

Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC



Andrés de la Peña Fernández^a, Carmen Suárez Fernández^b, Ignacio Cuende Melero^c, Manuel Muñoz Rodríguez^d, José Garré Cánovas^e, Miguel Camafort Babkowski^f, Bernardino Roca Villanueva^g, José Alcalá Pedraja^h y Grupo estudio CIFARC* (Grupo Riesgo Vascular SEMI)

Servicio de Medicina Interna.

^aFundación Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Mallorca. España.

^bHospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

^cHospital Provincial San Telmo. Palencia. España.

^dHospital de León. León. España.

^eClínica Virgen de la Vega. Murcia. España.

^fHospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre. Tarragona. España.

^gHospital General de Castellón. Castellón de la Plana. España.

^hHospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es determinar el porcentaje de pacientes con alto riesgo cardiovascular que tienen controlados de forma global todos sus factores de riesgo mayores (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, tabaco y obesidad).

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio transversal sobre pacientes ambulatorios de medicina interna, mayores de 18 años y con riesgo cardiovascular alto o muy alto (según la escala de Framingham, superior al 20% a los 10 años). Se evaluó el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, tabaquismo y obesidad) según las definiciones de control de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión, Joint National Committee VI, National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III y American Diabetes Association.

RESULTADOS: Se estudió a 2.264 pacientes (el 53,7% eran varones), con una edad media (desviación estándar) de 66,1 (11,5) años. El 74,6% eran hipertensos; el 61,1%, dislipémicos; el 59,8%, diabéticos tipo 2; el 31,1%, fumadores; el 38%, obesos, y el 36,7% se hallaba en prevención secundaria. El control de la hipertensión arterial fue del 34,5%; el de la dislipemia, del 50,3%; y el de la diabetes mellitus, del 35,5%. El control de todos los factores de riesgo de forma global fue del 6,9% (y del 10,2% si se excluye la obesidad). Los factores relacionados de forma independiente con un mal control integral fueron la diabetes mellitus (*odds ratio* [OR] = 0,33; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,23-0,47), la dislipemia (OR = 0,34; IC del 95%, 0,24-0,48) y la existencia de proteinuria (OR = 0,36; IC del 95%, 0,18-0,71); se relacionaron con un mejor control integral el sexo varón (OR = 1,67; IC del 95%, 1,18-2,38), la hipertrofia ventricular izquierda (OR = 1,62; IC del 95%, 1,15-2,30) y la realización de pruebas complementarias (OR = 1,01; IC del 95%, 1,01-1,08).

CONCLUSIONES: Solamente el 6,9% de los pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular tienen controlados los 5 principales factores de riesgo mayores. La existencia de diabetes mellitus, dislipemia o proteinuria predisponen a un mal control integral de dichos factores, mientras que el número de exploraciones complementarias realizadas se asocia con un mejor control.

Palabras clave: Control integral factores de riesgo cardiovascular. Alto riesgo cardiovascular.

Integral control of risk factors in patients of high and very high cardiovascular risk in Spain. CIFARC project

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The objective of this study was to determine the percentage of patients with high and very high cardiovascular risk, with their risk factors globally well controlled (hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, tobacco and obesity).

PATIENTS AND METHOD: Transversal study of ambulatory patients of internal medicine with an estimated cardiovascular risk high or very high (Framingham stratification scale over 20% in ten years). We evaluated the degree of control of their cardiovascular risk factors attending to the recommendations provided by recent international guidelines (WHO/ISH, JNC-VI, NCEP-ATP-III, ADA).

RESULTS: We studied 2,264 patients (53.7% males; mean age: 66.1 ± 11.5 years; 74.6% hypertensive, 61.1% dyslipidemic, 59.8% type 2 diabetes, 31.1% smokers, 38.0% obese and 36.7% in secondary prevention). Control of hypertension was achieved in 34.5%, dyslipidemia in 50.3% and diabetes in 35.5%. Global control of every risk factor was achieved in 6.9% (in 10.2% if we exclude obesity since it is not a risk factor used for cardiovascular stratification). Factors independently associated with a bad integral control were: diabetes (OR = 0.33; 95%CI: 0.23-0.47), dyslipidemia (OR = 0.34; 95%CI: 0.24-0.48), proteinuria (OR = 0.36; 95%CI: 0.18-0.71). Factors independently associated with a better cardiovascular control were: male sex (OR = 1.67; 95%CI: 1.18-2.38), ventricular hypertrophy (OR = 1.62; 95%CI: 1.15-2.30) and the number of exploratory tests (OR = 1.01; 95%CI: 1.01-1.08).

CONCLUSIONS: Only 6.9% of patients with a high or very high cardiovascular risk have all their principal risk factors under control. The presence of diabetes, dyslipidemia or proteinuria predisposed to a worse control and the number of complementary tests performed to the patients was related to a better control.

Key words: Integral control cardiovascular risk factors. High cardiovascular risk.

*Al final del artículo se indican los miembros del Grupo CIFARC.

