

## Mensajes Clave

### A. Generalidades: Prevención y Estimación del riesgo

1. La ECV aterosclerótica, como la enfermedad coronaria (EC) y los accidentes cerebrovasculares como más importantes, sigue siendo la causa más importante de muerte prematura en todo el mundo. La EC es la causa más importante de muerte en todo el mundo, su prevalencia sigue en ascenso y se ha convertido en una pandemia. Constituye la mayor causa de muerte prematura en mujeres.
2. La ECV está fuertemente relacionada con el estilo de vida, especialmente con el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios poco saludables, la inactividad física y el estrés psicosocial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con cambios adecuados del estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad CV.
3. La prevención se suele definir típicamente como prevención primaria y prevención secundaria, aunque en la ECV la distinción entre estas dos categorías es arbitraria debido a la naturaleza subyacente y progresiva del proceso aterosclerótico. Según las aportaciones de Rose, se consideran dos tipos de estrategias para la prevención de la ECV: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo. La estrategia poblacional pretende reducir la incidencia de la ECV mediante cambios en el estilo de vida y el entorno de la población general. Esta estrategia se desarrolla fundamentalmente mediante medidas políticas e intervenciones poblacionales. Como ejemplos de esta estrategia, podemos mencionar la prohibición de fumar y la reducción del contenido de sal en los alimentos. La ventaja que ofrece es que puede aportar grandes beneficios a la población, aunque quizá tenga poco que ofrecer al individuo. El impacto de esta estrategia en el número total de eventos CV en la población puede ser importante, ya que es una estrategia dirigida a todos los individuos y la mayoría de los eventos ocurren en el grupo mayoritario de personas con riesgo moderado.
4. En la estrategia de alto riesgo, las medidas preventivas están dirigidas a la reducción de los factores de riesgo de los individuos de alto riesgo: individuos sin ECV que se sitúan en la parte superior de la distribución del riesgo CV total o individuos con ECV establecida. Si bien los individuos a los que se dirige esta estrategia tienen más probabilidades de beneficiarse de las intervenciones preventivas, el impacto en la población es escaso, ya que el número de personas con alto riesgo es bajo.
5. La escasa atención dedicada a la prevención de la ECV en los mayores, los jóvenes, y personas con riesgo moderado/bajo no está justificada. Varios estudios han demostrado que las medidas preventivas (como la reducción de la

PA y dejar de fumar) son beneficiosas incluso a edades avanzadas. Estos hechos indican que la prevención de la ECV debe mantenerse durante toda la vida.

6. Los cambios observados entre los estudios EUROASPIRE I (1996) y EUROASPIRE III (2010) revelan que el porcentaje de fumadores no ha cambiado, que el control de la PA no ha mejorado a pesar de un mayor uso de fármacos antihipertensivos, y que el número de pacientes con obesidad central sigue aumentando, mientras que el control lipídico ha mejorado significativamente. El estudio EUROASPIRE III incluyó a pacientes asintomáticos con alto riesgo en el grupo de prevención primaria; la adherencia a las recomendaciones sobre el estilo de vida y el porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos de PA, lípidos y glucemia es aún peor.
7. En personas aparentemente sanas, el riesgo CV es resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo. Un sistema de estimación del riesgo como el SCORE puede ayudar a tomar decisiones lógicas para el manejo de la enfermedad y evitar los tratamientos deficientes o excesivos.
8. Los individuos con un riesgo CV elevado precisan una intervención inmediata en todos los factores de riesgo sin necesidad de realizar un cálculo específico de riesgo.
9. En personas jóvenes, un riesgo absoluto bajo puede encubrir un riesgo relativo muy alto; el uso de las tablas de riesgo relativo o la estimación de su «edad de riesgo» son útiles en estas personas y permiten asesorarles sobre la necesidad de cambios en el estilo de vida.
10. Aparentemente, las mujeres tienen un riesgo CV más bajo que los varones; sin embargo, esta apreciación puede ser engañosa, ya que el riesgo de las mujeres se retrasa unos 10 años, pero no se evita.
11. El manejo del riesgo total permite cierta flexibilidad: si no se alcanzan los objetivos para un factor de riesgo específico, se puede reducir el riesgo con intervenciones más intensivas en otros factores.
12. Se recomienda que el cribado de los factores de riesgo, incluido el perfil lipídico, se considere en varones mayores de 40 años y mujeres mayores de 50 años o posmenopáusicas. Se debe dedicar un esfuerzo especial a la valoración del riesgo en personas socialmente desfavorecidas, ya que suelen tener mayor carga de factores de riesgo.

