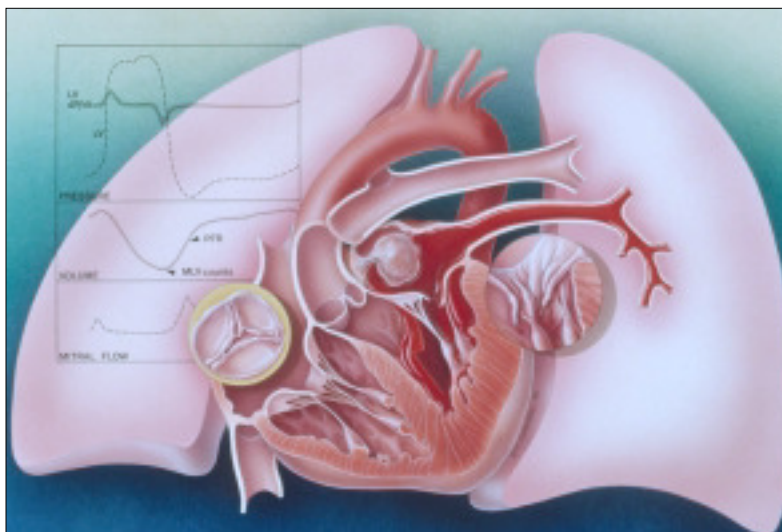


Metodología de las intervenciones dirigidas a la reducción del riesgo cardiovascular (I)

ÁNGEL SANZ GRANDA

Consultor de farmacoeconomía. (asanzgranda@jazzfree.com)



El papel de la farmacia comunitaria en la enfermedad arterial isquémica es fundamental. La realización de un cribaje oportunístico a los individuos que se acerquen a la oficina de farmacia permitirá identificar los principales factores de riesgo, que se valorarán cuidadosamente y marcarán las pautas de la intervención a ejecutar finalmente.

La enfermedad cardíaca coronaria, la expresión más habitual de la enfermedad cardiovascular en el varón, provoca más muertes que ninguna otra causa. En el mundo mueren anualmente más de 12 millones de personas debido a este conjunto de procesos patológicos. El cáncer, la segunda causa de mortalidad, produce solamente la mitad de casos fatales. En España, la situación no es diferente, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte en el conjunto de la población española: el 38% de todas las defunciones en nuestro país, durante 1995, fueron por enfermedades cardiovasculares¹.

Por otra parte, esta enfermedad conlleva una tasa de hospitalizaciones superior a 1.000 por cada 100.000 habitantes, motivo por el cual una cifra próxima al medio millón de personas ingresa anual-

mente en los centros hospitalarios originando aproximadamente 5 millones de estancias. De este modo, teniendo en cuenta el elevado coste de cada estancia, especialmente el derivado de las unidades de cuidados intensivos, se comprenderá fácilmente que la enfermedad cardiovascular es subsidiaria de un inmenso coste sociosanitario.

La presencia o ausencia de ciertas entidades, los llamados factores de riesgo cardiovascular (tabla 1), marcan la escala de gravedad de los episodios futuros, pues cuanto mayores son el número y la intensidad de estos factores, mayor es la probabilidad de que se produzca un episodio cardiovascular importante que puede incluso conllevar la muerte, siendo además un proceso multiplicativo en el que la probabilidad final es superior a la suma de cada una de ellas individualmente.

Por este motivo, cualquier intervención farmacéutica dirigida a la reducción del riesgo cardiovascular conllevará implícitamente, una vez que se hayan alcanzado los objetivos planteados, una disminución significativa en la morbilidad y mortalidad y, por tanto, una reducción de los costes.

Cuantificación de los factores de riesgo

A la vista de lo expuesto, la primera acción radica en la investigación de los diferentes factores asociados a cada individuo, pues los de mayor relevancia pueden ser modulados mediante adecuadas intervenciones.

La población española posee una prevalencia significativa de los factores de riesgo modificables (tabla 2) por lo que el objetivo principal de las intervenciones mencionadas

debe ser la disminución del porcentaje de individuos que se halle en tales circunstancias, especialmente con tabaquismo, hipertensión y hipercolesterolemia.