Correspondencia: Dra. C. Suárez Fernández.
Servicio de Medicina Interna. Hospital La Princesa.
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.
Correo electrónico: csuarez@medynet.com

Recibido el 8-3-2004; aceptado para su publicación el 13-7-2004.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad en los países desarrollados. Tanto en su prevención primaria como en la secundaria, esta enfermedad ocupa una gran parte de la actividad diaria del médico de atención primaria y especializada, y consume una importante proporción de tiempo y recursos.

El proceso responsable de la enfermedad es común (arteriosclerosis), pero sus factores de riesgo son múltiples y sus manifestaciones clínicas, diferentes, dependiendo del territorio vascular afecto. Los factores de riesgo cardiovascular modificables mejor caracterizados hasta la actualidad son la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), el tabaquismo, la obesidad, la dislipemia y el sedentarismo. El objetivo principal en la atención de este tipo de pacientes 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 paciente.

A pesar de las evidencias existentes sobre el beneficio de controlar los factores de riesgo, los resultados de los estudios que evalúan el grado de control de cada uno de ellos en estos pacientes han sido decepcionantes, tanto en prevención primaria como secundaria. En el estudio EUROASPIRE II, que hace referencia al grado de control en pacientes con enfermedad coronaria recogidos durante los años 1999 y 2000 en diferentes países europeos, incluido España, se constata que el grado de control de la HTA era tan sólo del 50%, el 72% de los diabéticos no estaban controlados, el 58% no tenían sus cifras de colesterol controladas, el 21% eran fumadores activos y el 31% eran obesos. Los datos existentes se refieren al grado de control de cada uno de los factores de riesgo por separado; sin embargo, no existen datos sobre el porcentaje de pacientes que tienen controla-

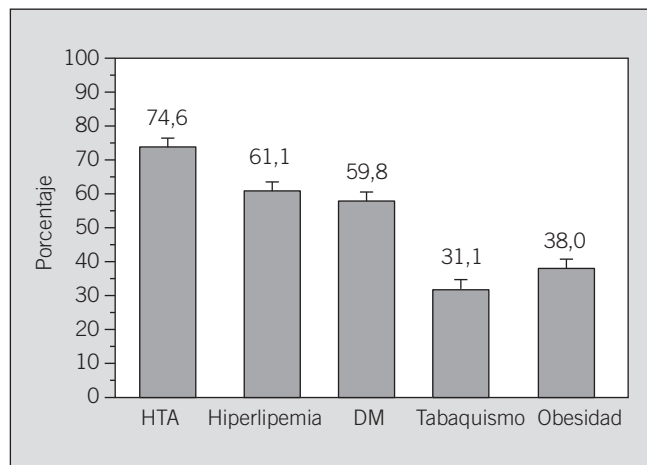


Fig. 1. Prevalencia de factores de riesgo (las barras reflejan el intervalo de confianza del 95%). HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus.

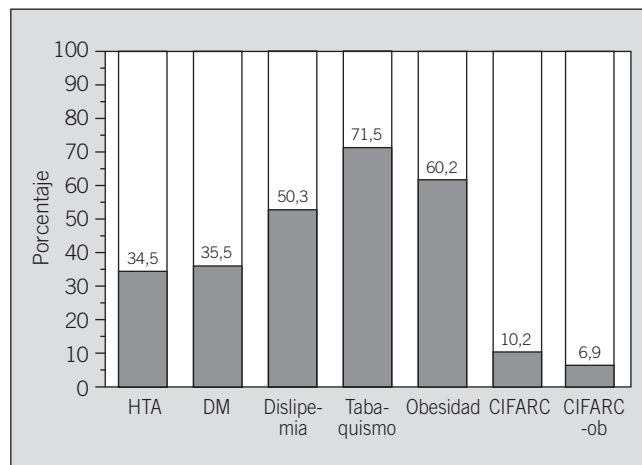


Fig. 2. Grado de control individual de cada uno de los factores de riesgo –hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, tabaquismo, obesidad– y de todos los factores de riesgo cardiovascular de forma integral –sin incluir la obesidad (CIFARC), o incluyéndola (CIFARC-ob)–.

dos simultáneamente todos sus factores de riesgo, es decir, los pacientes que presentan un control integral, que, en definitiva, es el objetivo terapéutico real. Es esperable que, ya que el análisis individual sobre el grado de control de cada factor de riesgo en España ha demostrado ser pobre, aún lo sea más el control simultáneo de todos ellos. Esto ocurriría incluso en los pacientes de riesgo más elevado, en quienes es indudable el beneficio de la intervención. Los factores implicados en la falta de control son múltiples e incluyen desde deficiencias en la adherencia al tratamiento a actitudes por parte del médico poco intervencionistas o la falta de coordinación entre niveles asistenciales. Desgraciadamente, esta situación se da a pesar de un aparente consumo elevado de recursos. Este trabajo pretende confirmar la hipótesis de que no sólo es deficitario el control de cada uno de los factores de riesgo a nivel individual, sino que el control integral de todos los factores de riesgo cardiovascular es aún más escaso y poco eficiente.

Pacientes y método

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en pacientes ambulatorios con alto y muy alto riesgo cardiovascular que acuden a las consultas externas de servicios de medicina interna durante el año 2002.

