

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR SU RIESGO CARDIOVASCULAR

Ayuda al paciente
para que decida junto con su médico o enfermera



Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE)

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR SU RIESGO CARDIOVASCULAR

Ayuda al paciente
para que decida junto con su médico o enfermera

Adaptación autorizada al castellano del libro: *Making Choices: Life Changes to Choose Your Risk of Heart Disease and Stroke. A Decision Aid for Patients*, cuyos autores son Lyne Lalonde (University of Montreal), Annette O'Connor (University of Ottawa), Steven A. Grover (McGill University) y Ilka Lowensteyn (McGill University).

Son autores de la versión catalana y castellana Joan Gené Badia, Jacint Ortiz Molina, Aintzane Alberdi Leniz, Laia Alemany, Alfonso Pérez Jiménez, Carme Alvira Balada y Patricia Fernández Vandellós, y ha recibido la colaboración especial de Susana González Martínez, Carme Herranz Rodríguez, Mercè Mas Garcia, Dolors Pérez Caparrós, Silvia Porcar León, M. Mercè Sans Rubio y Isidora Torralba Ríos.

El proyecto ha sido financiado por una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III (FIS PI060413).

Diseño y maquetación:

Núria Garí.

Área de Audiovisuales. Hospital Clínic de Barcelona

Ilustraciones:

Xavier Piñas. MS Grup de Disseny

Depósito legal:

B-xxxxx-2007

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| ■ INTRODUCCIÓN | X |
| ■ ENFERMEDAD DEL CORAZÓN Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR | x |
| ■ FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR | X |
| ■ Colesterol | xx |
| ■ Hipertensión arterial | xx |
| ■ Sedentarismo | xx |
| ■ Tabaco | xx |
| ■ Obesidad | xx |
| ■ Estrés | xx |
| ■ OPCIONES DE CAMBIO EN SU ESTILO DE VIDA | XX |
| ■ Dieta | xx |
| ■ Ejercicio físico | xx |
| ■ Abandono del tabaco | xx |
| ■ Disminución del peso | xx |
| ■ Control del estrés | xx |
| ■ OPCIONES CON MEDICAMENTOS | XX |
| ■ Medicamentos para reducir el colesterol | xx |
| ■ Medicamentos para reducir la presión arterial | xx |
| ■ PASOS PARA DISMINUIR SU RIESGO CARDIOVASCULAR | XX |
| ■ EL CASO DE MARÍA | XX |
| ■ EL CASO DE PEDRO | XX |
| ■ TABLAS RESUMEN | XX |
| ■ GLOSARIO DE TÉRMINOS | XX |
| ■ BIBLIOGRAFÍA | XX |

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como objetivo ayudarle a participar en la elección de su tratamiento en caso de que tenga cifras de colesterol elevadas (superiores a 200 mg/dl).

Esta información será de gran utilidad si:

- Está interesado en conocer el riesgo que supone el hecho de padecer una enfermedad cardíaca o un accidente cerebrovascular.
- Le preocupan sus cifras de colesterol o de presión arterial.
- Está dispuesto a introducir cambios en su estilo de vida para reducir el riesgo cardiovascular.

El objetivo de este libro y del cuestionario adjunto es proporcionarle información para que establezca con su médico o enfermera las diferentes opciones disponibles para reducir el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca o cerebral.

Estas opciones pueden incluir desde cambios en su estilo de vida hasta la toma de determinados medicamentos.

Este documento, basado en un original de la Universidad de Ottawa de Canadá, ha sido desarrollado por un equipo de médicos, enfermeras y farmacéuticos catalanes. La información que presenta está basada en los mejores estudios científicos disponibles que se recogen en el apartado de bibliografía al final del documento.

En la medida de lo posible se ha evitado el uso de términos técnicos.

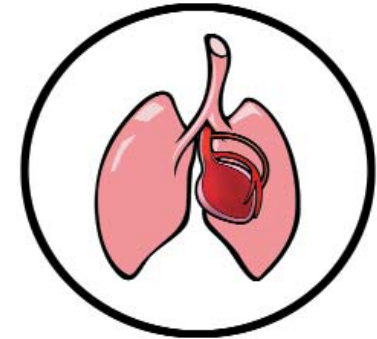
Los que inevitablemente se han empleado quedan definidos en el glosario que se encuentra también al final del libro.