Un estudio de detección oportunitaria de factores de riesgo cardiovascular⁴ mostró que sólo un 21,8% de los individuos españoles de 35 a 65 años no presentaba ninguno de ellos (tabla 3), por lo que aproximadamente 4 de cada 5 personas precisan de su inclusión en programas de educación sanitaria, tratamiento farmacológico o no farmacológico, además de ser susceptibles de seguimiento terapéutico y de una evaluación de sus factores de riesgo. El riesgo medio coronario estimado en la población analizada fue de 5,1%. Un mayor riesgo, con un 14%, se halló en aquellos que presentaban tabaquismo junto con los otros dos factores asociados, seguido de un 10,4% cuando se observaba la asociación entre tabaquismo e hipercolesterolemia, o un 6,4% cuando se asociaba con hipertensión arterial.

El estudio DRECE II⁵ ha estimado unos valores poblacionales medios en España para los factores de riesgo colesterol total, c-HDL, c-LDL y triglicéridos, los cuales no se hallan dentro los valores óptimos recomendados en la actualidad, con lo que se refuerza la idea de que existe una gran proporción de la población en la que es preciso realizar un variado tipo de intervenciones (tabla 4).

Identificación

Cualquier actuación comenzaría por la identificación de hábito tabáquico en el individuo que acude a la farmacia, así como de la determinación de su presión arterial y de sus valores de colesterol y sus fracciones. Si se observara la presencia de uno o más de los factores de riesgo citados, se procederá a su evaluación, así como al cálculo del riesgo cardiovascular.

La inclusión o no en la valoración posterior dependerá del cumplimiento de las características que definen cada caso:

– Tabaquismo, clasificando al individuo como fumador o no fumador. Un ex fumador sería clasificado igual

Tabla 1. Principales factores de riesgo que pueden provocar, por sí mismos o en colaboración con otros procesos, un episodio cardiovascular mayor

Mayores	Predisponentes	Condicionales
Edad	Obesidad	Hipertrigliceridemia
Sexo	Sedentarismo	Homocisteína
Tabaquismo	Historia familiar	Lipoproteína (a)
Hipertensión arterial	Características raciales	Fibrinógeno
Hipercolesterolemia	Factores psicosociales	Proteína C reactiva
Diabetes mellitus	Menopausia	

Tabla 2. Prevalencia media de los factores de riesgo cardiovascular de tipo modificable

Factor	Prevalencia
Tabaquismo	36% (45% en varones y 27% en mujeres) ²
Hipertensión arterial	34,2% (36,4% en varones y 32,7% en mujeres) ³
Hipercolesterolemia	57,8% (56,7% en varones y 58,6% en mujeres) ³
Obesidad	24,4% (18,3 % en varones y 27,4% en mujeres) ³
Inactividad física	46% (39% en varones y 52% en mujeres) ²
Diabetes mellitus	Tipo I: 0,2% Tipo II: 6%

Tabla 3. Proporción de la población española hallada con alguno o ninguno de los principales factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial o hipercolesterolemia)⁴

Número de factores de riesgo	Porcentaje de población
0	21,8
1	41
2	31
3	6

que una persona no fumadora, es decir, aquella que llevase al menos 12 meses sin fumar⁷. Fumador, según el criterio de la OMS, sería la persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno⁹.

– Hipertenso sería el individuo que, en 3 ocasiones consecutivas, presenta unas cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg⁸.

– Dislipémico correspondería a aquél que presenta, al menos en dos ocasiones, un valor de colesterol total igual o superior a 250 mg/dL⁸.

Valoración

Posterior a la identificación que se puede realizar mediante un cribaje oportunístico en la farmacia comunitaria se realiza la valoración de cada factor observado.

Tabaquismo

Ante el individuo que fuma, la primera valoración es la del número de paquetes por año, esto es, el número de cigarrillos que fuma diariamente multiplicado por el número de años que presenta tabaquismo activo y dividido por 20. (tabla 5).

Más importante aún es la evaluación de la motivación para el abandono del tabaquismo, así como de su dependencia.

La motivación se estima mediante el test de Richmond¹⁰ que mide en un rango de 0 a 10 el interés para abandonar el hábito en un futuro muy próximo (tabla 6). El COF de Barcelona dispone en Internet de una calculadora *online*¹¹ muy útil para su utilización en la misma entrevista con la persona que se evalúa.

