

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

- • • • **Evaluación parálcina del riesgo cardiovascular**
-el Score de Calcio Coronario-
- • • • **Tratamiento nutricional de las dislipemias**
- • • • **8 medidas esenciales para la salud cardiovascular**

Es un aporte de LABORATORIO GADOR



Gador



GADOLIP®

ÁCIDO FENOFÍBRICO 135 MG
BALANCE DEL PERFIL LIPÍDICO

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
CON EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA



FIBRATO
UTILIZADO
EN COMBINACIÓN
CON ESTATINAS¹

Primer Ácido
Fenofibrico con
mini comprimidos
de liberación
prolongada.



PRESENTACIONES:
GADOLIP® 135 mg.
Envases conteniendo
10 y 30 cápsulas con
microcomprimidos
de liberación prolongada.



1
TOMA DIARIA

1. Alagona P Jr. Fenofibric acid: a new fibrate approved for use in combination with statin for the treatment of mixed dyslipidemia. Vasc Health Risk Manag. 2010 May 25;6:351-62.



 Gador

Para más información de los productos consultar www.gador.com.uy



Evaluación paraclínica del riesgo cardiovascular

-el Score de Calcio Coronario-

Dra. Julia Aramburu*

Scores de riesgo CV y paraclínica

Existen diferentes scores de riesgo utilizados para estratificar el riesgo cardiovascular, basados en datos clínicos y paraclínicos. Sin embargo, hasta **2/3 partes de los individuos con riesgo bajo-intermedio de acuerdo a estos scores tradicionales han debutado con cuadros coronarios agudos, lo que evidencia fallas de estos algoritmos.**

Ante las limitaciones de los scores, desde hace unos años ha surgido la necesidad de recurrir a nuevas herramientas paraclínicas para reclasificar los pacientes en base a otros parámetros de riesgo. De esta forma ha surgido y se ha ido consolidando **el Score de Calcio de arterias Coronarias (SCC)** como un **marcador que nos provee directa evidencia de la aterosclerosis**

coronaria, que nos brinda valiosa información pronóstica y que permite en muchos casos la reestratificación del riesgo cardiovascular.

¿Cómo se realiza el score de calcio de arterias coronarias?

El score de calcio coronario (SCC) es un estudio paraclínico que se realiza en un tomógrafo, que obtiene imágenes del área cardíaca para detectar la presencia de calcio a nivel del árbol coronario.

La tomografía se realiza durante una apnea de aproximadamente 5 segundos y con gatillado electrocardiográfico. De esta forma, es posible obtener las imágenes durante la diástole ventricular, cuando el movimiento coronario es menor.

* La Dra. Julia Aramburu es Médica Cardióloga especialista en Imagenología Cardiovascular, Codirectora del centro imagenológico de Cardiocentro de la Asociación Española y Coordinadora de imagenología cardiológica en CIC (Centro de Imagenología - Casmu).



Figura 1. Diferentes grados de calcificación coronaria. **A:** ausencia de calcificación, SCC = 0, **B:** calcificación leve, SCC < 100 UA, **C:** calcificación severa, SCC > 400 UA.

El procedimiento no requiere el uso de contraste, la duración del estudio es muy corta y la dosis de radiación es baja (*nunca mayor a 1mSV*).

Una vez obtenidas las imágenes, estas son procesadas en una estación de trabajo donde se evalúa la presencia o no de calcio a nivel del árbol coronario, obteniéndose un valor total por la sumatoria de cada placa en las diferentes arterias coronarias epicárdicas.

El resultado se expresa en unidades Agatston (UA). Los resultados posibles son:

0: ausencia de calcificación coronaria.

1 a 10 UA: mínima calcificación.

11 a 100 UA: calcificación leve.

101 a 400 UA: calcificación moderada.

>400 UA: calcificación severa (ver figura 1).

La técnica tiene una elevada reproducibilidad inter e intraobservador ($k = 0.90$ y 0.93 respectivamente)⁽¹⁾.

Otra forma de cuantificar la calcificación coronaria es el percentil en que se encuentra el paciente en relación a individuos de la misma edad, raza y sexo, considerando un percentil mayor a 75, como alto⁽²⁾. Esto es fundamentalmente válido en pacientes jóvenes donde una calcificación no tan severa puede corresponderse a un alto percentil y por tanto a un riesgo elevado.

Una herramienta de mucha utilidad y que usamos en nuestra práctica es el calculador de riesgo del estudio MESA⁽³⁾ el cual está disponible online en nhlbi.org/MESACHDRRiskScore/

RiskScore.aspx en el cual a los factores de riesgo tradicionales se le suma el SCC obteniéndose un nuevo perfil de riesgo.

¿Es esencial el score de calcio cómo valoración de riesgo CV?

Existen decenas de estudios que tratan de predecir eventos cardiovasculares, sin embargo la mayoría de ellos sub o sobrevaloran este riesgo, no logrando identificar a todos aquellos individuos con riesgo aumentado que deberían ser tratados, o identificando erróneamente individuos como de riesgo alto donde las terapias preventivas no serían necesarias.

En 2016, Rana y col.⁽⁴⁾ reportaron los resultados de más de 300.000 individuos asintomáticos, no diabéticos, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, de entre 40 a 75 años de edad y diferentes razas con seguimiento a 5 años.

En esta cohorte se comparó el porcentaje de eventos que podrían ocurrir de acuerdo a los calculadores de riesgo vs. los que realmente ocurrieron (ver figura 2).

Lo observado es una franca sobrestimación de riesgo de eventos resultando en uso de farmacoterapia muchas veces innecesaria.

¿Cómo nos ayuda entonces, el SCC en una correcta identificación de individuos con riesgo de eventos cardiovasculares?

La técnica ha sido ampliamente validada como predictor de riesgo cardiovascular.

El estudio MESA (*Multi Ethnic Study of Atherosclerosis*)⁽³⁾ es un estudio multicéntrico, prospectivo, que incluyó 6.814 individuos, de cuatro

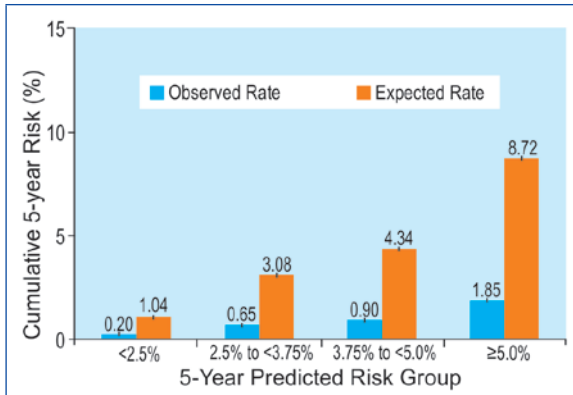


Figura 2. Estudio en 300.000 individuos asintomáticos. Comparación de eventos observados (en azul) vs. eventos esperados por calculadores de riesgo (en naranja). Rana y col. JACC 2016⁽⁴⁾.

razas, de 45 a 84 años de edad, asintomáticos, aparentemente sanos, con seguimiento de hasta 14,5 años en distintos subgrupos.

En ellos se investigó la incidencia de eventos cardiovasculares (*muerte de origen cardiovascular, infarto agudo de miocardio y stroke*).

En el estudio se pudo observar que individuos con SCC = 0, tenían un muy bajo riesgo de eventos en todo el seguimiento a diferencia de aquellos que tenían cualquier grado de calcificación coronaria, con un riesgo significativamente alto para los que tenían más de 100 UA y muy alto por encima de 300 UA (*ver figura 3*). Esta distribución se mantenía constante independiente de la raza de los individuos.

