

Prevención cardiovascular (II)

Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares

María Grau y Jaume Marrugat

Unitat de Lipids i Epidemiologia Cardiovascular. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. España.

Las funciones de riesgo cardiovascular constituyen la mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria. Después de descartarse la original de Framingham por sobrestimar excesivamente el riesgo real, las funciones adaptadas de REGICOR y SCORE son las dos disponibles en España, aunque la función de REGICOR es la única validada en nuestra población. La estimación del riesgo ha mostrado su utilidad en la toma de decisiones, especialmente para el tratamiento de la hipercolesterolemia; sin embargo, el hecho de que la mayoría de los acontecimientos cardiovasculares se den en individuos clasificados en el grupo de riesgo moderado refleja la escasa capacidad de discriminación de los factores de riesgo clásicos. Con todo, los nuevos elementos propuestos para el cálculo del riesgo (proteína C-reactiva, detección de calcio intracoronario, índice íntima-media carotídea, índice tobillo/brazo) no mejoran la capacidad predictiva de los factores de riesgo clásicos. La alternativa más sólida parece entonces la identificación del «paciente vulnerable» basada en los marcadores de placa vulnerable (inestable o de alto riesgo), sangre vulnerable (tendencia a la trombosis) y miocardio vulnerable (eléctricamente inestable o arritmogénico). Discutimos la posible efectividad de la utilización combinada de las funciones de riesgo, junto con nuevos marcadores de riesgo y pruebas no invasivas, para aumentar la precisión de la selección de pacientes candidatos a prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Funciones de riesgo cardiovascular. Enfermedad coronaria. Enfermedad cardiovascular. Riesgo de enfermedad coronaria. Factores de riesgo. Prevención primaria.

Risk Functions and the Primary Prevention of Cardiovascular Disease

Cardiovascular risk functions are regarded as the best tools for establishing priorities in primary prevention. Since the original Framingham risk chart fell into disuse because it greatly overestimated the real risk, the adjusted REGICOR and SCORE functions have become widely available in Spain, although the REGICOR function is the only one that has been validated for use in the Spanish population. Risk estimates have been shown to be useful for decision-making, particularly on the treatment of hypercholesterolemia. However, the fact that the majority of cardiovascular events occurs in individuals classified as being at a medium risk is evidence for the poor discriminative ability of classical risk factors. Despite the use of new parameters proposed for estimating cardiovascular risk, such as the C-reactive protein level, the detection of coronary calcification, the carotid intima-media thickness and the ankle-brachial index, there has been no improvement in the predictive capacity of classical risk factors. The most promising alternative seems to be the identification of "vulnerable patients" using markers of vulnerable plaque (ie, unstable or high-risk plaque), vulnerable blood (ie, with a tendency for thrombosis), and vulnerable myocardium (ie, electrically unstable or with a tendency for arrhythmia). In this article, we discuss whether the combined use of cardiovascular risk functions, novel risk markers and noninvasive tests can be effective in increasing the accuracy of patient selection for the primary prevention of cardiovascular disease.

Key words: Cardiovascular risk. Cardiovascular risk functions. Coronary disease. Cardiovascular disease. Risk of coronary disease. Risk factor. Primary prevention.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

Sección patrocinada por el Laboratorio Dr. Esteve

«La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano.»

Aldous Huxley

La prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se centra en el control de los factores de riesgo, elementos asociados a la incidencia y mortalidad por estas enfermedades¹⁻⁴. La mejor herra-

Correspondencia: Dr. J. Marrugat.
Unitat de Lipids i Epidemiologia Cardiovascular. IMIM-Hospital del Mar.
Dr. Aiguader, 88. 08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmarrugat@imim.es

TABLA 1. Principales diferencias entre las ecuaciones de riesgo disponibles en España

