



Introducción

Las enfermedades vasculares (EV), entre las que se incluyen fundamentalmente la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica, constituyen una de las principales causas de morbilidad y discapacidad y la primera causa de muerte en los países occidentales¹.

En España se produjeron durante el año 2.008, 122.552 muertes por esta causa (55.623 en hombres y 66.929 en mujeres), lo que supone alrededor del 32% del total de las defunciones en ese año (28% en hombres y 36% en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 274 por 100.000 habitantes (255 en hombres y 292 en mujeres). Las cifras de mortalidad por EV en Andalucía superan la situación nacional con un 35% de las muertes (30% en hombres y 40% en mujeres). Los dos principales componentes de las enfermedades vasculares son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, que en conjunto producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total².

Las tasas de mortalidad ajustadas por edad en España en el conjunto de EV y por separado, en cardiopatía isquémica, ictus e insuficiencia cardíaca, muestran una disminución en las últimas décadas (1975-2008) tanto en hombres como en mujeres, sobre todo a expensas de la mortalidad por ictus. Esta tendencia descendente se observa también en Andalucía, pero siempre con tasas de mortalidad por encima de la media española. Sin embargo, debido al envejecimiento de la población, en términos absolutos, la mortalidad por EV no sólo no ha disminuido sino que incluso ha aumentado, sobre todo la relacionada con la cardiopatía isquémica².

La tasa de morbilidad hospitalaria de las EV fue de 1.352 altas hospitalarias por 100.000 habitantes (1.521 en hombres y 1.186 en mujeres) en el año 2.008 en

España, y causó más de 5 millones de estancias hospitalarias (alrededor del 13% de todas las altas hospitalarias y 15% del total de estancias). La tasa de morbilidad hospitalaria de la enfermedad isquémica del corazón fue de 302 por 100.000 habitantes (424 en hombres y 181 en mujeres). Respecto a la enfermedad cerebrovascular, la tasa de morbilidad fue de 257 por 100.000 habitantes (277 en los hombres y 237 en mujeres)³.

En conjunto, las tasas de morbilidad hospitalaria debidas a las EV se han triplicado en España desde 1980 hasta la actualidad, a expensas de un aumento de las tasas de morbilidad por cardiopatía isquémica, seguida de la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardiaca, todas ellas susceptibles de prevención mediante intervenciones adecuadas sobre los denominados factores de riesgo vascular (FRV)³.

La elevación de la mortalidad en términos absolutos y de la morbilidad hace esperar que el impacto sanitario de estas enfermedades continúe aumentando en los próximos años^{1,4}.

Andalucía es una de las comunidades autónomas (CCAA) que presenta las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas de España. La elevada prevalencia de FRV en nuestra comunidad justifica en parte esta situación, a pesar de ser una de las CCAA menos envejecidas de España.

Un FRV es una característica biológica (o una conducta) que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una EV en aquellos individuos que lo presentan. Entre los FRV causales se incluyen la hipertensión arterial, el tabaquismo, las dislipemias, la diabetes mellitus y la edad avanzada. Éstos son básicamente los FRV mayores e independientes, algunos modificables y otros no, y son los que tienen una asociación más fuerte con la EV; además son muy frecuentes en la población. Según una evaluación preliminar del Estudio Dreca 2 (Evolución del riesgo cardiovascular en la población andaluza en los últimos 16 años, 1.992-2.007)⁵, el 70% de los andaluces entre 20 y 74 años presentan al menos un FRV, con la siguiente distribución:

- Fuman el 31,3% (34,2% hombres y 28,9% mujeres).
- El 29,9% son hipertensos (32,3% hombres y 27,8% mujeres).
- El 47,8% tienen dislipemia (53,4% hombres y 42,8% mujeres).
- El 14,4% presentan diabetes (16,6% hombres y 12,5% mujeres).
- El 29,5% son obesos (30% hombres y 29,1% mujeres).

Además, el 88% de los andaluces mayores de 16 años no realiza actividad física regular (83,3% hombres y 92,5% mujeres), según datos de la Encuesta Andaluza de Salud 2.007⁶.

A estos FRV causales, se unen nuevos y numerosos factores de riesgo identificados a partir de la investigación etiopatogénica de la aterosclerosis y respaldados en observaciones clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. Son los denominados factores de riesgo emergentes, con una lista cada vez más amplia. Sin embargo, las evidencias, aunque abundantes, no son aún lo suficientemente sólidas como para recomendar su inclusión en la práctica clínica, por lo que en

este PAI de riesgo vascular se centra en los FRV “clásicos” en los que la evidencia científica es sólida.

