

PREGUNTA CLÍNICA N° 5

¿SON EFECTIVOS LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA QUE AFECTAN AL PERFIL LIPÍDICO EN LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA?

Fecha de edición: Noviembre 2014

RESUMEN

1. Introducción.

Las recomendaciones de la anterior versión de la guía respecto a los cambios en el estilo de vida son las siguientes:

Dieta

Se recomienda aconsejar el patrón dietético mediterráneo (dieta y ejercicio físico) a la población en general y a los individuos que han tenido un evento coronario (**Grado B**).

Este consejo debería ser realizado fundamentalmente en las consultas de enfermería (**Grado C**).

Deben de realizarse esfuerzos dirigidos a la promoción del consumo diario de fruta y verdura (**Grado B**).

Alcohol

Se recomienda aconsejar a la población general y a los pacientes que han tenido una enfermedad cardiovascular que continúen con el consumo de alcohol, si previamente presentaban un patrón de consumo de alcohol bajo o moderado (**Grado C**).

El nivel de consumo de alcohol recomendable no debe superar las 2 unidades/día de alcohol en los varones y 1 unidad/día en las mujeres (**Grado C**).

La información sobre los efectos beneficiosos del alcohol debe de ir acompañada de una clara explicación de las cantidades de alcohol que equivalen a una unidad de alcohol y de los efectos perjudiciales del consumo excesivo (**Consenso**).

Actividad física y pérdida de peso

En población general se recomienda la realización de ejercicio de intensidad aeróbica como andar, correr, nadar con una intensidad moderada por lo menos durante 30 minutos durante 5 días a la semana, o si se realiza con una intensidad alta por lo menos 20 minutos durante 3 días (**Grado B**).

En individuos con sobrepeso u obesidad se recomienda disminuir la ingesta calórica y aumentar la actividad física (**Grado C**).

2. Resumen respuesta en GPC base.

La guía NICE recomienda una dieta baja en grasas totales y grasas saturadas, el consumo diario de frutas y vegetales, la reducción del peso, la realización de ejercicio físico y el consumo bajo de alcohol.

3. Resumen de la evidencia.

Dieta en la prevención de la enfermedad cardiovascular

El estudio PREDIMED (1) se realizó en 7.447 sujetos de alto riesgo cardiovascular sin antecedentes de enfermedad cardiovascular con el objetivo de evaluar la eficacia de 2 dietas mediterráneas, una suplementada con aceite de oliva virgen y la otra con frutos secos, utilizando como grupo control una dieta baja en grasas. En este estudio se observó reducción de la tasa de eventos cardiovasculares mayores (IM, ictus, o muerte cardiovascular), con un RR 0,70 (0,54-0,92) en los participantes del grupo de dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva extra de en comparación

con el grupo control (consejo para reducir grasas en la dieta). El RR del grupo de dieta mediterránea suplementada con frutos secos (nueces, avellanas y cacahuetes) fue de 0,72 (0,54-0,96) en comparación con el grupo control. La reducción de los eventos cardiovasculares se produjo fundamentalmente a expensas de los ictus. En términos relativos esto supone una reducción del 30% de eventos cardiovasculares a favor de la dieta mediterránea.

Ejercicio físico

En un metaanálisis (2), se observó que un incremento de aproximadamente 30 minutos caminando a paso normal al día durante 5 días a la semana se asoció con una reducción en el riesgo de enfermedad coronaria del 19%.

En el metaanálisis de Sofi (3), se observó que los individuos que realizaron un alto nivel de actividad física en su tiempo libre (AVTL) obtuvieron una reducción significativa del riesgo de enfermedad coronaria (RR 0,73; 0,66-0,80). Se obtuvo una protección similar en los individuos que realizaron un moderado nivel de AVTL (RR 0,88; 0,83-0,93).

En el metaanálisis de Sattelmair (4), cuyo objetivo fue cuantificar la relación dosis-respuesta entre la actividad física y el riesgo de enfermedad coronaria, se encontró que los individuos que realizan el equivalente a 150 minutos/semana de actividad física en su tiempo libre tienen un riesgo un 14% menor de enfermedad coronaria que aquellos que no lo realizan y aquellos con una actividad física equivalente a 300 minutos/semana un riesgo un 20% menor. A niveles altos de actividad física se observó modestos incrementos de reducción del riesgo. La mujer obtiene mayores reducciones del riesgo de EC que los hombres al mismo nivel de ejercicio.

Alcohol

En el metaanálisis de Ronksley (5), que analizó el efecto del consumo de alcohol sobre distintas variables cardiovasculares, el consumo bajo-moderado de alcohol se asoció con una reducción del riesgo de mortalidad cardiovascular (RR 0,75; 0,70-0,80), de eventos coronarios, de mortalidad coronaria (RR 0,75 (0,68-0,81) y de mortalidad total (RR 0,87 (0,83-0,92)). No se encontró asociación entre el consumo bajo-moderado de alcohol y la disminución del riesgo de mortalidad por ictus. El análisis dosis-respuesta mostró que el consumo de 2,5-14,9 gramos de alcohol al día tenía un efecto protector para las cinco variables analizadas comparado con el no consumo. Los consumidores de cantidades mayores de alcohol pueden tener más riesgo: aquellos que consumen > 60 gramos/día tenían un mayor riesgo de incidencia de ictus comparado con los abstemios (RR 1,62; 1,32-1,98).