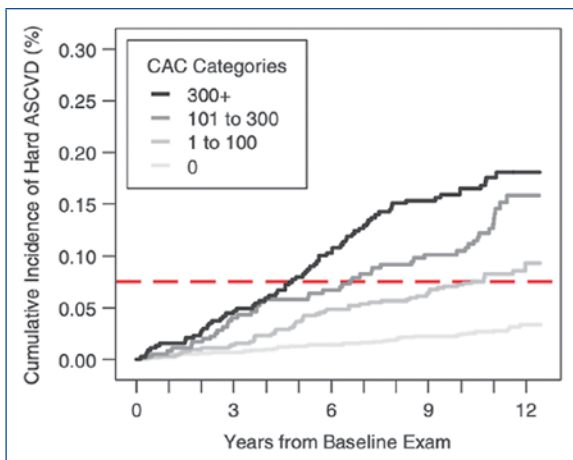


Figura 3 - Incidencia de eventos cardiovasculares según el valor del SCC. Estudio MESA⁽³⁾. Detrano et al. NEJM 2008.

En el trabajo de Yeboah et al.⁽⁵⁾ se compararon seis marcadores de riesgo (*grosor íntima media carotídeo, índice tobillo-brazo, dilatación de la arteria braquial mediada por flujo, proteína C-reactiva, antecedentes familiares de enfermedad coronaria y SCC*) en 1330 individuos incluidos en el estudio MESA con un riesgo de enfermedad CV intermedio de acuerdo al score de riesgo de Framingham (FRS).

El análisis mostró, que si bien todos los marcadores se asocian a riesgo de enfermedad arterial coronaria, **el SCC fue superior para determinar riesgo tanto de enfermedad coronaria como de enfermedad cardiovascular**, reclassificando este grupo de individuos de riesgo intermedio según el FRS hacia el grupo de alto riesgo (25.5 %) donde es fundamental la terapia de prevención (*estatina y/o AAS*) o hacia el grupo de bajo riesgo (40.4 %) donde este tratamiento sería innecesario (*ver figura 4*).

El trabajo de Greenland y col.⁽⁶⁾ es un excelente resumen de una larga evidencia de estudios que resaltan el valor de la técnica en individuos de riesgo intermedio. Remarca el valor adicional sobre otros marcadores de riesgo y enfatiza **la importancia de la percepción de la presencia de calcio por parte de los pacientes, lo que aumenta la adherencia al tratamiento**, probablemente con mayor toma de conciencia al ser confrontados con las imágenes de calcificación en sus arterias coronarias.

El valor “0” del SCC

La ausencia de calcio implica un pronóstico muy favorable identificando individuos con un bajo riesgo de eventos cardiovasculares.

En un estudio multicéntrico retrospectivo de casi 30.000 participantes asintomáticos con seguimiento a 12 años, la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria o cardiovascular en estos pacientes fue de 0.32 a 0.43 por cada 1000 personas por año⁽⁷⁾.

En la práctica, **hay un porcentaje elevado (cercano al 50 %) de pacientes con riesgo intermedio, que presentan SCC=0 y que son reclasificados a bajo riesgo pudiéndose evitar el tratamiento farmacológico por reducción del riesgo postest.**

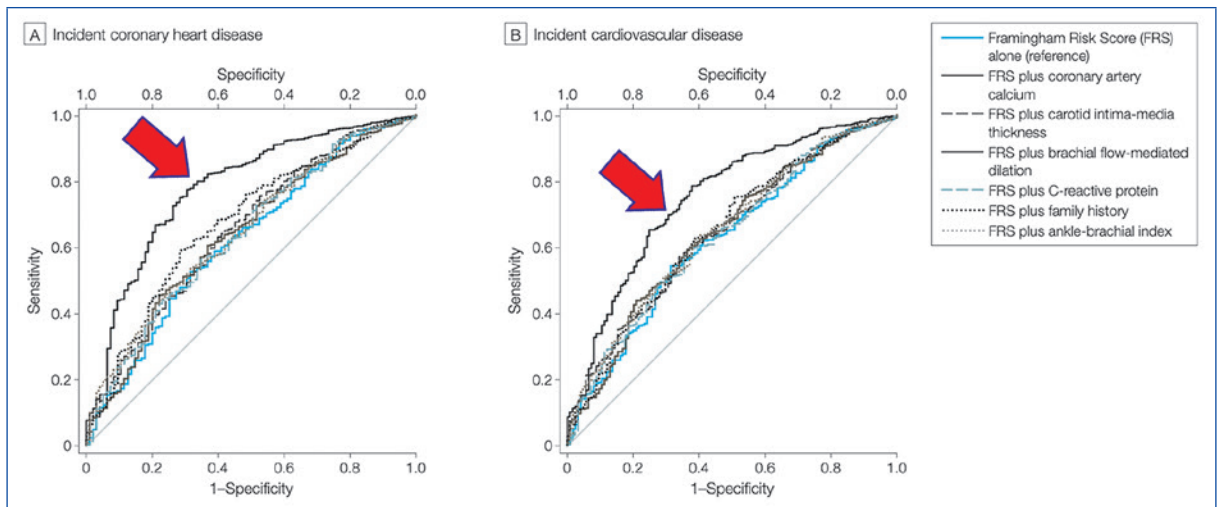


Figura 4 - Curvas mostrando área bajo la curva para FRS solo y asociado a los otros marcadores de riesgo de enfermedad coronaria (A) y riesgo cardiovascular (B). La flecha roja indica la asociación de FRS+SCC. Yeboah et al. JAMA 2012.⁽⁵⁾

SCC en pacientes sintomáticos

En pacientes sintomáticos existe una correlación entre SCC elevado y la presencia de enfermedad arterial coronaria obstructiva⁽⁸⁾.

Por otro lado, si bien un SCC=0 no descarta la enfermedad coronaria por la eventual presencia de placas blandas no calcificadas, el riesgo de eventos adversos cardiovasculares es muy bajo (0.8 % - 1.4 %)⁽⁹⁾.

Un reciente estudio publicado por Grandhi y col.⁽¹⁰⁾ donde se realizó SCC y angiografía coronaria por tomografía computarizada en pacientes con riesgo bajo-intermedio para cardiopatía isquémica valorados en puerta de emergencia por dolor torácico agudo, concluye que **un SCC=0 descarta la enfermedad coronaria obstructiva con un alto valor predictivo negativo (99,3 %)**. El estudio incluyó 5.192 pacientes de los cuales más de la mitad tenían SCC=0 y de ellos el 95,4 % no tenían enfermedad coronaria.

De los pacientes con SCC >400 UA 55 % tenían enfermedad coronaria obstructiva y en 34 %, esta era severa⁽⁵⁾.

Otros autores, sin embargo, han encontrado que el valor diagnóstico del SCC=0 en pacientes con síntomas es ampliamente dependiente de la edad del mismo, teniendo mucho menor valor en pacientes jóvenes sobre todo menores

de 40 años donde la posibilidad de presentar placas blandas no calcificadas es mucho mayor⁽¹¹⁾.

SCC en pacientes ancianos

Sabemos que el tratamiento de prevención en sujetos ancianos no diabéticos es de beneficio limitado⁽¹²⁾.

Por otro lado, muchos ancianos con riesgo cardiovascular bajo suelen obtener estimaciones de riesgo elevado al utilizar calculadores de riesgo clásicos, debido fundamentalmente a su edad cronológica.

La detección de un SCC=0 en estos pacientes ayuda a identificar aquellos con un riesgo ciertamente bajo evitando así el tratamiento con estatinas.

¿Qué sugieren las Guías en relación al uso del SCC?