## **B. Modificación del Estilo de Vida: Estrategia Comunicativa**

1. Una interacción positiva y cordial es una poderosa herramienta para potenciar la capacidad de un individuo para sobrellevar la enfermedad y mantener el estilo de vida y la medicación recomendados. Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria.
2. Algunas intervenciones sobre el comportamiento, como la entrevista de motivacional, aumentan la motivación y la autoeficacia. Los intentos negativos o fallidos de cambiar el comportamiento resultan frecuentemente en menor autoeficacia para futuros cambios y suelen llevar a otro fracaso. Un paso importante para cambiar experiencias negativas en positivas es ayudar al individuo a establecer objetivos realistas; establecer unos objetivos y supervisarse el comportamiento elegido son las herramientas básicas necesarias para obtener resultados positivos. Esto a su vez aumentará la autoeficacia para el comportamiento elegido y permitirá establecer nuevos objetivos. Avanzar a pasos pequeños y consecutivos es uno de los puntos clave del cambio de comportamiento a largo plazo.

## **C. Modificación del Estilo de Vida: Tabaquismo**

1. El tabaquismo es una causa establecida de numerosas enfermedades y del 50% de todas las muertes evitables de fumadores, la mitad de las cuales es por ECV. El tabaquismo se asocia a un aumento del riesgo de todos los tipos de ECV: EC, ACV isquémico, EAP y aneurisma abdominal de aorta. Según la estimación del sistema SCORE, el riesgo de eventos CV mortales a 10 años se multiplica por 2 en los fumadores. Sin embargo, mientras que el riesgo relativo de infarto de miocardio en fumadores mayores de 60 años es del doble, el riesgo relativo de los fumadores menores de 50 años es 5 veces más alto que en los no fumadores.
2. Los estudios sobre individuos sin ECV establecida muestran que los exfumadores presentan un riesgo intermedio que se sitúa entre el de los fumadores activos y el de quienes no han fumado nunca. Tras un infarto de miocardio, dejar de fumar es la más efectiva de todas las medidas preventivas: una revisión sistemática y un meta-análisis de 20 estudios de cohortes sobre el abandono del tabaquismo tras el infarto de miocardio mostró un beneficio del 0,64% en la mortalidad [IC95% 0,58-0,71] respecto a los que seguían fumando. Un año después de dejar de fumar el riesgo de IM se reduce a la mitad, aproximándose al de no fumadores al cabo de 20 años (este plazo en pacientes post-infartados parece ser más corto, de unos 3 años). Dejar de fumar es la medida con mejor relación coste/efectividad en la prevención CV. El consejo médico para ayudar a dejar de fumar es la intervención con mayor y mejor evidencia entre todas las actividades de consejo en AP.