En un metaanálisis más reciente (6), que realizó, además de un análisis categorial, un análisis de la relación dosis-respuesta continua entre el consumo de alcohol y la cardiopatía isquémica, se observó que la función de riesgo sigue una curva en J con un nadir (el menor riesgo de enfermedad isquémica cardíaca) en 31 g/día para el hombre y 11 g/día para la mujer para la mortalidad por cardiopatía isquémica, desapareciendo este efecto protector por encima de 63 g/día en el hombre y 14 g/día para la mujer. Se detectó una asociación cardioprotectora estadísticamente significativa para 3 bebidas estándar/día (RR=0,78; 0,63-0,97), pero no para 1 o 2 bebidas de consumo medio de alcohol/día. En mujeres, se encontró una asociación solo hasta 1 bebida estándar de media para mortalidad (RR 0,84; 0,74-0,96) y hasta 2 bebidas para la morbilidad por enfermedad isquémica miocárdica (RR 0,61; 0,38-0,99).

El efecto protector del consumo moderado de alcohol desaparece cuando se consume de forma ocasional una gran ingesta de alcohol (>60 gr de alcohol puro o >5 bebidas por ocasión como mínimo mensualmente), con un riesgo relativo de 1,45 para la cardiopatía isquémica, según los resultados de un metaanálisis de estudios de cohortes y casos-control (7).

Estos resultados concuerdan con los de otro reciente metaanálisis (8), cuyo objetivo fue conocer la asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de ictus. En el hombre, consumos <35 gr/día se asociaron con una disminución del riesgo de mortalidad por ictus isquémico (RR 0,86; 0,81-0,93). En mujeres, el menor riesgo de mortalidad se observó con consumos menores de 12 gr/día. Consumos excesivos aumentan el riesgo de mortalidad (RR 5,61 para consumos de 12 unidades/día) y de mortalidad por ictus hemorrágico (RR 1,94 en hombres y 4,50 en mujeres).

Obesidad y enfermedad cardiovascular

En un análisis de 57 estudios prospectivos realizados en Europa Occidental y Norteamérica (9), la mortalidad más baja se observó entre 22,5 y 25 kg/m² de IMC. Por encima de este rango, cada 5kg/m² de aumento del IMC se asoció de media con un 30% mayor de mortalidad total (HR 1,29; 1,27-1,32), siendo la mortalidad cardiovascular la causa más frecuente. En el rango de IMC superior (25-50 kg/m²), cada 5 kg/m² mayor, el IMC se asoció con aproximadamente 40% mayor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, un 40% de mayor mortalidad por el ictus, y la misma magnitud por mortalidad cardiovascular en su conjunto. Para la enfermedad coronaria, la magnitud de la asociación positiva con el IMC se puede explicar en gran parte por la tensión arterial, las lipoproteínas y la diabetes.

Esta asociación de la obesidad con la enfermedad cardiovascular puede estar mediada por otros factores de riesgo que se asocian de forma positiva con la obesidad. Con el fin de dilucidar esta incertidumbre, Wormser y col (10) realizaron un metaanálisis de 58 estudios prospectivos. En el análisis ajustado solamente por edad, sexo y consumo de tabaco, el IMC > 20 kg/m² se asoció con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (HR 1,23; 1,17-1,29,

con una alta heterogeneidad). Un nuevo ajuste por PA, historia de diabetes y colesterol total y HDL, el HR se reduce sustancialmente (HR 1,07; 1,03-1,11). El HR fue similar tras ajustar adicionalmente por consumo de alcohol, tabaco o estatus socioeconómico.

En un metaanálisis de 97 estudios prospectivos (11) cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre obesidad y mortalidad total, se observó un aumento del riesgo de mortalidad total en las personas con un IMC>30 kg/m² (HR 1,18; 1,12-1,25). En el análisis por grados de obesidad, no se observó aumento en el riesgo de mortalidad total en el grado 1 (IMC 30-<35) en comparación con el peso considerado adecuado (IMC 18,5-<25). En los pacientes con un IMC>35 el HR fue de 1,29 (1,18-1,41). Sin embargo, en el grupo de sobrepeso (25-<30) se observó una disminución de la mortalidad total (HR 0,94; 0,91-0,96).

En el análisis de sensibilidad para la categoría de sobrepeso incluyen el estudio de Berrington y col (12) publicado en el 2010 que incluye 19 estudios prospectivos que abarcan una población de 1,46 millones de personas, y que observó que la tasa estandarizada por edad de la mortalidad por cualquier causa fue menor entre los participantes con un IMC de 22,5 a 24,9. En comparación con este grupo de referencia, las razones de riesgo se incrementaron progresivamente con los niveles más altos y más bajos de IMC. La inclusión de este estudio, sin embargo, no cambió el HR obtenido en el metaanálisis para el sobrepeso.