Las nuevas Guías de prevención primaria en la enfermedad cardiovascular de la ACC/AHA⁽¹³⁾ han brindado un gran protagonismo al SCC, fundamentalmente en pacientes asintomáticos con riesgo intermedio, (indicación clase IIa) donde la decisión del uso de estatinas es incierta.

En esos casos, según las guías, si el SCC es mayor a 100 UA o el individuo está en un percentil mayor a 75, es razonable el uso de estatinas.

Si la puntuación de calcio es entre 1 - 100 UA es razonable el uso de estatinas en mayores de 55 años.

Con SCC=0 no hay necesidad del uso de las mismas (*excepto en fumadores, individuos con historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura, o diabéticos*) recomendándose repetir el test en un periodo de 5-10 años.

Por otro lado, subrayan la superioridad en la discriminación y reclasificación del riesgo comparados con otros marcadores o biomarcadores de imagen subclínica⁽¹³⁾.

Conclusión

La medida del calcio coronario a través del SCC es una técnica sencilla, rápida, de bajo costo que permite detectar la enfermedad coronaria calcificada en una etapa muy precoz.

La evidencia científica ha demostrado la asociación independiente de la presencia de calcio con eventos cardiovasculares en pacientes asintomáticos.

Por otro lado se ha demostrado la superioridad de la técnica frente a otras herramientas propuestas para determinar riesgo cardiovascular.

Las actuales Guías de prevención apoyan su empleo para permitir una mejor estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes libres de síntomas y en los que el tratamiento preventivo con estatinas es incierto.

Se ha enfatizado en aquellos individuos con SCC > 100 UA donde el inicio con estatinas

debe ser considerado mientras que no se recomienda en aquellos con SCC=0 en quienes el screening debería repetirse en los siguientes 5 a 10 años.

En Uruguay realizamos SCC desde hace 10 años, fundamentalmente en pacientes asintomáticos con riesgo bajo o intermedio, con la finalidad de orientar hacia una prevención adecuada.

Hemos notado en los últimos meses un notable incremento en la solicitud del test de acuerdo a las nuevas directivas establecidas por las Guías de Prevención.

Probablemente una mayor disponibilidad de la técnica tenga como consecuencia un mejor manejo del verdadero riesgo cardiovascular.

Referencias

Las referencias bibliográficas están disponibles en la versión online en:



<https://farmanuario.com/tendencias/articulo/?id=23423>



Tratamiento nutricional de las dislipemias

Dr. Marcelo Yaffé*, Dr. Sergio Breitfeld**,
Lic. Nut. Ianna Lakierovich***, Lic. Nut. Sandra Border***

Introducción

¿Qué es una dislipemia? La alteración en las concentraciones plasmáticas de lípidos y/o lipoproteínas. Esta alteración actúa como factor de riesgo asociado a enfermedad cardiovascular y cerebrovascular aterosclerótica, sabiendo que el riesgo aumenta con los niveles plasmáticos de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos; y descenso del HDL colesterol.

Por lo tanto, el diagnóstico precoz de las dislipemias es de suma importancia al momento de implementar estrategias de prevención y tratamiento adecuadas a cada paciente.

La incidencia de dislipemias en la población uruguaya tiene básicamente en un alto porcentaje una relación directa con la alimentación. Según datos recientes de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en Uruguay en el año 2019, se estima que **la prevalencia de dislipemias en la población adulta del país es del 43,5 % con una mayor prevalencia en hombres (49,3 %) que en las mujeres (38,2 %).**

La clasificación de las dislipemias se puede realizar en base a tres criterios:

1. Según el perfil lipídico
2. Según Fredrickson-OMS
3. Según la etiología

Según el perfil lipídico

Esta clasificación es la más usada y permite analizar el riesgo del paciente según cuales sean las lipoproteínas que se encuentran alteradas.

- Hipercolesterolemia aislada
- Hipertrigliceridemia aislada
- Hiperlipemia mixta
- Hipoalfalipoproteinemia

Según Fredrickson-OMS

Es una clasificación fenotípica que se basa en los resultados del perfil lipídico y en la electroforesis de lipoproteínas. No contempla las hipolipemias.

Según la etiología

- Primarias
- Secundarias
- Adquiridas

Dislipemias primarias: se caracterizan por aparecer en más de un familiar, asociarse a valores de lípidos y lipoproteínas considerablemente alterados con respecto a los valores de referencia y se asocian frecuentemente a enfermedad cardiovascular prematura.

Dislipemias secundarias: son consecuencia de la presencia de otra patología de base. Algunos ejemplos de dislipemias secundarias son las asociadas a acromegalia, resistencia insulínica, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y estrés.

Existen también dislipemias secundarias al uso de ciertas drogas. Se corrigen parcial o totalmente eliminando o controlando el factor causante y el tratamiento se orientará hacia la causa de base que generó la alteración lipídica.

Dislipemias adquiridas: son producidas por situaciones que derivan de hábitos incorporados por el paciente (alcoholismo, dieta, obesidad y tabaquismo) o situaciones fisiológicas como el embarazo.

Las **secundarias** y las **adquiridas** son las más frecuentes y se asocian a un amplio espectro de situaciones fisiológicas, desórdenes metabólicos y patologías.

* El Dr. Marcelo Yaffé es Médico Internista. Diplomado en Nutrición Hospitalaria, en Nutrición Digesto-Absortiva y en Nutrición en el paciente quirúrgico. Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya de Nutrición. Encargado de la Unidad Soporte Nutricional Especial del Hospital Pasteur.

** El Dr. Sergio Breitfeld es Médico Especialista en Obesidad. Directivo de la Sociedad Uruguaya de Nutrición. Diplomado en Nutrición Clínica otorgado por la Sociedad Argentina de Nutrición.

*** Ianna Lakierovich y Sandra Border son Licenciadas en Nutrición e integrantes del Grupo de Trabajo del Dr. Breitfeld.

Aproximación al tratamiento

Los pacientes con trastornos de las lipoproteínas deben ser sometidos a una evaluación y tratamiento completos en el contexto de un programa de *reducción del riesgo global*. Tenemos que entender que **la mayoría de los pacientes con dislipemias se encuentran asintomáticos**, excepto aquellos con una hipertrigliceridemia grave, que pueden llegar a presentar cuadros de pancreatitis aguda, y aquellos con trastornos de lipoproteínas familiares, quienes presentan manifestaciones cutáneas como xantemas y xantelasmas.

Por lo tanto, la evaluación de los pacientes con dislipemia debe incluir la búsqueda y el tratamiento de las causas secundarias.

El objetivo general fundamental del tratamiento de las dislipemias es la prevención primaria y secundaria de las aterosclerosis y sus complicaciones (fundamentalmente la CI, AVE isquémico, arteriopatías obstructivas). Todas las medidas que se plantean deben ser iniciadas precozmente y deben ser completas y continuadas.

A nivel de población general, serán de fundamental importancia los programas de educación a distintos niveles, en particular a aquellos destinados a modificar los hábitos de vida que han demostrado ser nocivos: tabaquismo, sedentarismo, dietas hipercalóricas e hipergrasas.

Además de la alimentación como factores de riesgo para las dislipemias se incluyen la obesidad, la inactividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y factores genéticos y hormonales. Por lo tanto, es importante adoptar un estilo de vida saludable que incluya una alimentación equilibrada y variada, actividad física regular, y evitar el consumo de tabaco y alcohol.

La población uruguaya tiene un patrón alimenticio particular, caracterizado por un sobre consumo calórico y elevada ingesta de grasas, ubicándose en relación al mundo, dentro del 25 % de los países con mayor consumo. Las grasas saturadas representan 40 % de las grasas totales. Ello se debe a la alta ingesta de productos de origen animal.