3. La mayoría de las personas que dejan de fumar lo hacen sin asistencia.
4. El consejo firme y explícito del médico de que el paciente debe dejar de fumar del todo es muy importante a la hora de comenzar el proceso de abandono del tabaco y aumenta las probabilidades de éxito (OR = 1,66; IC95%, 1,42-1,94).
5. Los fumadores deben saber que su peso puede aumentar una media de 5 kg, pero que los beneficios para la salud superan con mucho los riesgos de la ganancia de peso.
6. La Terapia Sustitutiva con Nicotina (mediante chicles, parches trans-dérmicos, aerosoles o inhaladores nasales y tabletas sublinguales) se ha utilizado ampliamente para ayudar al exfumador durante las difíciles primeras semanas o meses de abstinencia. Todas las formas disponibles de TSN son efectivas: en una revisión sistemática, la abstinencia con TSN frente al grupo control obtuvo OR = 1,58 (IC95%, 1,50-1,66). La eficacia de los parches de nicotina y la ausencia de efectos adversos se han probado en pacientes con EC.
7. El antidepresivo bupropión ayuda al abandono del tabaquismo a largo plazo con una eficacia similar a la de la TSN. Un meta-análisis de 36 estudios en los que se compararon las tasas de abandono a largo plazo mediante bupropión y en un grupo control mostró una tasa relativa de éxito de 1,69 (IC95%, 1,53-1,85), mientras que la evidencia de un efecto adicional del bupropión combinado con TSN fue insuficiente.
8. La vareniclina, un agonista parcial de los receptores de la nicotina, aumenta de 2 a 3 veces las posibilidades de éxito del abandono del tabaco a largo plazo respecto a los intentos sin asistencia farmacológica, también en pacientes con ECV. Varios estudios apuntan a un escaso beneficio de la vareniclina sobre la TSN y el bupropión. Los efectos secundarios son raros pero, debido a su relación con eventos adversos graves como estados depresivos, agitación y pensamientos suicidas, debe realizarse una historia psiquiátrica y una valoración del riesgo de suicidio antes de prescribir este tratamiento. En presencia de morbilidad o angustia, se aconsejará al paciente que deje de fumar y se pospondrá el uso de otros fármacos distintos de la TSN.
9. Todas las terapias farmacológicas para la deshabituación tabáquica deben utilizarse a corto plazo, ya que no se dispone de datos sobre su seguridad y su eficacia a largo plazo.

#### **D. Modificación del Estilo de Vida: Nutrición**

1. El mayor reto en la prevención de la ECV mediante la dieta es desarrollar estrategias más efectivas para conseguir que la población cambie su dieta (tanto cuantitativa como cualitativamente) y mantenga una dieta saludable y un peso normal

2. El impacto de la dieta puede estudiarse a diferentes niveles; el estudio de nutrientes específicos es la forma más detallada. El estudio de alimentos o grupos de alimentos es otra manera de evaluar la dieta, y su traducción a recomendaciones dietéticas es más sencilla. Por último, aumenta el interés en modelos dietéticos, y la dieta mediterránea es la más estudiada. En personas con alto riesgo cardiovascular, una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva extra virgen o frutos secos reduce, en el estudio PREDIMED, la incidencia de eventos cardiovasculares mayores. En cuanto a los componentes de la variable principal, sólo las comparaciones de riesgo de accidente cerebrovascular alcanzaron significación estadística. En una serie de estudios se demostró el efecto protector de esta dieta, y recientemente se ha realizado un metaanálisis<sup>276</sup>. La adherencia a la dieta mediterránea se calculó mediante un sistema de categorización (puntuación de la dieta mediterránea), en la que se obtiene 1 punto por cada componente de la dieta cuando la ingesta es superior a la media de la población del estudio (frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado, consumo moderado de vino tinto) o inferior a la media (carnes rojas o procesadas, productos lácteos). Dependiendo del número de alimentos sobre los que se obtiene información, la puntuación puede variar de 0 a 7-9. El meta-análisis muestra que una mayor adherencia a la dieta mediterránea (representada por más de 2 puntos en la puntuación) se asocia a una reducción del 10% en la incidencia y la mortalidad CV (RR conjunto = 0,90; IC95%, 0,87-0,93) y con una reducción del 8% en la mortalidad por todas las causas (RR conjunto = 0,92; IC95%, 0,90-0,94).
3. En prevención, la composición de los ácidos grasos de la dieta es más importante que el contenido total de grasa. Por lo tanto, para la prevención dietética de la ECV es importante reducir la ingesta de grasas saturadas a un máximo del 10% de la energía y sustituirlas por grasas poliinsaturadas. Los ácidos grasos mono-insaturados tienen un efecto favorable en los valores de cHDL cuando sustituyen a los ácidos grasos saturados o los hidratos de carbono en la dieta. Los ácidos grasos poliinsaturados reducen las concentraciones de cLDL y, en menor medida, aumentan el cHDL cuando sustituyen a los ácidos grasos saturados. Los ácidos grasos n-3 son importantes. Aunque no tienen un impacto en las concentraciones séricas de colesterol, se ha demostrado que reducen la mortalidad por EC y, en menor cuantía, por ictus. La subclase de ácidos grasos insaturados llamados «trans» aumentan el colesterol total y reducen las concentraciones de cHDL. Estas grasas se encuentran en la margarina y productos de bollería. Se recomienda que menos del 1% de la ingesta total de energía derive de grasas trans; cuanto menos, mejor.
4. Se recomienda comer cada día al menos 200 g de fruta (2-3 piezas) y 200 g de verduras (2-3 raciones).