	Framingham original	Calibrada REGICOR	SCORE
Intervalo de edad en que se puede usar	35-74 años	35-74 años	40-65 años
Tipo de acontecimiento considerado	Morbimortalidad	Morbimortalidad	Mortalidad
Acontecimientos considerados	IAM, mortal o no; angina; IAM silente	IAM mortal o no; angina; IAM silente	Muerte por enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca, aneurisma disecante de aorta y otras
Metodología de obtención	Estudio de cohortes	Calibración de una función basada en estudio de cohortes	Estudio de cohortes
Población de la que se obtienen los riesgos relativos	Estados Unidos	Estados Unidos	2,3%, España; 39,7%, sur y centro de Europa; 58%, norte de Europa
Población de la que se obtiene el riesgo basal en la función para zonas de «bajo riesgo»	—	España	6,1%, España; 93,9%, Italia, Bélgica y Francia (sólo varones)
Valora a los pacientes diabéticos	Sí	Sí	No
Utilización de los datos de cHDL	Sí	Sí	No
Validación completada en España	Sí	Sí	No

cHDL: colesterol de las lipoproteínas de alta densidad; IAM: infarto agudo de miocardio. Adaptado de Ramos et al³⁵.

mienta para establecer prioridades en prevención primaria cardiovascular es la estimación precisa del riesgo de desarrollarlas^{5,6}.

En los últimos años el debate acerca del papel de las funciones de riesgo cardiovascular en Europa y en España ha sido intenso, y la cuestión ha cobrado una viveza dialéctica estimulante y algunas veces turbadora⁷⁻¹⁷. Dialéctica por la cantidad de argumentación vertida, estimulante por la participación de muchos sectores de la medicina que muchas veces callan, y turbadora por algunos equívocos, debidos a la complejidad del problema, que han aparecido a lo largo del proceso. En la mayoría de los profesionales ha prevaecido un silencio prudente en espera de claridad, concisión y, obviamente, sustentación científica en las recomendaciones de los expertos.

El objetivo de esta revisión es determinar la utilidad y las limitaciones de las diferentes funciones para la estimación del riesgo cardiovascular disponibles en nuestro medio, así como analizar posibles nuevas estrategias para el cribado poblacional de riesgo de ECV.

CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Funciones de riesgo disponibles en España

Las tablas de riesgo son métodos simplificados de estimación, basados en funciones matemáticas que modelizan el riesgo de los individuos de distintas cohortes de poblaciones seguidas, generalmente, durante 10 años¹⁸. Estas funciones permiten estimar el exceso de riesgo del individuo respecto del promedio de la

población a la que pertenece. Es decir, a partir de la información sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una muestra representativa de población, se establece un algoritmo matemático que permite obtener el porcentaje de participantes con cada combinación de factores que desarrollan un acontecimiento a 10 años. La estimación, llevada a escala individual, sustenta la toma de decisiones y facilita la priorización de las actuaciones preventivas. El proceso de creación exige que los datos con los que se modelizan las funciones sean representativos de la población cuyo riesgo se va a calcular¹⁹.

En 1990 se publicó la primera versión de la función de Framingham¹⁸ y en 1998 la segunda²⁰. Los autores establecieron un método de calibración para su adaptación con el propósito de que se pudiera utilizar en diferentes poblaciones; el requisito indispensable era disponer de información acerca de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de la incidencia de acontecimientos en dicha población¹⁹. La observación de una sobrestimación constante en el cálculo del riesgo con la función original en diferentes países, incluida España²¹⁻²⁶, condujo a los investigadores del estudio REGICOR (Registre Gironí del Cor)^{27,28} a adaptar esta herramienta a la población española en 2003. El resultado fue una función que ha demostrado que predice correctamente la tasa de acontecimientos coronarios a 5 años en población española de 35-74 años²⁹ comparada con la función original^{26,30}.

El proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) creó una función de riesgo a partir del seguimiento de 200.000 personas de 12 cohortes de 11 países europeos durante 10 años. Las tablas de riesgo basadas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013841>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013841>

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