

Evaluación del Riesgo Cardiovascular en APS

Autor: Dra Josefina Pacheco G, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 3 de Julio 2018

Resumen de portada: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. En este artículo se revisará la evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes sin eventos cardiovasculares previos.

Palabras Claves: “Riesgo Cardiovascular”, “Medicina Familiar”, “APS”

Evaluación del Riesgo Cardiovascular en APS

Autor: Dra Josefina Pacheco G, Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Isabel Mora M, Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 3 de Julio 2018

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo y en Chile (1,2).

Dada la importancia clínica se han desarrollado diversos métodos de evaluación de Riesgo Cardiovascular (RCV). Éste se define como la probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular en un plazo definido (5 y 10 años), determinado por un efecto combinado de diversos factores de riesgo, que habitualmente coexisten, actuando en forma multiplicativa.

A continuación, desarrollaremos el tema contestando las siguientes preguntas: por qué evaluar, a quién realizar la evaluación, y con qué método cuantitativo realizar la evaluación de riesgo cardiovascular.

Por qué evaluar:

Este enfoque general de riesgo cardiovascular permite priorizar actividades de prevención cardiovascular, definir intensidad del tratamiento de los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y permite identificar pacientes de alto riesgo (prevención primaria) que se beneficiarían de tratamiento. Sin embargo, la evidencia es incierta con respecto a la efectividad clínica de realizar evaluación de RCV en pacientes sin eventos cardiovasculares previos, ya que esta evaluación podría disminuir los niveles de FRCV y aumentar el inicio o intensificación de prescripción de fármacos en pacientes de alto riesgo, siendo incierto si esto se traduce en una disminución de eventos cardiovasculares clínicamente relevantes (3).

A quién realizar la evaluación de RCV:

Diversas guías recomiendan realizar evaluación sistemática de RCV en edades específicas, no existiendo un consenso a nivel mundial. En Chile, la guía de riesgo cardiovascular propone evaluar el RCV a todo sujeto entre 35 y 75 años que acude por primera vez a un centro de salud a realizarse un examen de medicina preventiva. En personas < 35 años, se puede estimar el RCV como en el rango de edad entre 35-45 años. En individuos > 75 años no existe consenso, y se puede estimar el RCV según cada caso en particular (4).

Debemos usar métodos cuantitativos (calculadoras de riesgo) en pacientes que no tiene criterios independientes de ALTO riesgo CV tales como: Enfermedad cardiovascular ateroesclerótica documentada, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Renal Crónica etapa 3b-5 o albuminuria $\geq 30\text{mg/g}$, HTA refractaria o Dislipidemia severa (Col-LDL $>190\text{mg/dL}$). Aunque la evidencia más actual demuestra que la DM por sí sola no debiera considerarse un equivalente coronario, a pesar de esto la mayoría de las guías la reconocen como tal ⁽⁵⁾.

Con qué método cuantitativo realizar la evaluación del RCV:

Existen múltiples calculadoras de RCV (363 calculadoras aproximadamente) las cuales se caracterizan por extraer la estimación del riesgo a poblaciones con distinta carga de enfermedad que la población de origen. Según un estudio, el 22-48% de los médicos usan de forma regular alguna calculadora de RCV ⁽⁶⁾.

Dado que existen diversas calculadoras de RCV, ¿cuál podríamos usar en nuestra población? Se sabe que el rendimiento de la calculadora de riesgo de Framingham podría variar considerablemente entre las poblaciones, llevando a un sobre o sub tratamiento en prevención primaria ⁽⁷⁾. Por otra parte, una revisión sistemática de los distintos modelos de RCV demostró que no está clara la real utilidad de la mayoría de estos modelos ya que presentan deficiencias importantes en la metodología, y además existe una falta de validación externa ⁽⁸⁾.

Dado lo anterior, en Chile se adaptó la función de Framingham para la población Chilena, entre 35 a 74 años, y se generaron tablas nacionales de estimación de riesgo coronario global a 10 años en el año 2009 ⁽⁹⁾. A pesar de esto, este método de evaluación de RCV presenta diversas limitaciones; entre ellas, destaca que se realizó una estimación de la incidencia de enfermedad coronaria con datos secundarios ya que Chile no cuenta con un estudio de seguimiento, y no se conocen los datos reales de la validación, por lo que desconocemos su real capacidad predictiva. Sin embargo, la guía de Riesgo Cardiovascular del Minsal realizada el 2014 la propone como método de cálculo del RCV para nuestra población.

Conclusión

Existe un grado de incertidumbre importante en cuanto a la efectividad de realizar evaluación de RCV en pacientes sin eventos cardiovasculares previos. Por otra parte, no sabemos cuál calculadora de riesgo es realmente efectiva o certera en nuestra población. A pesar de esto, la última guía chilena de riesgo CV la propone como método a utilizar. Es importante tener claro entonces que las decisiones de tratamiento y manejo debemos tomarlas de manera individualizada, enfocadas en el tipo de paciente que estamos atendiendo, y utilizando de manera juiciosa el cálculo del RCV como herramienta de apoyo durante nuestra atención.

Bibliografía:

1. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, World Health Organization.
2. Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y MINSAL, Indicadores de Salud Chile 2013
3. Karmali KN, et al. Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD006887
4. Enfoque de riesgo para la prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Consenso 2014 Chile.

5. U. Bulugahapitiya, S. Siyambalapitiya, J. Sithole* and I. Idris. Is diabetes a coronary risk equivalent? Systematic review and meta-analysis. 2009 Diabetes UK. *Diabetic Medicine*, 26, 142–148.
6. Klaus Eichler et al. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC Family Practice* 2007, 8:1
7. P Brindle, A Beswick, T Fahey, S Ebrahim. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Heart* 2006;92:1752–1759
8. Johanna A A G Damen et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. *BMJ* 2016;353:i2416
9. Gloria Icaza, Loreto Núñez, Jaume Marrugat, Verónica Mujica, M. Cristina Escobar, Ana Luisa Jiménez, Paulina Pérez, Iván Palomo. Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función de Framingham adaptada para la población chilena. *Rev. méd. Chile* [online]. 2009, vol.137, n.10 pp. 1273-1282 .