Para evitar sesgos de selección se realizó un muestreo sistemático, que incluyó a los pacientes atendidos consecutivamente en consultas externas de medicina interna y derivados como primera visita por cualquier motivo. El período de inclusión duró 6 meses. Se debían cumplir los siguientes criterios: edad > 18 años; riesgo cardiovascular alto o muy alto, definido por al menos una de las siguientes situaciones –partiendo de los últimos informes de consenso de la Organización Mundial de la Salud/Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS/SH)¹³ de 1999 para el tratamiento de la HTA, de la American Diabetes Association (ADA)³ de 1997 y para la DM y del Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel (NCEP-III)¹⁴ de 2001 para la dislipemia, que definen un riesgo absoluto a los 10 años, según estimaciones del estudio Framingham, superior al 20%–:

- Criterio 1: presión arterial de 180/110 mmHg o mayor, incluso en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Criterio 2: presión arterial de 140/90 mmHg junto a la presencia de otros 3 factores de riesgo cardiovascular (varones mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años, tabaquismo –contesta afirmativamente a la pregunta: «¿Es fumador?»–, colesterol total superior a 250 mg/dl o tratamiento hipolipemiente, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura –cardiopatía coronaria, muerte súbita o ictus– en familiares masculinos de menos de 55 años y/o familiares femeninos de primer grado de menos de 65 años).
- Criterio 3: presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg aun en ausencia de factores de riesgo pero con al menos una lesión de órgano diana –hipertrofia ventricular izquierda por electrocardiograma o ecocardiograma, proteinuria (> 300 mg/24 h) y/o aumento leve de la creatinina (1,2-2 mg/dl), placa de ateroma en carótidas, aorta, ilíacas, femorales, retinopatía hipertensiva grados I-II (estenosis focal o generalizada de las arterias retinianas o signos de cruce)–.

– Criterio 4: DM (según criterios de la ADA de 1997) con presión arterial mayor o igual a 130/85 mmHg y/o colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) mayor de 130 mg/dl.

– Criterio 5: cLDL mayor de 130 mg/dl al menos en 2 determinaciones y 3 o más de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (NCEP-III): varón de 45 años de edad o mayor o mujer mayor o igual a 55 años, presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad inferior a 40 mg/dl, tabaquismo, antecedentes familiares de cardiopatía coronaria prematura (en familiares masculinos de menos de 55 años; en familiares femeninos y de primer grado de menos de 65 años); un valor de cHDL mayor de 60 mg/dl se considera un factor negativo y permite eliminar uno de los factores de riesgo presentes del recuento total.

– Criterio 6: enfermedad cardiovascular definida: enfermedad vascular cerebral (ictus trombótico, ictus hemorrágico, accidente isquémico transitorio), cardiopatía (infarto agudo de miocardio, angina, revascularización, insuficiencia cardíaca congestiva), nefropatía (nefropatía diabética, creatinina superior a 2 mg/dl), enfermedad vascular (aneurisma de aorta abdominal, arteriopatía sintomática o retinopatía hipertensiva de grados III/IV –exudados o hemorragias, edema de papila–).

Los criterios de exclusión considerados fueron: negativa para participar, enfermedades terminales, deterioro cognitivo que impidiera la obtención de información en ausencia de familiar o cuidador capaz de facilitarla, embarazo.

Se evaluaba a los pacientes sobre su situación cardiovascular mediante anamnesis (datos clínicos: factores de riesgo, lesión de órgano diana, trastornos clínicos asociados, medicación en el momento de la visita), con objeto de valorar su situación global de riesgo cardiovascular y su grado de control. Asimismo, se realizó una exploración física (peso, talla, cálculo del índice de masa corporal como peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros y determinación de la presión arterial según las directrices de la OMS¹³), recogida de datos bioquímicos (colesterol total, cLDL, cHDL y triglicéridos y hemoglobina glucosilada, obtenidos de un análisis realizado en los 6 meses previos) y evaluación retrospectiva durante el año anterior referente al número de visitas a otros especialistas por razón de su enfermedad cardiovascular (de forma ambulatoria, en urgencias o bajo régimen de ingreso) y a los recursos consumidos (número de análisis, estudios radiológicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y otras exploraciones más complejas).

Para la definición de control de la presión arterial, según el Sexto Informe del Joint National Committee (JNC-VI)/OMS/SH de 1999¹³, se emplearon los si-

TABLA 1

Perfil terapéutico del grupo de pacientes con riesgo cardiovascular

	N.º de casos	Porcentaje (IC del 95%)	Media (extremos)
Tratamiento antihipertensivo	1.945	85,9 (84,5-87,3)	–
Tratamiento antidiabético	949	41,9 (39,9-43,9)	–
Tratamiento hipolipemiente	1.193	52,7 (50,6-54,8)	–
Tratamiento antiagregante	1.247	55,1 (53,0-57,1)	–
N.º de fármacos totales	2.228	–	5,45 (0-27)
N.º de fármacos por riesgo vascular	2.229	–	4,01 (0-18)

IC: intervalo de confianza.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9297275>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9297275>

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