5. Se recomienda comer pescado al menos dos veces por semana, una de ellas pescado azul.
6. Se recomienda que se limite el consumo de alcohol a un máximo de 1 copa/día las mujeres (10 g de alcohol) y 2 copas/día los varones (20 g de alcohol) para alcanzar el nivel más bajo de riesgo de enfermedad crónica.
7. El consumo regular de refrescos azucarados se asocia con sobrepeso y DM2. Del mismo modo, el consumo regular de bebidas azucaradas (2 bebidas/día frente a 1 bebida/mes) se asoció a un 35% más riesgo de EC en mujeres, incluso después del ajuste por otros hábitos poco saludables de vida y dieta; sin embargo, las bebidas con edulcorantes artificiales no se asociaron con la EC.

### **E. Modificación del Estilo de Vida: Actividad Física**

1. La actividad física regular y el ejercicio aeróbico se relacionan con un riesgo reducido de eventos coronarios mortales y no mortales en individuos sanos, individuos con factores de riesgo coronario y pacientes cardiacos de distintos grupos de edad.
2. La actividad física también tiene un efecto positivo en muchos de los factores de riesgo de ECV establecidos, porque previene o retrasa el desarrollo de hipertensión en sujetos normotensos y reduce la PA en pacientes hipertensos, aumenta las concentraciones de cHDL, ayuda a controlar el peso y reduce el riesgo de DM no dependiente de insulina.
3. La cantidad de actividad física/ejercicio aeróbico de intensidad moderada capaz de producir una reducción en la mortalidad CV y por todas las causas es de 2,5-5 h/semana; cuanto mayor sea la duración total de la actividad física/ejercicio aeróbico que se practique cada semana, mayores son los beneficios observados. Cabe señalar que se obtienen los mismos resultados con la práctica de 1-1,5 h/semana de actividad física/ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa o una combinación equivalente de intensidad moderada y vigorosa. Además, la evidencia disponible indica que la cantidad semanal de actividad física/ejercicio aeróbico puede obtenerse sumando múltiples momentos de ejercicio diario, cada uno  $\geq 10$  min, y que el ejercicio o actividad debe distribuirse en la mayoría de los días de la semana.
4. Una actividad física de intensidad moderada se define en términos relativos como una actividad realizada al 40-59% de la reserva de la frecuencia cardiaca, o a una tasa de esfuerzo percibido de 5-6 en la escala de Borg. De la misma forma, la actividad física vigorosa se realiza a un 60-85% de la reserva de frecuencia cardiaca, o a una tasa de esfuerzo percibido de 7-8 en la escala de Borg. En términos generales, el riesgo de eventos CV graves relacionados con el ejercicio en personas claramente sanas es extremadamente bajo y se sitúa entre

1/500.000 y 1/2.600.000 pacientes-horas de ejercicio. De forma general, se recomienda que las personas sedentarias y las personas con factores de riesgo CV comiencen con actividad física de intensidad baja. En los pacientes con enfermedad cardiovascular el consejo sobre actividad física debe estar basado en un diagnóstico exhaustivo que incluya los datos derivados de una prueba de esfuerzo.

## Escenario Clínico

1. Acude a su consulta un varón de 38 años, electricista de profesión al que han realizado una reconocimiento físico por parte del servicio de medicina laboral de su empresa. Le recomiendan que contacte con usted porque han detectado un incremento en su TA (145/90 mmHg), y un nivel de CT en 280 mg/dL. El paciente refiere fumar 15 cigarrillos diarios, toma una cerveza al día en el almuerzo, pesa 82 Kg para una talla de 1.70 m (IMC 28,37), su glucemia en ayunas 92 mg/dL. En su tiempo libre le gusta ir al cine y a pescar. Señale la respuesta correcta:

- a. Por la tabla SCORE tiene un riesgo de muerte cardiovascular inferior a 1% de modo que pertenece a una población de bajo riesgo cardiovascular y podemos diferir las recomendaciones.