El proceso que le ayudará a seleccionar el tratamiento más adecuado a su riesgo y preferencias personales comprende los siguientes pasos:

1. Lea con atención el libro y conteste a las preguntas que se le formulan.
2. Rellene el cuestionario que se adjunta al final de este documento.
3. Traiga su cuestionario cumplimentado a la próxima visita concertada con su médico o enfermera para que puedan valorar conjuntamente los diferentes métodos disponibles para disminuir el riesgo cardiovascular.

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El ataque al corazón o el accidente cerebrovascular son dos acontecimientos que pueden ocurrir cuando los vasos sanguíneos o arterias están estrechados porque se han depositado placas de colesterol que dificultan el paso de la sangre. A este proceso se le conoce con el nombre de arteriosclerosis.



Las enfermedades del corazón, junto al accidente cerebrovascular, son las principales causas de muerte en nuestro país y en la mayoría de países occidentales.

Cuando las arterias que llevan la sangre al corazón se estrechan, se favorece que se produzca un ataque al corazón, que denominamos angina de pecho, o un infarto de miocardio, según su gravedad, extensión y duración. Después de este ataque, el corazón puede perder capacidad de contracción y, en consecuencia, presentar dificultades para bombear la sangre a todo el cuerpo.

El infarto de miocardio y la angina de pecho generalmente se manifiestan en forma de dolor torácico.

Si se estrechan las arterias que llevan sangre hasta el cerebro puede aparecer un accidente cerebrovascular (ACV), lo cual originará una

lesión por la falta de riego sanguíneo en esta zona. Esta lesión provocará una pérdida de la función que realizaba esta parte del cerebro. En consecuencia, se puede perder la movilidad de una parte del cuerpo, tener dificultades en el habla, en la visión o en la audición y presentar alteraciones de la sensibilidad.

Esta falta de riego sanguíneo cerebral puede ser sólo temporal. Cuando esto ocurre se denomina ataque isquémico transitorio (AIT). En este caso los síntomas desaparecen en pocos minutos u horas y el paciente recupera todas sus funciones.

Veamos qué sucede cuando las personas sufren un ataque al corazón o al cerebro:^{1,2}

De cada 100 personas que sufran un ataque cardíaco:

- 25 podrán seguir de nuevo con sus actividades cotidianas después de algunas semanas.
- aproximadamente 25 tendrán que limitar sus actividades.
- cerca de 50 morirán a lo largo del primer mes.

De cada 100 personas que sufran un accidente vascular cerebral:

- 30 podrán volver a casa después de un ingreso en el hospital y se recuperarán completamente.
- 20 volverán a casa, aunque tendrán algunos problemas al caminar o al hablar.
- 30 ingresarán en un centro sanitario o necesitarán ayuda para comer, ir al cuarto de baño o caminar.
- 20 morirán en el plazo de un mes.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Algunos factores, como sufrir ansiedad o nerviosismo, y algunos hábitos, como fumar o tener unos hábitos sedentarios, aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o un accidente cerebrovascular.

Los principales factores de riesgo cardiovascular sobre los que podemos actuar y que, por tanto, son modificables son éstos:

- El colesterol elevado
- La presión arterial alta
- La poca actividad o ejercicio físico
- El hecho de fumar
- La obesidad
- El estrés

Si padece diabetes o si ya ha tenido un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular en el pasado, su riesgo cardiovascular ya está aumentado.

Describiremos los factores de riesgo con más detenimiento y lo que puede hacer para reducir el riesgo cardiovascular:

Colesterol³

El colesterol es una grasa necesaria para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. Sin embargo, un exceso de colesterol es per-

judicial, ya que se deposita en las paredes de las arterias y las estrecha impidiendo que la sangre fluya adecuadamente. Como ya hemos comentado anteriormente este proceso se denomina arteriosclerosis.



Básicamente, existen dos clases de colesterol en la sangre:

- LDL-colesterol («colesterol malo»): es el que se deposita sobre la pared de las arterias. Las personas que tienen niveles altos de LDL-colesterol tienen más probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular.
- HDL-colesterol («colesterol bueno»): es el que transporta el colesterol malo hacia el hígado para su eliminación. Así ayuda a limpiar las arterias y facilita la circulación. Así pues, un HDL-colesterol elevado es beneficioso. Las personas que tienen niveles bajos tendrán más probabilidades de padecer una enfermedad cardíaca.