La carga de enfermedad que un factor de riesgo genera en la población depende de su prevalencia, de la intensidad de la asociación de dicho factor con la enfermedad y de su valor predictivo. Estos FRV son los responsables de la mayor parte de los casos de EV en la población andaluza. Uno de los principios básicos de la prevención primaria de la EV es reducir el riesgo de enfermar. El conocimiento de estos aspectos permite establecer una intensidad de la intervención proporcional a la magnitud del riesgo, así como acordar prioridades de actuación.

Dada la alta prevalencia (aislada o en combinación) de los FRV y que en Andalucía la puerta de entrada del usuario al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es la Atención Primaria (AP), la manera más eficiente para llevar a cabo la detección de los FRV en la población es el empleo de una estrategia de carácter oportunista, basada en aprovechar los múltiples contactos y motivos de consulta de los individuos con los servicios de AP. La garantía de accesibilidad y longitudinalidad de estos servicios los hacen el lugar idóneo para realizar la mayor parte de las actividades relacionadas con la detección, diagnóstico y tratamiento de los FRV⁴.

Por otro lado, dado que los recursos son limitados y que las pruebas científicas demuestran que el impacto y la eficacia de las intervenciones es mayor cuanto mayor es el riesgo vascular, el cálculo del riesgo vascular (RV) es, pese a sus limitaciones, la herramienta más útil de la que actualmente se dispone en la clínica para establecer las prioridades en prevención vascular y decidir sobre la intensidad de las intervenciones. Por lo tanto, el cálculo y estratificación del RV es un elemento de gran utilidad en el manejo de aquellos pacientes con algún FRV⁷⁻¹⁰.

Esta nueva edición del PAI del Riesgo Vascular tiene muy presente la perspectiva de género, dada la evidencia acumulada sobre el RV en la mujer, basada en varios hechos fundamentales: las EV son la principal causa de muerte en la mujer en los países occidentales, su aparición ocurre en edades más avanzadas que en los hombres (entre 10-15 años después) lo que, junto con la elevada esperanza de vida media de las mujeres en estos países, hace que se mantengan en situación de riesgo una parte importante de su vida. De hecho, y de manera paradójica, la situación actual es que la reducción de muertes de causa vascular es mayor en hombres que en mujeres y la incidencia de EV aumenta en éstas de forma evidente, sobre todo en las de mayor edad⁷⁻⁸.

Además, existen algunas diferencias en la presentación de los FRV y las medidas para corregirlos entre mujeres y hombres que deben ser tenidas en cuenta, como el hecho de que la diabetes en la mujer supone casi el doble del riesgo de EV que en el hombre o la generalización de tratamientos farmacológicos suponiendo que se comportarán de la misma forma en ambos sexos, cuando la mayoría de estudios y ensayos clínicos en los que se han validado tienen un alto porcentaje de hombres, pero una escasa representación de mujeres. Es el caso del uso de ácido acetil salicílico (AAS); con la evidencia actual disponible, en mujeres reduce el riesgo de ictus pero no de infarto de miocardio, o de la diferencia de resultados del tratamiento hipolipemiente entre ambos sexos⁹. También existen factores vin-

culados al sexo femenino que ofrecen una cierta protección para el desarrollo de EV durante la edad fértil de la mujer, aunque no está aún claramente demostrado a qué se debe^{9,10}.

Por otro lado, aunque la valoración del RV global y su manejo en prevención primaria o secundaria es igual en ambos sexos, es preciso que los profesionales de la salud presten una especial atención a la evaluación del mismo en la mujer y enfatizar el enorme interés que tiene incentivar y lograr un estilo de vida saludable, mucho más importante que el tratamiento farmacológico para evitar o disminuir el elevado riesgo a edades avanzadas. Debe quedar claramente expresado que la aparición más tardía de las EV en las mujeres, puede enmascarar un riesgo relativo alto en una mujer joven con bajo riesgo absoluto, que dará lugar a serios problemas vasculares a medida que vaya cumpliendo años. Esta situación también ocurre en los hombres, pero su efecto es menos intenso⁹⁻¹⁰.