En personas jóvenes, un riesgo absoluto bajo puede encubrir un riesgo relativo muy alto; el uso de las tablas de riesgo relativo o la estimación de su «edad de riesgo» son útiles en estas personas y permiten asesorarles sobre la necesidad de cambios en el estilo de vida.

- b. **En comparación con varones de su misma edad, acumula un riesgo 5 veces superior de muerte cardiovascular evitable en las próximas décadas y tiene una edad actual de riesgo de 55 años.**

En personas jóvenes, un riesgo absoluto bajo puede encubrir un riesgo relativo muy alto; el uso de las tablas de riesgo relativo o la estimación de su «edad de riesgo» son útiles en estas personas y permiten asesorarles sobre la necesidad de cambios en el estilo de vida.

- c. Debería iniciar inmediatamente un tratamiento con estatinas.

En individuos asintomáticos, el primer paso es valorar el riesgo CV total e identificar los componentes del riesgo que hay que modificar. La estimación del riesgo debe repetirse en intervalos de 5 años si el riesgo CV total es bajo o no se observan cambios significativos en los niveles de riesgo de los factores más importantes.

- d. Es preferible primeramente tratar la hipertensión arterial.

Las intervenciones en el estilo de vida podrían ser suficientes para los pacientes con la PA ligeramente elevada. La evidencia del beneficio del tratamiento en pacientes con hipertensión de grado 1 es escasa debido a que los estudios sobre la hipertensión leve realizados en el pasado incluían fundamentalmente a pacientes de alto riesgo. El momento de iniciación del tratamiento farmacológico depende del nivel de riesgo CV total.



2. Usted ve la necesidad de animar al paciente a modificar diferentes formas de conducta que influyen en sus factores de riesgo. ¿Cuál de estas parece la mejor estrategia para alcanzar este objetivo?

- a. Dar información por escrito sobre un programa de ejercicio regular, dieta hipocalórica y aconsejar un tratamiento con parches de nicotina para dejar de fumar.

Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria.

- b. Al disponer de escaso tiempo es mejor remitir el paciente a un nutricionista.

Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria.

- c. Explorar las preocupaciones que el paciente tiene sobre su salud, sus ideas sobre el efecto de estos factores de riesgo y el tipo de ayuda que solicita de usted.**

Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria. Avanzar a pasos pequeños y consecutivos es uno de los puntos clave del cambio de comportamiento a largo plazo. Algunas intervenciones sobre el comportamiento, como la entrevista de motivacional, aumentan la motivación y la autoeficacia. Los intentos negativos o fallidos de cambiar el comportamiento resultan frecuentemente en menor autoeficacia para futuros cambios y suelen llevar a otro fracaso. Un paso importante para cambiar experiencias negativas en positivas es ayudar al individuo a establecer objetivos realistas; establecer unos objetivos y supervisarse el comportamiento elegido son las herramientas básicas necesarias para obtener resultados positivos.

- d. Solicitar varias pruebas complementarias para buscar daño precoz en órganos diana.

Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria.

3. El paciente le comenta que lleva tiempo deseando cambiar algunos hábitos que cree perjudiciales para su salud, en especial el uso del cigarrillo. Ha hecho dos intentos de breve duración para dejarlo. Esto le desanima pues en su círculo de amigos hay varios fumadores que no han podido dejarlo. Además no quiere ganar más peso y piensa que dejar de fumar lo engordaría. Tiene prejuicios contra los parches de nicotina porque cree que lo pondrán más nervioso. Señale la actitud más adecuada que usted puede tomar.

- a. Si ya ha fracasado en dos ocasiones, es mejor centrarse en la dieta o el consejo sobre actividad física para que el paciente no se desaliente más.

El tabaquismo es una causa establecida de numerosas enfermedades y del 50% de todas las muertes evitables de fumadores, la mitad de las cuales es por ECV. El tabaquismo se asocia a un aumento del riesgo de todos los tipos de ECV: EC, ACV isquémico, EAP y aneurisma abdominal de aorta. Según la estimación del sistema SCORE, el riesgo de eventos CV mortales a 10 años se multiplica por 2 en los fumadores.

