

Efecto de una intervención global sobre el control integral de múltiples factores de riesgo en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular. Estudio CIFARC 2

A. de la Peña Fernández^a, B. Roca Villanueva^b, I. Cuende Melero^c, J. R. Calabuig Alborch^d, J. Montes Santiago^e, M. Muñoz Rodríguez^f, M. Piedracausa Selfa^g y C. Suárez Fernández^h, en representación del grupo CIFARC

^aHospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ^bHospital General de Castellón. Castellón de la Plana.

^cHospital Provincial San Telmo. Palencia. ^dHospital Universitario La Fe. Valencia. ^eHospital Meixoeiro. Vigo. Pontevedra.

^fHospital de León. León. ^gHospital general Universitario de Elche. Alicante. ^hHospital La Princesa. Madrid.

Fundamento y objetivos. Analizar el impacto que tiene un abordaje global en consultas de Medicina Interna para controlar de forma integral todos los factores mayores de riesgo vascular.

Pacientes y métodos. Estudio multicéntrico de cohorte, prospectivo, sobre pacientes con alto riesgo vascular seguidos durante un año en consultas de Medicina Interna. Se evaluó el grado de control de los factores mayores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad [c-LDL], tabaquismo y obesidad) al principio y al final del seguimiento y el número de recursos sanitarios consumidos para su control.

Resultados. Se estudiaron 456 pacientes (56,9% varones; edad: 65,1 años; desviación estándar: 10,6 años). El 54,4% eran diabéticos, el 58% presentaban lesión de órgano diana y el 46,2% enfermedad cardiovascular. El porcentaje de pacientes con control inicial y final, respectivamente, de los distintos factores de riesgo fue: presión arterial el 50,55% y el 60,6% ($p < 0,001$); c-LDL el 44,7% y el 58,1% ($p < 0,001$); diabetes el 56,5% y el 55,6% ($p > 0,05$); tabaquismo el 63,0% y el 87,5% ($p < 0,001$), y obesidad el 60,0% y el 55,4% ($p < 0,05$). El control integral de todos los factores de riesgo basal y final fue el 10,7% y el 23,2% ($p < 0,001$). Se asociaron a la falta de control integral la diabetes (odds ratio [OR] 4,42; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 2,75-7,14), la presión arterial basal (OR 1,03; IC 95% 1,02-1,05) y el índice de masa corporal (OR 1,08; IC 95% 1,2-1,4). La falta de control integral se asoció con la incidencia de eventos vasculares (OR 2,00; IC 95% 1,09-5,35).

Conclusiones. El abordaje global sobre el paciente con alto riesgo vascular consiguió duplicar al año el grado de control integral de los 5 principales factores de riesgo. La diabetes y la obesidad dificultaron el control. La falta de control integral incrementó en 2 veces el riesgo de eventos vasculares.

PALABRAS CLAVE: enfermedad cardiovascular, epidemiología, factores de riesgo cardiovascular.

Effect of a global intervention in the integral control of multiple risk factors in patients at high or very high cardiovascular risk. CIFARC 2 project

Objectives. To analyze the effect of a global approach on patients with high cardiovascular risk for the integral control of cardiovascular risk factors.

Patients and methods. Multicentric prospective study of patients with high vascular risk, followed-up for one year in internal medicine consultations. We measured the grade of control over major cardiovascular risk factors (hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, tobacco, obesity) before and after the one-year follow-up period.

Results. We studied 456 patients (56% males; age: 66.1, standard deviation: 11.5 years); 54.4% were diabetics, 58.0% had target organ damage and 46.2% had cardiovascular disease. Blood pressure control varied from 50.5 to 60.6; LDL-cholesterol control from 44.7 to 58.1%; diabetes control from 56.5 to 56.6%; tobacco control from 63.0 to 87.5% and obesity control from 60.0 to 55.4%. Integral control of all cardiovascular risk factors varied from 10.7 to 23.2% of patients. Factors independently associated to lack of integral control were: diabetes (Odds Ratio [OR]: 4.42; 95% confidence interval [95%CI]: 2.75-7.14), basal systolic blood pressure (OR: 1.03; 95%CI 1.02-1.05) and basal body mass index (OR: 1.08; 95%CI: 1.02-1.14). Lack of integral control was independently associated to the incidence of cardiovascular events (OR: 2.00; 95%CI: 1.09-5.35).