La fibra dietética en algún aspecto puede ser el único factor que podría contrarrestar los efectos adversos de una alimentación altamente aterogénica. El plan de alimentación adecuado al tipo de dislipemia, debe instalarse en forma precoz y estructurarse de manera que permita un cumplimiento permanente y un cambio definitivo de los hábitos alimentarios.

En síntesis, el tratamiento de las dislipemias se basa en una combinación de cambios en el estilo de vida, incluyendo la dieta y el ejercicio, y en algunos casos, tratamiento medicamentoso.

Evolución histórica del tratamiento dietético

En la década de **1950** se descubrió que la dieta baja en grasas saturadas y colesterol podía disminuir los niveles de colesterol en sangre. Esta dieta se basaba en la restricción de alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol, como las carnes rojas, lácteos enteros y la yema del huevo.

En la década de **1960**, se descubrió que la fibra soluble presente en algunos alimentos como las legumbres, las frutas y las verduras, podían disminuir los niveles de colesterol en sangre. La dieta rica en fibra soluble se convirtió en una recomendación importante para el tratamiento y prevención de las dislipemias.

En la década de **1970**, se descubrió que la dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados (AGPI), presentes en el aceite de pescado podía disminuir los niveles de triglicéridos en sangre.

En la década de **1980**, se desarrolló la dieta conocida como la **Dieta Mediterránea**, que se basa en el consumo de alimentos ricos en fibras, ácidos grasos mono y poliinsaturados y antioxidantes presentes en frutas, verduras y frutos secos. Esta dieta se ha demostrado efectiva para reducir los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre, y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad, la dieta recomendada para el tratamiento de las dislipemias se basa en la combinación de los diferentes enfoques mencionados anteriormente. ***Se recomienda una dieta baja en grasas saturadas y colesterol, rica en fibra soluble, ácidos grasos mono y poliinsaturados, así como una dieta basada en alimentos frescos y variados.***

Tratamiento no farmacológico

Cuando se pretende abordar el tratamiento no farmacológico de las dislipemias, lo primero a tener en cuenta es que las modificaciones en el estilo de vida siguen siendo la piedra angular de todo tratamiento y es un aspecto clínico que el profesional "*no debería negociar con el paciente*", pero a su vez debe ser lo suficientemente flexible a la hora de establecer pautas sustitutivas ya que la adherencia, como todo tratamiento crónico, suele ser difícil de mantener en el tiempo.

Por otra parte, toda persona con dislipemia debe procurar alcanzar y mantener un peso corporal adecuado, cifras de presión arterial dentro del rango de normalidad, así como el nivel de lípidos plasmáticos y además no fumar, siendo todos estos aspectos una recomendación tipo A.

El abordaje dietario debe tener tres objetivos principales.

En primer lugar, debe permitir que el paciente alcance y mantenga su peso corporal posible, lo que no significa un peso ideal sino un peso saludable y que pueda mantener a lo largo del tiempo.

En segundo lugar, debe constituir una dieta equilibrada con frutas, vegetales y cereales.

En tercer lugar, debe presentar restricción de sodio, grasas saturadas e hidratos de carbono refinados.

Los desafíos del tratamiento nutricional de las dislipemias estarán dirigidos a **contribuir a la normalización del perfil lipídico** y con ello las complicaciones asociadas.

El objetivo general estará dirigido a obtener:

- Colesterol total por debajo de 200 mg/dL.
- Triglicéridos por debajo de 150 mg/dL.
- HDL-C mayor a 40 mg/dL.
- Con respecto a los valores de LDL-C, estos se deben ajustar al riesgo del paciente, por lo que sería más adecuado hablar de valores objetivo y no de valores normales.
- Como ya se mencionó, el mantenimiento de un peso corporal adecuado.
- Evitar la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Proporcionar una alimentación equilibrada, atendiendo a las necesidades nutricionales del paciente.

Según el grado de riesgo cardiovascular es que se establecerán las pautas de manejo:

1. **Pacientes con riesgo bajo.** Las pautas de manejo estarán dirigidas a promover medidas de prevención primaria a través del asesoramiento nutricional y de cambios en el estilo de vida.
2. **Pacientes con riesgo moderado.** Las pautas estarán dirigidas a recibir todas las medidas terapéuticas necesarias para lograr cambios en el estilo de vida. En esta situación será necesaria la administración de un plan de alimentación cuantificado con manejo de tipo de grasas, fibras y sodio.
3. **Pacientes con riesgo alto o muy alto.** Este grupo de pacientes debe recibir en forma intensiva el manejo de todas las medidas terapéuticas para lograr los cambios en el estilo de vida. El

cambio en las pautas dietarias deberán ser con mayor intensidad.

Según las guías de prevención primaria de la enfermedad cardiovascular del 2019 del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana de Cardiología (ACC/AHA), la recomendación está dirigida a una **dieta "tipo Mediterránea"** que prioriza la ingesta de vegetales, frutas, legumbres, nueces, granos enteros (no procesados), fibra vegetal, proteínas magras vegetales o animales (de preferencia pescado).

Se puntualiza que hay componentes dietéticos que incrementan el riesgo cardiovascular como el azúcar, los edulcorantes de bajas calorías, las dietas con alto contenido de hidratos de carbono, los granos refinados, las grasas trans, las grasas saturadas, el sodio, las carnes rojas y las carnes rojas procesadas. Se comenta que la fácil disponibilidad de comidas de alto contenido calórico, junto con el sedentarismo impuesto por muchas de las actividades laborales ha conducido a una epidemia de obesidad con la consecuente mayor incidencia de hipertensión y Diabetes T2.

Con respecto al ejercicio y actividad física, la recomendación para adultos es la de acumular por lo menos 150 minutos de actividad física de moderada intensidad por semana o 75 minutos semanales de actividad física vigorosa.

Con respecto al sobrepeso y la obesidad, estas guías recomiendan determinar el índice de masa corporal [IMC] anualmente o con mayor frecuencia en caso de sobrepeso u obesidad. También es razonable medir el perímetro de la cintura para identificar quiénes pueden estar en mayor riesgo cardiometabólico.

Las poblaciones que consumen dietas ricas en ácidos grasos insaturados, en especial los de tipo omega 3 provenientes de pescados, presentan baja incidencia de enfermedad coronaria.

Como se dijo, la finalidad del régimen es la normalización de los niveles plasmáticos de las distintas fracciones de colesterol, triglicéridos o ambos.

Aspectos dietéticos-nutricionales

Es recomendable brindar a los pacientes información adecuada, personalizada y actualizada. Para ello recomendamos los siguientes aspectos:

1. Proporcionar una alimentación equilibrada.
2. Atender las enfermedades asociadas frecuentemente, que son además factores de riesgo

(obesidad, diabetes, hiperuricemia, hipertensión arterial).

3. Ajustar el plan de alimentación a los hábitos previos, la motivación, la disponibilidad económica y las posibilidades reales del paciente.

Las recomendaciones dietéticas deben formularse en forma individual en todos los casos en que sea posible, dado que es la única forma de garantizar una adaptación real y práctica, y asegurar la adherencia en el tiempo.