Tabla 4. Valores poblacionales hallados en el estudio DRECE II para España⁵

Factor	Media	Varones	Mujeres
Colesterol (mg/dL)	221	219	223
c-HDL (mg/dL)	53	48	58
c-LDL (mg/dL)	141	140	142
Triglicéridos (mg/dL)	135	155	116

Tabla 5. Cálculo del número de paquetes por año en el individuo fumador

$$NPA = (CD \times AT)/20$$

NPA: número de paquetes año; CD: Cantidad media de cigarrillos fumados cada día; AT: tiempo, en años, que el individuo lleva fumando

Ejemplo: Sujeto de 56 años, que comenzó a fumar a los 17 y fuma diariamente 25 cigarrillos

$$NPA: (25 \times [56-17])/20 = 48,75 \text{ paquetes por año}$$

Tabla 6. Test de Richmond de motivación para el abandono del hábito tabáquico¹⁰

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	0 No	1 Sí		
¿Cuánto interés tiene en dejar de fumar?	0 Nada	1 Poco	2 Bastante	3 Mucho
¿Intentará dejar de fumar en las próximas semanas?	0 No	1 Puede que sí	2 Seguramente	3 Seguro que sí
¿Cree que dentro de 6 meses será un ex fumador?	0 No	1 Puede que sí	2 Seguramente	3 Seguro que sí
	Puntuación total			
	Puntos obtenidos			
Grado de motivación	0-6 Bajo	7-9 Moderado	10 Alto	

La importancia de la estimación de la motivación del sujeto es extraordinaria pues es preciso su grado mínimo antes de emprender, con cierta probabilidad de éxito, cualquier acción dirigida a la erradicación del hábito tabáquico.

La dependencia se evalúa mediante el test de Fagerström para la dependencia a la nicotina¹², en una escala de 0 a 10. Este cuestionario, del que se hallan también útiles versiones *on line*³, es definitivo en la fase previa de interven-

ción (tabla 7). Su estimación ofrece datos fundamentales acerca de la intensidad que se deberá ejercer en la intervención posterior. □

Bibliografía

- Rodríguez F, Guallar-Castillón P. De la epidemiología a la prevención cardiovascular. FMC 2000;7(5):67-71.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Banegas JR, Villar F, Pérez de Andrés C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J, et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. Rev San Hig Pub 1993;67:419-45.
- Maiques A, Morales M, Franch M, Alfonso M, Moreno-Manzanaro P, García J. Cálculo del riesgo coronario de los pacientes incluidos en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Aten Primaria 1995;15:86-92.
- Gutiérrez J, Gómez J, Gómez de la Cámara A, Rubio M, García A, Arístegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. Med Clin 2000;115:726-9.
- González Santos P, Herrera Pombo JL, Ascaso JF, Escobar Jiménez F, Gómez Gerique JA, Jiménez Perepérez JA, et al. Dislipemia diabética: Documento de consenso de la Sociedad Española de Diabetes y la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Av Diabetol 1998;14:33-43.
- Córdoba R, Ortega R, Cabezas Peña C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 1999;24(1):118-32.
- Programa de Actividades preventivas y de Promoción de la Salud. Guía de Prevención Cardiovascular. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 1996.
- Edwards G, Arif, Hodgson R. Nomenclature et classification des problemes liés à la consommation de drogue et alcohol. Memorando OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1982;60: 499-520.
- Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction 1993;88:1127-35.
- Test de Richmond [consultado en abril de 2002]. Disponible en: http://www.farmacoeconomiconline.com/cast/familia/tabac_deixarho_c.html
- Heatherton T, Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence; a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit J Addiction 1991;86: 1119-27.
- Test de Fagerström [consultado en abril de 2003]. Disponible en: <http://www.automeasure.com/Pages/tabac.htm>

Tabla 7. Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina¹²

Pregunta	Respuesta	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa hasta fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	Hasta 5 min	3
	6-30 min	2
	31-60 min	1
	> 60 min	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (hospital, cine, biblioteca, etc.)	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	> 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	< 11	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
	Total	
Dependencia leve	0-3 puntos	
Dependencia moderada	4-6 puntos	
Dependencia grave	7-10 puntos	