De las misma forma, hay que tener en cuenta poblaciones de riesgo aumentado y de especial vulnerabilidad, que no se verán reflejadas mediante el calculo del riesgo vascular, como es el caso de las personas que padecen un trastorno mental grave en tratamiento con neurolépticos y personas con VIH-SIDA en tratamiento con antiretrovirales.

Es primordial, para conseguir un cierto grado de efectividad de las actividades preventivas entre otras actuaciones, la intervención de equipos multidisciplinares de profesionales relacionados con la salud, ya que la falta de una adecuada comunicación y cooperación da lugar a acciones de carácter episódico que conlleven cuidados descoordinados y de baja calidad, así como duplicación de tareas e insatisfacción en pacientes y profesionales.

Por ello, para el desarrollo de un proceso asistencial que clarificará de una manera integral el manejo del paciente en RV, se constituyó un grupo de trabajo de profesionales de medicina y enfermería de distintas especialidades al que se le hizo el encargo de actualizar el PAI Riesgo Vascular adecuándolo a los conocimientos disponibles y a la realidad del SSPA. El resultado final de nuestro trabajo es el presente documento, que pretende ser un proceso ordenado y sistematizado de actuaciones y cuyas particularidades más destacables son las siguientes:

- Los pilares fundamentales del proceso son el enfoque a la persona y el enfoque a resultados. En la perspectiva ciudadana, se plantea la estratificación de las personas con FRV en función de su estadio de cambio, programándose intervenciones distintas para un mismo nivel de riesgo según la situación particular de cada una. En cuanto a los resultados, tanto las intervenciones como el seguimiento se realizan con el fin de lograr los resultados individuales según necesidades y expectativas de la persona.
- La captación de personas en el PAI puede y debe realizarla cualquier profesional del SSPA, aunque por sus características de accesibilidad y longitudinalidad, el ámbito asistencial clave para la mayor parte de las actividades es la AP.
- Se aborda la identificación, diagnóstico, intervención y seguimiento de las personas con FRV (hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, diabetes y

obesidad) con un planteamiento integral y con un objetivo fundamentalmente preventivo; sin entrar en el manejo diagnóstico y terapéutico específico de las manifestaciones clínicas de la EV.

- Un elemento central de las actividades que se proponen es el cálculo cuantitativo del RV. En línea con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología y de gran número de sociedades científicas de nuestro país, aún asumiendo las limitaciones que pueda tener, se recomienda el cálculo del riesgo utilizando la tabla SCORE para poblaciones de bajo riesgo vascular ⁵⁻⁶.

- Para facilitar el uso rutinario en la consulta, se propone la estratificación de la población en tres niveles de riesgo: situación óptima ningún FRV, riesgo bajo (SCORE < 5%) y riesgo alto (SCORE ≥ 5%) ⁵⁻⁶.

- Se definen, asumiendo la controversia que ello pueda suponer, objetivos terapéuticos claros y concretos para cada uno de los FRV.

- La mayor parte de las actuaciones y actividades que se proponen van acompañadas de su correspondiente grado de recomendación.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar los estudios relacionados con la estimación del riesgo vascular. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales Medline, Embase, Centre for Reviews and Dissemination, Nice, Guíasalud, SIGN, Guidelines Advisory Committee, National Guidelines Clearinghouse, Canadian Medical Association Infobase, New Zealand Guidelines Group, Hayes, Fistera, NHS Evidence, ECRI, LILACS y Colorado Clinical Guidelines hasta el 4 de noviembre del 2009. Además se consultaron páginas webs como la del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

La búsqueda se realizó sin limitación por idioma, aunque sí se limitó por tipo de estudio y fecha de realización incluyéndose desde enero del año 2007 hasta noviembre de 2009, para evitar así las guías no actualizadas. Se seleccionaron guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metanálisis siguiendo el formato PICO (participantes, intervención, comparación y resultados).

Se realizó una lectura crítica y una síntesis cualitativa, valorando para ello el diseño y la metodología empleada en las principales guías utilizadas mediante la herramienta AGREE disponible en el siguiente enlace: <http://www.agreecollaboration.org/instrument/>

Las estrategias de búsqueda incluyeron términos como “risk”, “risk factor”, “cardiovascular”, entre otros; tanto en formato libre como en lenguaje controlado con los términos MeSH, Emtree, etc.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Riesgo Vascular se encuentran disponibles en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSA); a ellos se puede acceder mediante el correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