Conclusions. A global approach on the patient with high cardiovascular risk duplicated the integral control of the five main risk factors. Diabetes and obesity were factors which made integral control difficult. Lack of integral control increased two times the risk of cardiovascular events.

KEY WORDS: cardiovascular disease, epidemiology, cardiovascular risk factors.

De la Peña Fernández A, Roca Villanueva B, Cuende Melero I, Calabuig Alborch JR, Montes Santiago J, Muñoz Rodríguez M, Piedracausa Selfa M, Suárez Fernández C. Efecto de una intervención global sobre el control integral de múltiples factores de riesgo en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular. Estudio CIFARC 2. Rev Clin Esp. 2007;207(3):112-20.

Correspondencia: A. de la Peña Fernández.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Son Llàtzer.
Ctra. de Manacor, km 4.
07198 Palma de Mallorca. Baleares.
Correo electrónico: adelapen@hsl.es

Aceptado para su publicación el 10 de octubre de 2006.

Introducción

Los factores de riesgo cardiovascular modificables mejor caracterizados hasta la actualidad son la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), el taba-

quismo, la obesidad, la dislipemia y el sedentarismo¹. El objetivo principal en la atención de los pacientes con enfermedad cardiovascular o con riesgo cardiovascular alto consiste en identificar e intervenir sobre todos los factores de riesgo para intentar controlarlos, dado el indudable beneficio de ello, tanto mayor cuanto mayor sea el riesgo absoluto del paciente².

A pesar de las evidencias existentes sobre el beneficio de controlar los factores de riesgo^{3,6}, los resultados de los estudios que evalúan el grado de control de cada uno de estos factores en estos pacientes han sido decepcionantes, tanto en prevención primaria como secundaria⁷⁻¹². Un estudio de ámbito nacional realizado por nuestro grupo de trabajo sobre el grado de control de los pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular (CIFARC-1) remitidos a las consultas de Medicina Interna documentaba un control integral de factores de riesgo de tan sólo el 6,9% (para los objetivos deseables de control de HTA, diabetes, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad [c-LDL], peso y tabaquismo)¹¹.

Partiendo de estos datos, nos proponemos analizar el impacto que puede tener la intervención consistente en un abordaje global sobre todos los factores de riesgo en este tipo de enfermos en las consultas de Medicina Interna. Para ello, utilizando como punto de referencia una muestra del grupo inicialmente estudiado en el CIFARC-1, evaluaremos las modificaciones desde el punto de vista del control individual y global de cada uno de estos factores de riesgo tras un año de seguimiento ambulatorio. Asimismo, se analizarán los recursos sanitarios utilizados: visitas médicas en consultas externas, urgencias u hospital, exploraciones complementarias realizadas y las prescripciones farmacológicas llevadas a cabo.

Pacientes y método

Se ha realizado un estudio longitudinal prospectivo en pacientes ambulatorios con alto y muy alto riesgo cardiovascular atendidos de forma continuada en consultas externas de Medicina Interna. Los pacientes seleccionados proceden del estudio transversal CIFARC-1¹¹, es decir, pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular remitidos por primera vez a las consultas externas de Medicina Interna por cualquier motivo. Para el estudio CIFARC-2 un grupo de estos pacientes fueron seguidos de forma periódica durante un año, con el objetivo de intentar mejorar el control de los factores de riesgo. La finalización de evaluación de pacientes para el estudio fue el 31 de diciembre de 2004. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: edad > 18 años, riesgo cardiovascular alto o muy alto definido por al menos una de las siguientes situaciones (obtenido de los últimos informes de Consenso para manejo de HTA (Organización Mundial de la Salud [OMS]/Sociedad Internacional de HTA [SIH] 1999)¹³ Diabetes [ADA? *American Diabetes Association?*, 1997]¹⁴ y Dislipemia [NCEP III? *National Cholesterol Education Program III?*, 2001])¹⁵ que definen un riesgo absoluto según estimaciones del estudio Framingham a 10 años superior al 20% (ya descritos previamente en el trabajo del CIFARC-1)¹¹. Los criterios de exclusión considerados fueron: negativa para participar, estar sometido a control de factores de riesgo simultáneamente por otros especialistas, enfermedades terminales, deterioro cognitivo que impidiera la obtención de información en ausencia de familiar o cuidador capaz de facilitar la misma, embarazo. Para evitar sesgos de selección, los

pacientes fueron incluidos de forma consecutiva, siguiendo el orden en cómo fueron reclutados por el investigador en el estudio CIFARC-1 (muestreo sistemático).