Pérdida de peso intencional

A pesar de que la obesidad parece estar asociada a un mayor riesgo de mortalidad, los resultados de revisiones narrativas de estudios que analizan si la pérdida voluntaria de peso produce un beneficio sobre el aumento de la supervivencia en personas obesas son contradictorios (13; 14).

En una revisión sistemática y metaanálisis (15) se observó que la pérdida de peso intencional tiene un efecto neutral en la mortalidad total (RR 1,01; 0,93-1,09). Sin embargo, la pérdida de peso intencional tiene un pequeño efecto beneficioso en pacientes clasificados como enfermos (RR 0,87; 0,77-0,99), especialmente obesos con mala salud (con factores de riesgo) (RR 0,84; 0,73-0,97), pero parece estar asociado con un ligero aumento de la mortalidad en personas sanas cuyo IMC está dentro de la normalidad o sobrepeso (RR 1,09; 1,02-1,1).

4. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

La dieta mediterránea presenta beneficio en mortalidad cardiovascular, frente a una dieta baja en grasas. Además, es culturalmente propia y más fácil de seguir en nuestro entorno. Las consecuencias deseadas claramente superan las consecuencias no deseadas.

La realización de actividad física en tiempo libre presenta beneficio en mortalidad frente a la no realización de actividad física. Las consecuencias deseadas claramente superan las consecuencias no deseadas.

El consumo moderado de alcohol presenta beneficio en mortalidad cardiovascular y cardiocoronaria frente al no consumo de alcohol. Las consecuencias deseadas probablemente superan las consecuencias no deseadas.

A pesar de que la obesidad parece estar asociada a un mayor riesgo de mortalidad, no está claro que la pérdida voluntaria de peso produzca un beneficio sobre el aumento de la supervivencia en personas obesas. La pérdida de peso intencional tiene efecto neutro/ no tiene efecto sobre la mortalidad total. La pérdida de peso puede tener efecto beneficioso en obesos con mala salud. El balance entre las consecuencias deseadas y las no deseadas es incierto.

Razonamiento justificación de la recomendación:

Se trata de recomendaciones con beneficios importantes en salud con costes bajos.

Recomendación:

- Se recomienda aconsejar el patrón dietético mediterráneo (dieta y ejercicio físico) a la población en general y a los individuos que han tenido un evento coronario.
- Se recomienda la realización de actividad física al menos 30 minutos al día.
- Se recomienda aconsejar a la población general y a los pacientes que han tenido una enfermedad cardiovascular que continúen con el consumo de alcohol, si previamente presentaban un patrón de consumo de alcohol bajo o moderado.
- Se sugiere no superar 2 unidades/día de consumo de alcohol en los varones y 1 unidad/día en las mujeres.
- √ La información sobre los efectos beneficiosos del alcohol debe de ir acompañada de una clara explicación de las cantidades de alcohol que equivalen a una unidad de alcohol y de los efectos perjudiciales del consumo excesivo.
- Se sugiere disminuir la ingesta calórica y aumentar la actividad física en pacientes con sobrepeso u obesidad.

Consideraciones para la implementación: Receptividad de los profesionales y de los pacientes a las

recomendaciones del consumo de alcohol con fines terapéuticos.
Factibilidad: Factible.
Evaluación y prioridades para la investigación: Estudios observacionales que valoren de forma más precisa la asociación entre consumo de alcohol y la aparición de ictus. Estudios que valoren la receptividad de los profesionales y de los pacientes a las recomendaciones del consumo de alcohol con fines terapéuticos y su forma de implementación.

5. Bibliografía.

- (1) Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013;368(14):1279-90.
- (2) Zheng H, Orsini N, Amin J, Wolk A, Nguyen VT, Ehrlich F. Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2009;24:181-92.
- (3) Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF. Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15:247-57.
- (4) Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, Kohl HW, Haskell W, Lee IM. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation* 2011;124:789-95.
- (5) Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Bmj* 2011;342:d671.
- (6) Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012;107(7):1246-60.
- (7) Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171:633-44.
- (8) Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010;10:258.
- (9) Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96.
- (10) Wormser D, Kaptoge S, Di Angelantonio E, Wood AM, Pennells L, Thompson A, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet* 2011;377:1085-95.
- (11) Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2013;309(1):71-82.
- (12) Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med* 2010;363:2211-9.
- (13) Simonsen MK, Hundrup YA, Obel EB, Grønbaek M, Heitmann BL. Intentional weight loss and mortality among initially healthy men and women. *Nutr Rev* 2008;66(7):375-86.
- (14) Pérez Morales ME, Jiménez Cruz A, Bacardí Gascón M. Efecto de la pérdida de peso sobre la mortalidad: revisión sistemática de 2000 a 2009. *Nutr Hosp* 2010;25(5):718-24.
- (15) Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev* 2009;22:93-108.