Las recomendaciones actuales para población general indican restringir el consumo de grasas al 25 % del Valor Calórico Total (VCT), cifra que habitualmente es superada en la alimentación de nuestro medio. Con un encare terapéutico y práctico, se recomienda al respecto:

- No superar 30 % del VCT.
- No restringir a valores inferiores a 25 % (no indicar dietas hipograsas), para evitar el descenso del HDL colesterol ya que se restringe la incorporación de ácidos grasos esenciales.
- Modificación de la calidad de las grasas: Reducción de las grasas saturadas y colesterol ya que su ingesta se asocia al aumento del LDL, el consumo de grasa saturada debe rondar entre el 7-10 % del VCT.
- Limitar el colesterol dietético a 100 mg/1.000 Kcalorías ingeridas (no superar 200 mg/día), para ello, idealmente debemos definir la cantidad indicada tomando como referencia la ingesta previa.
- Aumento de las grasas mono y poliinsaturadas, recomendando el consumo de grasa poliinsaturada en una cantidad equivalente a 10 % del VCT; grasa monoinsaturada en una cantidad equivalente al 10-13 % del VCT.
- Debe vigilarse además la relación de los ácidos grasos omega 3 y omega 6, alcanzando un índice entre 1:5 y 1:10 máximo. Exclusión de grasas con isómeros de tipo trans, por su efecto aterogénico, de similares características al de las grasas saturadas.
- Prohibir el uso de margarinas vegetales y contraindicar preparaciones elaboradas con aceites hidrogenados.
- Aumento de la fibra total a 20-30 gramos diarios, con predominio de fibra soluble. Su incremento es una de las medidas dietéticas más importantes ya que facilita la excreción de grasas y colesterol y enlentece la absorción de los azúcares, además confiere saciedad al régimen establecido. La alimentación rica en fibra está constituida por frutas, verduras, cereales integrales y legumbres; la fibra so-

luble, presente en alimentos como la avena y las legumbres, es especialmente efectiva para reducir el colesterol.

- Modificar la calidad de los carbohidratos: el exceso de azúcares refinados (*el azúcar, los alimentos y las bebidas dulces*) se vinculan a obesidad e hipertrigliceridemia, y promover el uso de glúcidos complejos.
- Inclusión de antioxidantes naturales: se recomienda favorecer el consumo de fitoquímicos y antioxidantes naturales presentes fundamentalmente en frutas y verduras frescas, y en cereales y granos integrales.
- Exclusión del alcohol.
- Restricción en el uso de sal.

El tratamiento farmacológico se reserva para aquellos pacientes que mantienen niveles elevados de lípidos luego de cumplir correctamente con las medidas higiénico-dietéticas durante un lapso adecuado de 6 a 9 meses.

En casos especiales en pacientes de alto riesgo con enfermedad aterosclerótica avanzada está justificado iniciar el tratamiento farmacológico en forma conjunta con las medidas higiénico-dietéticas. **El tratamiento con fármacos en las dislipemias es un complemento de las medidas anteriores, y por lo tanto, no sustituye a la dieta y al ejercicio, sino que se integra con ellos.**

■ Ácidos grasos dietarios

Los ácidos grasos son componentes esenciales de las grasas y los aceites que se encuentran en los alimentos que consumimos.

Existen diferentes tipos de ácidos grasos que se clasifican en tres categorías principales: **ácidos grasos saturados, ácidos grasos monoinsaturados y ácidos grasos poliinsaturados**. Cada uno de ellos tiene un efecto diferente en la salud, por lo que es importante incluir una variedad de ellos en la dieta.

Los ácidos grasos **saturados** se encuentran principalmente en alimentos de origen animal, como carnes grasas, productos lácteos enteros, manteca y productos procesados. Estos ácidos grasos pueden aumentar los niveles de colesterol LDL en sangre, lo que puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto se recomienda limitar la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas.

Los ácidos grasos **monoinsaturados** se encuentran en alimentos como el aceite de oliva, la palta y los frutos secos. Estos ácidos grasos pueden ayudar a reducir

los niveles de colesterol LDL en sangre y aumentar los niveles de colesterol HDL lo que puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Los ácidos grasos **poliinsaturados** se dividen en dos categorías principales: **ácidos grasos omega -3 y los ácidos grasos omega -6**.

Los omega -3 se encuentran en pescados grasos como el salmón y la sardina, así como en semillas de chía y nueces. Estos ácidos grasos colaboran en reducir la inflamación y mejorar la salud del corazón.

Los ácidos grasos omega-6 se encuentran en alimentos como aceites vegetales, nueces y semillas. Si bien son necesarios para la salud, una ingesta excesiva de ácidos grasos omega -6 puede aumentar la inflamación y aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En general se recomienda que la ingesta diaria de grasas no supere el 30 % de la ingesta total de calorías diarias. De ese porcentaje se recomienda que menos del 10 % provenga de ácidos grasos poliinsaturados.

Situaciones especiales

Los adultos obesos ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) o con sobrepeso ($\text{IMC} 25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$) tienen un riesgo incrementado de EASCV, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Se recomienda asistencia y restricción calórica para lograr y mantener un peso normal. Se aconseja que participen en programas de modificación del estilo de vida que los asistan en realizar una dieta hipocalórica en forma sostenida y mantener niveles altos de actividad física. Una reducción ponderal clínicamente significativa ($\geq 5\%$ del peso inicial) se asocia a mejoras en la presión arterial, C-LDL, triglicéridos y glucemia, además de retardar el desarrollo de T2DM. Además de dieta y ejercicio, en pacientes seleccionados, algunas terapias farmacológicas y la cirugía bariátrica pueden ser consideradas.

Con respecto a la coexistencia de diabetes, se considera que la DM2 está presente cuando la hemoglobina A1c es $>6.5\%$. Este trastorno metabólico caracterizado por resistencia a la insulina que conduce a la hiperglucemia aumenta el riesgo de padecer EASCV. Para los adultos con DM2, los cambios de estilo de vida como practicar una dieta saludable y lograr las recomendaciones de ejercicio son cruciales.

Si se requiere medicación, la metformina es el tratamiento de primera línea, seguido por un in-

hibidor de la SGLT2 (gliflozinas) o bien un agonista del GLP-1.

A todos los adultos con hipertensión arterial se les recomiendan intervenciones no farmacológicas que incluyen bajar de peso, realizar una dieta saludable, restricción de sodio, ejercicio aeróbico y limitar la ingesta de bebidas alcohólicas, lo que redundará en beneficios para una eventual dislipemia asociada. Para los que requieran tratamiento farmacológico, se recomienda en general una meta de presión arterial $<130/80 \text{ mm Hg}$.

Conclusiones

El tratamiento dietoterápico de las dislipemias ha evolucionado desde la restricción de grasas saturadas y colesterol en la década de los 50 hasta la recomendación de una dieta rica en fibras, ácidos grasos mono y poliinsaturados en la actualidad. Estos tratamientos dietéticos han demostrado ser efectivos para reducir los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre y reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Puede recomendarse una alimentación saludable y equilibrada para prevenir y controlar las dislipemias, siendo fundamental incluir variedad de alimentos de todos los grupos y limitar la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas.

También se recomienda limitar la ingesta de alcohol ya que puede aumentar los triglicéridos en sangre. Es importante mantener un peso saludable a través de una alimentación equilibrada y actividad física regular, ya que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para las dislipemias.

Referencias

Las referencias bibliográficas están disponibles en la versión online en:



<https://farmanuario.com/tendencias/articulo/?id=23423>

8 medidas esenciales para la salud cardiovascular

Cada año, alrededor de 35 millones de personas tienen un evento coronario o cerebrovascular agudo en el mundo, y sólo una cuarta parte ocurre en personas con enfermedad aterosclerótica conocida.

Entre pacientes con ECV conocida la tasa a cinco años de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca o muerte cardiovascular es de 20 % a 30 %, por lo que es esencial realizar en ellos prevención secundaria como forma de reducir la incidencia de un nuevo evento⁽⁹⁾.



Figura 1

Dr. Edgardo Sandoya*

El concepto de salud cardiovascular

En el año 2010 la *American Heart Association* (AHA) de EE.UU. en base a evidencia relevante y a conceptos de prevención emergentes, formuló una definición de la salud cardiovascular por individuos, profesionales, investigadores y decisores para enfocar los esfuerzos en mejorarla⁽⁷⁾.