El nivel deseable de LDL-colesterol (colesterol malo) es diferente para cada persona, y dependerá de los factores de riesgo que presente.

Por ejemplo, los expertos recomiendan que los niveles de LDL-colesterol se sitúen por debajo de 100 mg/dl si usted ya ha padecido alguna enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular.

En cambio, si tiene tres o más factores de riesgo, como por ejemplo fumar, la presión arterial elevada o es obeso, se recomienda que su colesterol LDL sea inferior a 130 mg/dl.

No existe un nivel óptimo de HDL colesterol (colesterol bueno), pero se considera que es más beneficioso cuanto más altas sean las cifras.

En todo caso, se ha demostrado que el riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta si el nivel de colesterol HDL es inferior de 35 mg/dl en los hombres y de 45 mg/dl en las mujeres.

Hipertensión arterial⁴⁻⁶

La presión arterial es la que tiene la sangre en el interior de las arterias. Si la presión se eleva, el corazón tendrá que trabajar más para poder bombear la sangre a través del



organismo. Se mide en milímetros (mm) de mercurio (Hg), y se expresa con dos números, por ejemplo «135-85».

El número más alto, 135, es la presión arterial sistólica (PAS) o máxima. Ésta es la presión en sus vasos sanguíneos cuando el corazón se contrae y expulsa la sangre.

El número más bajo, 85, es la presión arterial diastólica (PAD) o mínima. Ésta es la presión en sus vasos sanguíneos cuando su corazón se relaja (después de la contracción).

La presión arterial ideal u óptima sería inferior a «130/85», mientras que si está por encima de «140/90» se considera hipertensión (HTA).

| | SISTÓLICA (MÁXIMA) | DIASTÓLICA (MÍNIMA) |
|--------------------|--------------------|---------------------|
| Hipertensión (HTA) | 140 o más | 90 o más |
| Normal-alta | 130-139 | 85-89 |
| Ideal u óptima | 129 o menos | 84 o menos |

Las cifras de la presión arterial cambian frecuentemente y sufren oscilaciones durante el día. Para comprobar si padece hipertensión, su médico o enfermera deberá tomar su presión arterial por lo menos en 3 visitas.

Sedentarismo

El sedentarismo contribuye a elevar la presión arterial, a aumentar las cifras de colesterol y a elevar los niveles de glucosa en sangre, y predispone a padecer diabetes. Además favorece la aparición de obesidad.



Todos estos factores contribuyen a aumentar el riesgo cardiovascular.

Tabaco

El hábito de fumar incrementa de forma muy importante el riesgo de padecer ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.

Esto es debido a que el tabaco es un elemento que oxida el colesterol LDL (el malo) e inicia el proceso por el que éste se deposita en la pared de las arterias y se desarrolla la arteriosclerosis.

Está demostrado que la mortalidad por enfermedades vasculares



aumenta en los fumadores. El tabaco multiplica por cuatro la probabilidad de sufrir una enfermedad coronaria o cerebrovascular.

Además los pacientes fumadores sufren más cáncer y enfermedades pulmonares respiratorias crónicas.

Obesidad

Se considera que una persona es obesa cuando tiene un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 y sobrepeso cuando este índice es superior a 25. En todo caso el riesgo cardiovascular aumenta a partir de un IMC por encima de 28.



El IMC se calcula según la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (metros)}^2}$$

Categorías a partir del IMC:

Peso normal: < 25

Sobrepeso: = 25-29

Obesidad: > 30

Obesidad mórbida: > 40

Otro valor importante es la medida de la circunferencia abdominal a nivel del ombligo. No debería ser superior a 102 cm en los hombres y a 88 cm en las mujeres. Cuando esta medida es superior significa que hay mucha grasa dentro del abdomen y esto comporta un aumento muy importante del riesgo cardiovascular.

La obesidad eleva la presión arterial y los niveles de colesterol, y además favorece la aparición de diabetes. Por todo esto, aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Estrés

Los problemas de estrés y ansiedad se detectan en la población de edad joven. Se calcula que el 13,5 % de la población entre 35 y 49 años la presentan.