- b. Aclararle al paciente que la mayoría de las personas no ganan peso al dejar de fumar y así disipar este prejuicio.

Los fumadores deben saber que su peso puede aumentar una media de 5 kg, pero que los beneficios para la salud superan con mucho los riesgos de la ganancia de peso.

- c. **Respaldar firmemente este deseo de dejar el hábito, analizar las circunstancias de las anteriores recaídas y la información que extrae de esas experiencias e invitarle a poner una fecha para dejar de fumar informándole sobre tratamientos adicionales que pueden ayudarlo.**

El consejo firme y explícito del médico de que el paciente debe dejar de fumar del todo es muy importante a la hora de comenzar el proceso de abandono del tabaco y aumenta las probabilidades de éxito (OR = 1,66; IC95%, 1,42-1,94).

- d. Los tratamiento farmacológicas no suelen ayudar a las personas para dejar su hábito por lo que no hay que informarle sobre sus prejuicios con TSN.

La Terapia Sustitutiva con Nicotina (mediante chicles, parches transdérmicos, aerosoles o inhaladores nasales y tabletas sublinguales) se ha utilizado ampliamente para ayudar al exfumador durante las difíciles primeras semanas o meses de abstinencia. Todas las formas disponibles de TSN son efectivas: en una revisión sistemática, la abstinencia con TSN frente al grupo control obtuvo OR = 1,58 (IC95%, 1,50-1,66). La

eficacia de los parches de nicotina y la ausencia de efectos adversos se han probado en pacientes con EC.

4. Tres meses después el paciente viene a su consulta a una revisión, lleva 3 meses sin fumar de lo cual está muy satisfecho. Ha ganado 3 Kg de peso y los valores de TA, GBV y CT no han variado sustancialmente. Está preocupado por su peso pues refiere que ronca más y tolera peor caminar a un paso ágil. Le pide consejo sobre su alimentación. ¿Qué actitud ve más adecuada?
- a. Recomendar una dieta estándar escrita y animar al paciente a que la siga lo más estricto posible.

Los consejos confusos o complejos de los profesionales de la salud reducen la capacidad del individuo para adoptar un estilo de vida sano. Es especialmente importante explorar la experiencia individual del paciente, sus pensamientos y preocupaciones, sus conocimientos y las condiciones de su vida diaria. Los consejos individualizados son una buena base para motivar al paciente y conseguir su compromiso. En la medida de lo posible, las decisiones deben ser compartidas entre el profesional médico y el paciente (incluidos su cónyuge y su familia) para lograr la implicación activa del individuo y su familia en los cambios del estilo de vida y la adherencia a la medicación.

- b. Prescribir suplementos nutricionales que sustituyan algunas de las comidas.

Los suplementos nunca deben reemplazar a los alimentos reales.

- c. **Conocer los hábitos dietéticos actuales del paciente mediante una encuesta dietética, comprobar su aproximación a la dieta mediterránea y a partir de ahí proponer cambios concretos realizables por el paciente en el contexto familiar.**

El estudio de alimentos o grupos de alimentos es otra manera de evaluar la dieta, y su traducción a recomendaciones dietéticas es más sencilla. Por último, aumenta el interés en modelos dietéticos, y la dieta mediterránea es la más estudiada. La adherencia a la dieta mediterránea se calculó mediante un sistema de categorización (puntuación de la dieta mediterránea), en la que se obtiene 1 punto por cada componente de la dieta cuando la ingesta es superior a la media de la población del estudio (frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado, consumo moderado de vino tinto) o inferior a la media (carne roja o procesada, productos lácteos). Dependiendo del número de alimentos sobre los que se obtiene información, la puntuación puede variar de 0 a 7-9. El meta-análisis muestra que una mayor adherencia a la dieta mediterránea (representada

por más de 2 puntos en la puntuación) se asocia a una reducción del 10% en la incidencia y la mortalidad CV (RR conjunto = 0,90; IC95%, 0,87-0,93) y con una reducción del 8% en la mortalidad por todas las causas (RR conjunto = 0,92; IC95%, 0,90-0,94).