La definición inicial de salud cardiovascular se basó en 7 comportamientos y factores que, cuando eran óptimos, se asociaron con una mayor supervivencia libre de Enfermedad Cardiovascular (ECV), una mayor sobrevivencia y una mejor calidad de vida. Estos componentes iniciales fueron: **tabaquismo, índice de masa corporal, actividad física, puntaje de dieta saludable, colesterol total, presión arterial y glucemia en ayunas.**

La rica experiencia de su utilización de estos denominados LS7 (*Life's Simple 7*), así como

numerosa evidencia en apoyo de este nuevo y poderoso constructo de salud durante los últimos 12 años, llevaron a la AHA a actualizar la medición de salud cardiovascular en el contexto actual⁽⁸⁾.

En 2022 la AHA ha propuesto un nuevo constructo de la salud cardiovascular, tomando en cuenta tres conceptos clave en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad:

- 1) el poder de la **prevención primordial**,
- 2) la evidencia de que **las ECV y los factores de riesgo a menudo se desarrollan temprano en la vida** y
- 3) el equilibrio necesario entre **enfoques poblacionales de promoción de salud y prevención de enfermedades y los enfoques individualizados de alto riesgo.**

En este contexto, han propuesto un nuevo constructo de la salud cardiovascular, al agregar a los originales 7 comportamientos inicialmente descritos, la **duración del sueño**, pasando a denominar el mismo *Life's Essential 8* (ver fig. 1)⁽²¹⁾.

* El Dr. Edgardo Sandoya es Médico Cardiólogo, Profesor de Medicina Basada en Evidencia en la Facultad de Medicina de la Universidad CLAEH, Punta del Este, Uruguay. E-mail: edgardo.sandoya@gmail.com

Prevención secundaria

En los pacientes con ECV conocida, la adopción de un estilo de vida saludable y el uso de fármacos apropiados, permite prevenir la recurrencia de un nuevo evento, tal como se comprobó al analizar las causas de la reducción de la mortalidad cardiovascular en el Reino Unido, donde un 11 % de la misma se explicó por las medidas de prevención secundaria⁽¹⁰⁾.

El tratamiento con cuatro medicamentos que han demostrado ser efectivos (*aspirina, estatinas, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; IECA y betabloqueante*), junto al cese tabáquico evitará o pospondrá en estos pacientes hasta un 75 %-80 % de los eventos vasculares recurrentes y sus complicaciones, incluidas la muerte y la discapacidad⁽¹¹⁾.

Prevención primaria

Desde que a mediados del siglo pasado se identificaran los factores de riesgo cardiovascular, se han planteado estrategias para, mediante su adecuado control, reducir los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, lo que se ha hecho con enfoques que han variado a lo largo del tiempo. Inicialmente se puso énfasis en el manejo de cada uno de los factores de riesgo de manera aislada; en esa época se veía al paciente como hipertenso, o como diabético o como dislipémico y se centraba el esfuerzo en tratar de controlar su valor de PA, glucemia o colesterol elevado.

Cuando quedó claro que la posibilidad de desarrollar un evento cardiovascular depende de la combinación de factores de riesgo, surgió y se difundió ampliamente el concepto de riesgo cardiovascular global. En Uruguay se trabajó este concepto desde diferentes sociedades científicas, en particular desde la Sociedad Uruguaya de Cardiología (SUC), donde en 2007 el Comité de Prevención, como corolario del trabajo de un equipo de veinte profesionales de diferentes disciplinas y áreas de trabajo, elaboró la Guía Práctica de Prevención Cardiovascular⁽¹³⁾. En ella se plasmaron estrategias destinadas a contribuir a mejorar el abordaje de la prevención cardiovascular, con especial énfasis en aspectos habitualmente poco atendidos. En la Guía se propuso un esquema de abordaje del riesgo cardiovascular y de su control, poniendo especial énfasis en **cómo** llevar a cabo las recomendaciones formuladas, el aspecto por donde habitualmente fallan las mismas.

Una de las sugerencias allí formuladas era el empleo del **cálculo de riesgo cardiovascular mediante el score de Framingham**, una de las herramientas más utilizadas para determinarlo, como forma de hacer tangible al paciente un concepto abstracto tal como lo es el riesgo cardiovascular. En una investigación prospectiva desarrollada en una muestra representativa del total de afiliados adultos de la Asociación Española, el riesgo cardiovascular determinado mediante dicho score, predijo de manera adecuada la incidencia de eventos a nueve años entre los hombres, pero sobreestimó el mismo en las mujeres⁽¹⁴⁾.

La prevención primaria enfocada en quienes tienen riesgo elevado es clave en la prevención de las ECV, no solo en adultos, sino también en niños y adolescentes. Al identificar y tratar a las personas con mayor riesgo de eventos debido a niveles de factores de riesgo marcadamente elevados, se reducen los eventos clínicos que de esa manera pueden ser evitados.

Una gran proporción de la reducción en la mortalidad por cardiopatía coronaria experimentada en muchos países se ha atribuido a intervenciones eficaces de prevención primaria y secundaria en personas con alto riesgo⁽⁹⁾.

En tal sentido, **las medidas de control de tabaco en Uruguay se asociaron con una reducción de 22 % en los ingresos por infarto agudo de miocardio a los 2 años de introducidas las mismas y de 17 % a los 4 años**^(15,16).

En el Reino Unido, **entre 1980 y 2000 hubo una marcada reducción de la mortalidad cardiovascular, obedeciendo dicha reducción principalmente al control de los factores de riesgo, estando las causas del abatimiento relacionadas al control del tabaquismo (48 %), la PA (9,5 %) y el colesterol 9,5 %**⁽¹⁹⁾.

Prevención primordial

Los individuos con niveles muy elevados de factores de riesgo no son muy frecuentes en la población, lo que hace que **la mayoría de los eventos isquémicos y cerebrovasculares ocurran en quienes tienen niveles promedio o levemente elevados de factores de riesgo, dado que en esta categoría es donde se ubica la mayoría de la población.**

Entendiendo que el desafío principal es evitar el desarrollo de niveles adversos de factores de

riesgo, en 2010 la AHA introdujo el concepto de **prevención primordial**.

Mientras en la prevención secundaria los esfuerzos están dirigidos a prevenir la recurrencia de eventos en pacientes con ECV y en la prevención primaria se trata de prevenir un primer evento entre individuos en riesgo, **la prevención primordial propone evitar el desarrollo de niveles adversos de factores de riesgo, como el medio más efectivo para evitar eventos durante el resto de la vida.**

La prevención primordial se fundamenta en que **los factores de riesgo pueden provocar el desarrollo de aterosclerosis subclínica y otros cambios miocárdicos y vasculares en el transcurso de años o décadas, y que una vez que existen niveles inadecuados de los factores de riesgo, incluso en la edad adulta joven, el aumento del riesgo de ECV y ACV a largo plazo son en gran medida inevitables, por lo que es deseable evitar el desarrollo de esos factores.**

La prevención primordial tiene gran relevancia en la actualidad, dada la elevada carga de obesidad y de estilos de vida inapropiados que habitualmente comienzan en la niñez, así como de factores ambientales que favorecen su desarrollo.

Riesgo genético

El impacto de la herencia genética en la salud cardiovascular es baja, mientras que es mayor el peso de las exposiciones conductuales y ambientales en su determinación.

A partir de grandes estudios que analizaron la relación del genoma con los eventos cardiovasculares, se han descrito los efectos en la cardiopatía coronaria de millones de variantes genéticas, lo que se ha traducido a términos clínicamente útiles mediante puntajes de riesgo poligénico. Esto es independiente de los factores de riesgo clásicos, incluida la edad, lo que brinda la oportunidad de determinar el riesgo poligénico de una persona en una etapa temprana de la vida⁽¹⁷⁾.