Durante mucho tiempo se ha subestimado la carga que genera la ansiedad sobre la salud en general y también en la cardiovascular.

Es un factor de riesgo muy difícil de medir porque es muy subjetivo; pero pese a todo existen diferentes cuestionarios validados que ayudan a detectar si se sufre ansiedad.

Las personas estresadas tienen más probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, sobre todo porque el estrés aumenta la presión arterial.



OPCIONES DE CAMBIO EN SU ESTILO DE VIDA

Una vez descritos los factores de riesgo cardiovascular sobre los que podemos actuar, revisaremos las diferentes actuaciones que están en nuestra mano modificar.

Las opciones para el cambio de estilo de vida son:

- Seguir una dieta sana
- Hacer más ejercicio
- Dejar de fumar
- Alcanzar o mantener un peso adecuado
- Controlar el estrés

Si los cambios en el estilo de vida no consiguen alcanzar los resultados deseados, disponemos de medicamentos para reducir los niveles de colesterol y la presión arterial.

Tras una breve descripción de estos factores de riesgo que son modificables, le pediremos que marque sus opciones en un cuestionario.

Dieta⁷⁻²³

La dieta de protección cardiovascular es rica en aceite de oliva, legumbres, frutos secos, pastas, cereales, frutas, verduras, derivados lácteos y pescados. La dieta mediterránea tradicional cumple todas estas condiciones y por este motivo está especialmente recomendada.



En general, se debe evitar el consumo frecuente de carnes rojas y grasas animales.

Si bebe demasiado alcohol, puede aumentar su tensión arterial y el

riesgo de presentar una angina de pecho o un infarto agudo de miocardio.

Podremos considerar que una dieta es sana si es:

- Baja en grasas y colesterol.
- Baja en sal: se recomienda reducir el consumo diario unos 5 g/día. Habitualmente se consume alrededor de 10 g/día.
- Con alto contenido en fibra. Ésta se encuentra en comidas como verduras y frutas. Se recomienda al menos 5 raciones de estos alimentos en la dieta diaria.
- Con alto contenido en grasas insaturadas (como el aceite de oliva y el pescado azul). Las grasas perjudiciales son las que llamamos saturadas, que se encuentran en las carnes grasas o en la bollería industrial.



Una dieta saludable puede reducir su LDL-colesterol en un 5 %, su presión arterial de 5 a 9 mmHg y, por lo tanto, disminuir en general el riesgo cardiovascular.

Ahora, marque con una cruz (x) las opciones que esté dispuesto a seguir.

| OBJETIVO | OPCIONES |
|--|---|
| Reducir la grasa y el colesterol | <input type="checkbox"/> Comer menos carne y aumentar la ingestión de otros alimentos (frutas, verduras, pescado azul...). |
| | <input type="checkbox"/> Elegir carnes magras (como aves y pescado), y eliminar la grasa de la carne antes de cocinarla. |
| | <input type="checkbox"/> Elegir diariamente productos bajos en grasa, como aves o leche desnatada, queso y yogures desnatados. |
| | <input type="checkbox"/> Cocinar con poca grasa o sin grasa o bien usar pequeñas cantidades de aceite vegetal como el de oliva o de girasol. |
| | <input type="checkbox"/> Evitar productos de bollería industrial como croissants, magdalenas... |
| Reducir la sal | <input type="checkbox"/> Limitar el uso de sal en su cocina. |
| | <input type="checkbox"/> Suprimir el uso de sal en la mesa. |
| | <input type="checkbox"/> Evitar alimentos salados. |
| | <input type="checkbox"/> Elegir comida fresca o congelada antes que comida precocinada. |
| | <input type="checkbox"/> Evitar salsas preparadas porque llevan sal y grasa. |
| | <input type="checkbox"/> Evitar los alimentos en cuyas etiquetas conste que tienen un alto contenido en sal y grasas. |
| | <input type="checkbox"/> Usar condimentos como hierbas, especias, jugo de limón y ajo para evitar el uso de sal. |
| Aumentar la ingesta de fibra | <input type="checkbox"/> Comer entre 2-3 piezas de fruta y 2 platos de verdura cruda o cocida al día (incluyendo las ensaladas). |
| | <input type="checkbox"/> Comer alrededor de 4-5 raciones de cereales por día (pan integral, cereales, etc.). |
| Aumentar el consumo de grasas insaturadas | <input type="checkbox"/> Comer 2-3 comidas cada semana que incluyan pescado azul, como atún, sardina, boquerón o caballa. |
| | <input type="checkbox"/> Añadir aceite de oliva en las comidas. |
| | <input type="checkbox"/> Comer frutos secos a diario. |
| Reducir el consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Hombres: limitar el consumo de alcohol a menos de dos bebidas al día (un vaso de vino o cerveza se considera una bebida y los destilados como coñac o ginebra cuentan el doble). |
| | <input type="checkbox"/> Mujeres: limitar el consumo de alcohol a una bebida al día. |