- d. Remitir al paciente a neumología y endocrinología pues sospecha una apnea del sueño y probablemente a la larga necesitará cirugía bariátrica.

En paciente que han fracasado en sus intentos de reducción de peso, orlistat y la cirugía bariátrica para pacientes con  $IMC \geq 40$  o  $IMC \geq 35$  en presencia de entidades co-mórbidas de alto riesgo son las únicas opciones. No es el caso de nuestro paciente.

- 5. El paciente le comenta que hasta hace 8 años practicaba ciclo-turismo de montaña con un grupo de amigos. Desea retomar la actividad pero teme hacerlo con su actual estado de forma. ¿Qué le recomendaría?

- a. Debe esperar a que se normalicen mediante la dieta sus constantes pues puede ser peligroso. Solamente debe caminar.

La actividad física regular y el ejercicio aeróbico se relacionan con un riesgo reducido de eventos coronarios mortales y no mortales en individuos sanos, individuos con factores de riesgo coronario y pacientes cardíacos de distintos grupos de edad. En términos generales, el riesgo de eventos CV graves relacionados con el ejercicio en personas claramente sanas es extremadamente bajo y se sitúa entre 1/500.000 y 1/2.600.000 pacientes-horas de ejercicio.

- b. Si no pierde peso el ejercicio físico es inútil para mejorar su riesgo vascular.

La actividad física también tiene un efecto positivo en muchos de los factores de riesgo de ECV establecidos, porque previene o retrasa el desarrollo de hipertensión en sujetos normotensos y reduce la PA en pacientes hipertensos, aumenta las concentraciones de cHDL, ayuda a controlar el peso y reduce el riesgo de DM no dependiente de insulina.

- c. **Animarlo a retomar la actividad haciéndolo de forma paulatina y moderada hasta mejorar su entrenamiento. Le da como referentes información sobre la frecuencia cardíaca de reserva y la escala subjetiva de Borg.**

La cantidad de actividad física/ejercicio aeróbico de intensidad moderada capaz de producir una reducción en la mortalidad CV y por todas las causas es de 2,5-5 h/semana; cuanto mayor sea la duración total de la actividad física/ejercicio aeróbico que se practique cada semana,

mayores son los beneficios observados. 4. Una actividad física de intensidad moderada se define en términos relativos como una actividad realizada al 40-59% de la reserva de la frecuencia cardiaca (FC máxima-FC en reposo), o a una tasa de esfuerzo percibido de 5-6 en la escala de Borg (me esfuerzo, no voy cómodo, pero puedo resistirlo).

- d. Antes de retomar el entrenamiento debe realizarse una prueba de esfuerzo.

En los pacientes con enfermedad cardiovascular el consejo sobre actividad física debe estar basado en un diagnóstico exhaustivo que incluya los datos derivados de una prueba de esfuerzo. No es este el caso.

6. Tres meses más tarde el paciente acude a una cita con su enfermera. Ha estado en un programa de seguimiento con ella para reforzar las medidas comentadas con anterioridad. Pesa 78 Kg, aporta controles de TA en su domicilio 130/82, 128/80 y 135/84 mmHg, sin embargo en la consulta la enfermera registra 145/90 mmHg. El CT se encuentra en 252 mg/dL y su glucemia al azar es 84 mg/dL. Ha incorporado a su forma de alimentarse los cambios aconsejados y practica deporte una vez en semana con buena tolerancia. Refiere que ha incrementado su consumo de bebidas alcohólicas a una copa de vino y tres de cervezas al día. ¿Cómo debería actuar la enfermera?

- a. Debe remitir al paciente a su médico de familia por sospecha de hipertensión.

**Los valores de PA medidos de forma ambulatoria o en casa guardan estrecha relación con el pronóstico. La monitorización de la PA es útil pues permite diagnosticar dos entidades clínicas específicas, la llamada hipertensión «de bata blanca» o aislada, que se caracteriza por valores elevados en consulta y valores ambulatorios normales, y la hipertensión «enmascarada», caracterizada por valores normales en consulta y valores ambulatorios elevados. Los umbrales de PA utilizados para la definición de la hipertensión según la medición ambulatoria o en casa de la PA difieren de los medidos en consulta o en el hospital. Su diagnóstico requiere una monitorización estandarizada.**

- b. Su consumo de alcohol es protector respecto de la incidencia de enfermedad arteriosclerótica. No debe animarlo a su modificación.