No obstante, cuando se analizó el valor de la adherencia a los LS7 de la AHA y el riesgo poligénico simultáneamente, se comprobó que el riesgo de eventos se elevó en mayor medida cuando hubo menos adherencia a los 7 esenciales, y que ello era independiente del riesgo poligénico que presentasen los individuos, pues a mayor adherencia se observó menor incidencia de eventos más allá de su riesgo poligénico (ver tabla 1)⁽¹⁸⁾. Como puede apreciarse en la misma, un individuo con bajo riesgo poligénico y deficiente adherencia

Tabla 1. Incidencia de eventos cardiovasculares según riesgo poligénico y adherencia

		Riesgo poligénico		
		bajo	medio	alto
Adherencia a LS7	Ideal	14 %	16 %	24 %
	Intermedia	23 %	32 %	43 %
	Deficiente	29 %	44 %	67 %

a los LS7 tuvo una incidencia de eventos de 29 %, superior al 24 % de aquellos con riesgo poligénico alto y adherencia ideal.

Puede apreciarse que **el riesgo agregado por los elementos vinculados a las conductas y el estilo de vida tiene mayor peso que el riesgo poligénico, más allá de que este sea bajo, medio o alto**, de ahí la relevancia de los 7 componentes y su adherencia a los mismos.

De hecho, buscar y mantener un estilo de vida más saludable desde una edad temprana es una estrategia exitosa para mantener una buena salud cardiovascular hasta la mediana edad⁽¹⁹⁾. Sin embargo, la capacidad de una persona para elegir estilos de vida saludables a lo largo del curso de la vida está fuertemente influenciada por factores psicológicos de salud así como por determinantes sociales y estructurales.

Bienestar psicológico y determinantes sociales

Diversas investigaciones muestran que el contexto donde se desenvuelve la persona y su bienestar psicológico son parte central en la salud cardiovascular (ver figura 2). Características de salud psicológica tales como el optimismo, el propósito en la vida, el dominio del entorno, la recompensa percibida de los roles sociales y el afrontamiento resistente se asocian con un perfil cardiovascular más favorable. Por el contrario, un mayor estrés psicosocial y depresión se asocian con peor salud cardiovascular⁽²⁰⁾.

Un creciente cuerpo de evidencia respalda la conexión cerebro-mente-corazón-cuerpo que puede afectar positiva o negativamente la salud cardiovascular y los factores de riesgo individuales con múltiples vías directas e indirectas por las que la salud y el bienestar psicológicos pueden influir en el riesgo de ECV. Estos incluyen vías fisiológicas (como la respuesta inflamatoria, la homeostasis de la glucosa y los lípidos y la coa-



Figura 2

gulación) relacionadas con el estrés crónico, los efectos indirectos sobre los comportamientos de salud que influyen en la salud cardiovascular y los cambios en los factores de resiliencia psicosocial que promueven o deterioran la salud o amortiguan los efectos perjudiciales de las experiencias estresantes⁽²¹⁾.

La AHA planteó que **la salud y el bienestar psicológico forman un contexto crítico** e interactúan bidireccionalmente con el potencial para preservar y mejorar la salud cardiovascular siendo fundamentales y subyacentes a todos los componentes de la salud cardiovascular, en lugar de ser una métrica distinta per se. Por estas razones se enfatizó en la importancia crítica de la salud y el bienestar psicológicos y la necesidad de evaluar e intervenir al respecto a nivel clínico, pero no incluirlas como medidas formales de salud cardiovascular en este momento⁽⁸⁾.

Los determinantes sociales a menudo definen el potencial para el éxito o fracaso de las intervenciones para mejorar la salud cardiovascular.

Diversos indicadores socioeconómicos y sociales favorables a nivel individual tales como mayores ingresos, nivel educativo, estatus ocupacional, estatus social y menos aislamiento social y menos discriminación se asocian con mejor salud cardiovascular⁽²²⁾.

Del mismo modo, factores favorables a nivel del área de residencia, como mayores recursos, cohesión social y entorno, también se asocian

con mejor salud cardiovascular, mientras que menos recursos de salud comunitarios y del área de residencia se asocian con una más pobre⁽²³⁾. La evidencia muestra que ello puede afectar de manera directa e importante la capacidad de un individuo para optimizar su salud cardiovascular; **la disponibilidad de alimentos saludables y la capacidad de pagarlos, los lugares seguros en los que realizar actividad física, la alfabetización en salud, las estructuras y redes de apoyo social, y el acceso a la atención médica y la capacidad de pago**, por lo que todos ellos influyen directamente en la salud cardiovascular⁽²⁴⁾.

Al igual que con la salud y el bienestar psicológicos, se ha considerado que **los mejores métodos para medir y cuantificar los determinantes sociales de la salud no se han determinado** y además, los factores mismos subyacen en gran parte a la capacidad de mejorar la salud cardiovascular en lugar de formar un solo componente de ella, por lo que, dejando sentada la gran relevancia de los mismos, por el momento no se ha incluido una medida al respecto⁽²¹⁾.

Sueño: nuevo componente de la salud cardiovascular ideal

El sueño es un elemento clave de la biología humana y un requisito para la vida. Gran parte de la investigación existente se ha centrado en su duración, aunque la salud del sueño incluye además el momento, la regularidad, la eficiencia, la satisfacción y el impacto en el estado de alerta durante el día. Los estudios a nivel de población han demostrado que **la duración inadecuada del sueño (ya sea más corta o más larga que la ideal) está asociada con la enfermedad coronaria**⁽²⁵⁾.

La duración del sueño está asociada con cada uno de los 7 componentes originales de la salud cardiovascular así como con la puntuación general y evidencia reciente sugiere que el sueño agrega un valor predictivo independiente para los eventos de ECV por encima de los 7 originales⁽²⁶⁾.

Como resultado de la evidencia anterior, la facilidad y la creciente confiabilidad de la medición y sus contribuciones comparables e independientes a la salud, el grupo de redacción eligió agregar la duración del sueño como un 8º elemento a la definición de salud cardiovascular⁽²¹⁾.

Las 8 medidas esenciales

El planteo de la AHA es que estas medidas esenciales no sólo se empleen como guía para las personas al definir estrategias de prevención o promoción de la salud sino también para que investigadores, sistemas de salud y tomadores de decisión creen herramientas para medir y monitorizar la salud cardiovascular en individuos y en poblaciones.

Las 8 medidas esenciales para la salud cardiovascular que proponen incluyen **alimentación, actividad física, exposición a la nicotina, sueño, índice de masa corporal, lípidos, glucosa y PA**.

Cada componente recibe de 0 a 100 puntos, siendo el puntaje de salud cardiovascular el promedio de los puntajes para cada una de los 8.

Un puntaje **menor de 50 indica salud cardiovascular deficiente, de 50 a 79 salud cardiovascular moderada y ≥ 80 salud cardiovascular alta**.

Cada uno de los elementos incluidos en los 8 esenciales se determinan de la siguiente manera:

1) Alimentación: se plantea usar una forma para evaluar la calidad de la dieta para adultos y niños a nivel individual (*atención médica individual y asesoramiento alimentario*) y a nivel poblacional (*investigación y salud pública*).

A nivel poblacional se basa en la ingesta diaria de la dieta DASH (del inglés *Dietary Approaches to Stop Hypertension*) con ocho componentes: alta ingesta de frutas, verduras, frutos secos y legumbres, granos integrales, lácteos bajos en grasas y baja ingesta de sodio, carnes rojas y procesadas, y bebidas azucaradas.