A los pacientes seleccionados se les realizó un seguimiento médico durante un año con el objetivo de optimizar el control terapéutico de los factores de riesgo intentando alcanzar objetivos de control según los diferentes consensos (ver más adelante). La frecuencia de las visitas, las exploraciones realizadas o las modificaciones terapéuticas indicadas, quedaban sometidas al criterio del facultativo. Para cada paciente se registraron las siguientes variables, tanto en el momento de la inclusión en el estudio como al finalizar el seguimiento al año: datos demográficos y antropométricos (edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal), variables biológicas: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), c-LDL, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) (en el caso de los diabéticos), variables clínicas como el número de exploraciones complementarias realizadas durante el año por el médico investigador (bioquímica de sangre y orina, determinación de microalbuminuria, electroencefalograma [ECG], radiografía de tórax, ecocardiograma, ergometría, coronariografía, doppler vascular, estudios vasculares: arteriografía, angiotomografía axial computarizada [angio-TAC] o angiorresonancia magnética nuclear [angio-RMN], etc.), número de visitas médicas realizadas por causa cardiovascular al médico investigador (ajustes terapéuticos, seguimientos, complicaciones, etc.), a una unidad de Urgencias o a otros especialistas, número de ingresos hospitalarios y eventos vasculares acaecidos durante el año (emergencia u urgencia hipertensiva, descompensación de insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria aguda definida como angor, infarto agudo de miocardio o técnica de revascularización, enfermedad cerebrovascular, aparición de enfermedad renal o de síntomas de enfermedad vascular periférica). Por último, se valoró el perfil terapéutico cardiovascular del paciente al inicio y al final del estudio (número total y tipo de fármacos).

Se estimó el grado de control de cada uno de los factores de riesgo y de todos los factores de forma conjunta (control integral). Para la definición de control se consideraron los siguientes criterios: control de PA (basado en las directrices de la OMS/SIH 1999)¹³, en pacientes diabéticos, si la PAS < 130 mmHg y la PAD < 85 mmHg; en pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal con proteinuria < 1 g/día, si la PAS < 130 mmHg y la PAD < 85 mmHg; en pacientes con insuficiencia renal y proteinuria > 1 g/día, si la PAS < 125 mmHg y la PAD < 75 mmHg; para el resto de pacientes, si la PAS < 140 mmHg y la PAD < 90 mmHg. Control de diabetes (basado en la ADA 1997) si la HbA_{1c} era inferior al 7%¹⁴. Control de c-LDL (basado en el NCEP-III)¹⁵: si presentaba 2 o más factores de riesgo, el límite era inferior a 130 mg/dl y si el paciente presentaba cardiopatía coronaria o equivalente (enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta abdominal, enfermedad carotídea sintomática o diabetes), el límite era inferior a 100 mg/dl. Control de tabaquismo: se consideraba controlado si el paciente llevaba más de 6 meses sin fumar. Control de obesidad: se consideró si el índice de masa corporal (IMC) era inferior a 30 kg/m^{2,16}. También se consideró la definición de obesidad abdominal según los límites indicados para varones y mujeres en el consenso del panel de expertos de la ATP-III (*Adult Treatment Panel III*)¹⁵, es decir, superior a 102 cm en el varón y a 88 cm en la mujer.

La recopilación de datos se realizó a través de un cuaderno de recogida de datos (CRD) electrónico que estaba situado en Internet (accesible a partir de la página web de la Federación de la Sociedad de Medicina Interna: <http://www.fesemi.org>).

Consideraciones éticas

Para la inclusión en el estudio se requirió la aceptación voluntaria de los pacientes mediante un consentimiento verbal. Toda la información clínica y administrativa recogida siguió la nor-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3828578>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3828578>

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