La recomendación es que se limite el consumo de alcohol a un máximo de 1 copa/día las mujeres (10 g de alcohol) y 2 copas/día

los varones (20 g de alcohol) para alcanzar el nivel más bajo de riesgo de enfermedad crónica.

- c. Debe recomendarle que sustituya las cervezas por refrescos.

El consumo regular de refrescos azucarados se asocia con sobrepeso y DM2. Del mismo modo, el consumo regular de bebidas azucaradas (2 bebidas/día frente a 1 bebida/mes) se asoció a un 35% más riesgo de EC en mujeres, incluso después del ajuste por otros hábitos poco saludables de vida y dieta; sin embargo, las bebidas con edulcorantes artificiales no se asociaron con la EC.

- d. Puede darle el alta y que vuelva si el médico así lo considera

La evidencia nos enseña que los programas multidisciplinarios de manejo y prevención para la reducción del riesgo CV coordinados por personal de enfermería son más efectivos que la atención médica convencional, y que dichos programas pueden adaptarse a distintos contextos sanitarios. La enfermería constituye un segmento muy importante del personal sanitario y, en muchos países, su formación incluye educar y asesorar al paciente, manejar los cambios del comportamiento y desarrollar habilidades comunicativas, todo ello necesario en los programas de prevención. El éxito de las intervenciones confirma el principio básico de la necesidad de un contacto continuo para lograr cambios en el estilo de vida y mejorar la adherencia al tratamiento.

7. El paciente vuelve a consulta de enfermería en seis meses y sigue fiel a su plan de cuidados. Está animado a seguir cuidando su salud. Ha bajado 2 Kg más de peso, su TA en la monitorización domiciliaria estándar que le recomendó su médico es normal (media de 128/82 mmHg), ha bajado el número de cervezas diarias. Su colesterol está en 248 mg/dL. Pregunta por los preparados con estanoles que ha visto en televisión y por ácido omega 3. ¿Cuál es la respuesta correcta respecto de su capacidad para bajar el colesterol?

- a. Los ácidos grasos n.3 le ayudaran a reducir el colesterol aproximadamente un 10% adicional.

Los ácidos eicosapentaenoico y docosahexaenoico, representantes del grupo n-3, son importantes. Aunque no tienen un impacto en las concentraciones séricas de colesterol, se ha demostrado que reducen la mortalidad por EC y, en menor cuantía, por ictus. En varios estudios, los ácidos

eicosapentaenoico y docosahexaenoico a dosis bajas se asociaron a menor riesgo de EC mortal, pero no a la EC no mortal.

- b. Puede recomendarle la toma de dos o tres dosis (6 grs) al día de lácteos enriquecidos con fitoestroles.

Los alimentos funcionales que contienen fitosteroles (esteroles y estanoles de las plantas) son efectivos para la reducción de las concentraciones de cLDL en una media del 10% cuando se consumen cantidades de 2 g/día. El efecto hipocolesterolemia es adicional al obtenido mediante una dieta baja en grasas y el uso de estatinas. Algunos estudios recientes indican que, especialmente con los estanoles, se puede obtener reducciones adicionales del colesterol con dosis mayores

- c. No es necesario que los añada a su dieta pues no sabemos la repercusión en prevención de eventos clínicos de estos productos.

**Hasta la fecha no se han realizado estudios con variables clínicas.**

- d. Debe iniciar tratamiento con estatinas.

Dado su bajo riesgo y la hipercolesterolemia moderada que presenta, no hay evidencias de que pueda beneficiarse del tratamiento con estatinas.

#### **Bibliografía:**

1. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol. 2012; 65(10): 937.e1-e66.
2. Guía de práctica clínica para la modificación de estilos de vida en personas con riesgo cardiovascular. Distrito Sanitario Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Málaga 2009.