Para las personas, el Patrón de Alimentación Mediterránea para Estadounidenses (MEPA, del inglés *Mediterranean Eating Pattern for Americans*) se utiliza para evaluar y monitorear la salud cardiovascular. El MEPA es un patrón alimentario de estilo DASH que se puede medir con 16 preguntas de sí o no sobre la frecuencia semanal del consumo de *aceite de oliva, vegetales, bayas, carne, pescado, lácteos, granos*, etc.

Debe tenerse presente que estas formas propuestas de evaluar la alimentación, apropiadas para ese país, no necesariamente son apropiadas para Uruguay o para otros países, dada la relevancia de los patrones sociales y culturales vinculados a la forma de alimentarse.

2) Actividad física: cantidad total de minutos de actividad física moderada o intensa. El nivel óptimo

semanal es de ≥ 150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de intensidad alta para adultos; 420 minutos para niños de 6 años o más.

3) Exposición a nicotina: considera sistemas de nicotina inhalada, cigarrillos y exposición pasiva al humo de tabaco de niños y adultos.

4) Duración del sueño: horas promedio de sueño por noche, el nivel ideal es de 7 a 9 horas diarias para los adultos. En niños ≤ 5 años de 10 a 16 horas, de 6 a 12 años de edad 9 a 12 horas y de 8 a 10 horas entre 13 a 18 años.

5) Índice de masa corporal: si bien es una variable imperfecta, se calcula con facilidad y está ampliamente disponible por lo que la recomiendan. El IMC de 18,5 a 24,9 se asocia con los niveles más altos de salud cardiovascular.

6) Grasas en sangre: se utiliza el colesterol no HDL, pues puede medirse sin ayuno de antemano y se calcula de manera confiable.

7) Glucemia: incluye hemoglobina A1C o niveles de glucemia para personas con o sin diabetes.

8) Presión arterial: se establecen niveles $< 120/80$ mmHg como óptimos. Hipertensión 130 a 139 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg.

Los datos sobre el cambio de salud cardiovascular y sus beneficios sugieren consistentemente que mantener los niveles más altos posibles en todas las mediciones conducirá a los mejores resultados, por lo que los esfuerzos deben centrarse en estrategias que refuercen el éxito y mantengan altos niveles de salud cardiovascular a lo largo del tiempo.

Sin embargo, si más de una es subóptima o tiene una tendencia peor, no es necesario abordarlas todas al mismo tiempo. Elegir un componente a la vez para mejorar, particularmente si está alineado con la motivación del paciente, puede conducir a resultados exitosos⁽¹²⁾.

Implementación en contexto y uso de tecnología

La mayoría de las medidas (*índice de masa corporal, PA, colesterol, glucosa en ayunas/HbA1c y tabaquismo*) habitualmente se capturan en la historia clínica electrónica. El sistema de salud así como las instituciones pueden aprovecharlas para monitorizar la salud de la población, la predicción de riesgos y la intervención en salud cardiovascular en poblaciones a lo largo de la vida.

Los médicos tienen la oportunidad de utilizar esta herramienta con los pacientes en la consulta para crear conciencia sobre la salud cardiovascular y utilizar enfoques de toma de decisiones compartidos para ayudar a los pacientes a preservar o lograr una salud cardiovascular óptima. Para un mayor éxito, la AHA sugiere que los médicos utilicen estrategias de **entrevistas motivacionales** para ayudar a los pacientes a identificar aquellas que se beneficiarían de la mejora y para las cuales el paciente expresa alguna motivación para el cambio y puede visualizar los medios para hacerlo.

Una mejor capacitación en habilidades para los médicos en estas áreas es fundamental para el éxito. En la Guía Práctica de la Sociedad Uruguaya de Cardiología de 2007 se proponían estrategias para desarrollar la toma de decisiones compartidas con el paciente⁽¹²⁾. Allí se establece que habitualmente puede ser útil que el paciente se concentre en un solo comportamiento o factor de salud a la vez para mejorar, en lugar de tratar de cambiar demasiadas cosas a la vez, lo que puede hacer que se sienta abrumado o experimente una sensación de fracaso.

La adherencia a un estilo de vida saludable es el enfoque clave para la salud cardiovascular, por lo que la optimización de las opciones de estilo de vida a través de la educación, las políticas y el cambio ambiental son importantes relevantes de salud pública. Para una prevención eficaz de la enfermedad, las estrategias de promoción de salud y de prevención de la enfermedad que incluyan acciones en individuos de alto riesgo así como acciones poblacionales, comenzando en la infancia, son esenciales para cambiar la distribución del riesgo, con mayor impacto a observarse con la estrategia poblacional dado que el riesgo de ECV está muy difundido en toda la población.

Se ha visto que reducciones modestas y alcanzables en la ingesta de sal en la población pueden

resultar en reducción marcada en el ACV⁽²⁷⁾, pues además de reducir los niveles de PA en las personas con hipertensión, el grupo de mayor riesgo, se obtendrían reducciones absolutas aún mayores en el ACV con una modesta reducción de la PA entre la proporción mucho mayor de la población con PA cercana o ligeramente superior a la media.

Se necesitan esfuerzos globales y métodos personalizados apropiados para ayudar a las personas a mejorar o mantener la salud cardiovascular, mejorando potencialmente los impactos negativos de los determinantes sociales de la salud y promoviendo cambios positivos sobre la salud psicológica.

La tecnología de salud hoy omnipresente puede poner información importante referida a la salud cardiovascular en la población, en particular en manos de las poblaciones más vulnerables, sabiendo que estas necesitan un mayor apoyo dado que factores de tipo socioeconómico, cultural y medioambiental afectan su capacidad para conseguir una salud cardiovascular óptima.

Referencias

Las referencias bibliográficas están disponibles en la versión online en:



<https://farmanuario.com/tendencias/articulo/?id=23423>

"Prevención Cardiovascular"

Año I, Nº 3 - Mayo de 2023

Publicación producida por **INFORMEDICA S.R.L. - Tendencias en Medicina**

Feliciano Rodríguez 2651 - Tel. (+598) 2709 1533 - Montevideo - Uruguay

Impreso en Gráfica Mosca - Depósito Legal Nº 382.666

Queda prohibida la reproducción o publicación de los artículos de "Prevención cardiovascular" en cualquier medio gráfico o digital, sin autorización de Laboratorio Gador.





GADOLIP®

ÁCIDO FENOFÍBRICO 135 MG
BALANCE DEL PERFIL LIPÍDICO

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
CON EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA



FIBRATO
UTILIZADO
EN COMBINACIÓN
CON ESTATINAS¹

Primer Ácido
Fenofibrico con
mini comprimidos
de liberación
prolongada.



PRESENTACIONES:
GADOLIP® 135 mg.
Envases conteniendo
10 y 30 cápsulas con
microcomprimidos
de liberación prolongada.



1
TOMA DIARIA

1. Alagona P Jr. Fenofibric acid: a new fibrate approved for use in combination with statin for the treatment of mixed dyslipidemia. Vasc Health Risk Manag. 2010 May 25;6:351-62.



 **Gador**

GADOR

en Dislipemias



GADOLIP®

ÁCIDO FENOFÍBRICO 135 MG



Presentaciones:
135 mg x 10 y 30 cáps.



SINLIP®

ROSUVASTATINA 10/20 mg



Presentaciones:
10 mg x 30 y 60 comp.
20 mg x 20 y 30 comp.



HIPOVACOR®

Atorvastatina 10 y 20 mg



Presentaciones:
10 mg x 30 comp.
20 mg x 30 comp.



CORAXAN®

EZETIMIBE 10 mg



Presentación:
10 mg x 30 comp.

