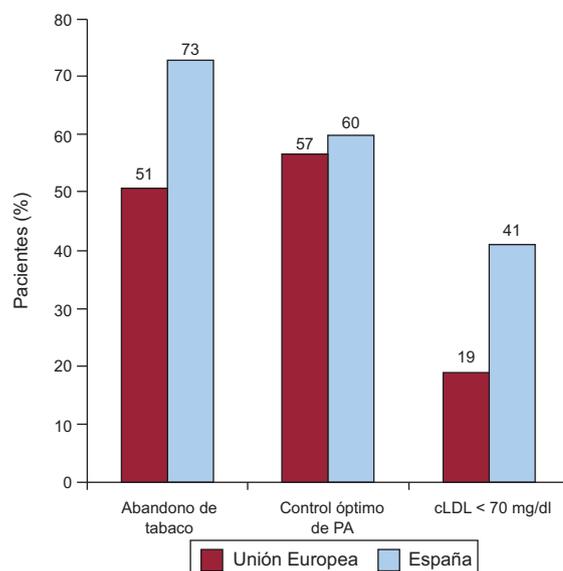


Figura 1. Distribución de los pacientes con control adecuado de factores de riesgo cardiovascular tras un evento coronario, según los datos del estudio *European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events IV*. cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; PA: presión arterial. Adaptado con permiso de Galve et al⁹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013509>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)