Ejercicio físico ^{15, 24, 29}

Las personas que practican deporte suelen tener hábitos higienicodietéticos más saludables, entre ellos no fumar, comer bien (con pocas grasas) y descansar lo suficiente. El ejercicio físico tiene un efecto relajante y permite distraernos y olvidarnos del estrés cotidiano.



El ejercicio físico es un tipo de actividad física planificada (se sale de casa específicamente para practicarlo), estructurada y repetitiva que tiene como finalidad el mantenimiento o la mejora de la forma física.

La actividad física, por el contrario, es la que está integrada en nuestra vida normal (por ejemplo, ir caminando a trabajar).

Se pueden diferenciar dos tipos principales de ejercicio físico: dinámico y estático.

El ejercicio dinámico se caracteriza por generar movimiento articular debido a que los grupos musculares se acortan y alargan rítmicamente, lo cual produce una fuerza dentro del músculo relativamente pequeña. Andar, correr y nadar son ejemplos de ejercicio dinámico. Por sus características, suelen ser ejercicios prolongados que se realizan con consumo de oxígeno, por lo que también suelen denominarse «aeróbicos».

El ejercicio estático provoca una contracción intramuscular intensa

con poca variación de la longitud del músculo, como sucede durante el levantamiento de pesas o la práctica de windsurf. En general, son ejercicios intensos y no suelen ser muy prolongados, por lo que es escaso el uso del oxígeno y consecuentemente son de predominio «anaeróbico».

Si realiza ejercicio aeróbico de forma regular y con una intensidad moderada, podrá:

- Reducir su LDL-colesterol en un 4 %, por ejemplo de 130 a 125 mg/dl.
- Aumentar su HDL-colesterol un 4,6 %. Este aspecto es muy importante en la prevención del riesgo cardiovascular.
- Reducir la tensión arterial unos 10 mmHg.
- Disminuir, en conjunto, el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

Existen muchas formas de aumentar la actividad física. Tal como se aprecia en la tabla siguiente, hay actividades que requieren más esfuerzo que otras.

Un ejercicio de esfuerzo medio durante 30 minutos, 3 o 4 veces a la semana, le ayudará a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Marque con una cruz (x) en la siguiente tabla las actividades que podría practicar.

| ESFUERZO | ACTIVIDAD | EFFECTO |
|--|--|---|
| Ligero 20-30 minutos al día | <input type="checkbox"/> Caminar suavemente <input type="checkbox"/> Hacer estiramientos | Le puede ayudar a perder peso y a mantenerlo. |
| Moderado 50-60 minutos 3-4 veces/semana | <input type="checkbox"/> Caminar de manera rápida <input type="checkbox"/> Ir en bicicleta <input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Bailar <input type="checkbox"/> Practicar aquagym | Le puede ayudar a: <ul style="list-style-type: none"> ■ Perder peso y a mantenerlo. ■ Disminuir la presión arterial. ■ Disminuir el colesterol LDL. ■ Aumentar el colesterol HDL. |
| Intenso 60 minutos 3 veces/semana | <input type="checkbox"/> Hacer aeróbic <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Jugar a fútbol <input type="checkbox"/> Jugar a baloncesto <input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Bailar de manera intensa | Le puede ayudar a: <ul style="list-style-type: none"> ■ Perder peso y a mantenerlo. ■ Disminuir el colesterol LDL. ■ Aumentar el colesterol HDL. |

Abandono del tabaco ³⁹⁻⁴⁵

Dejar de fumar es la decisión que más puede reducir el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

Pero no es fácil conseguir el abandono del hábito tabáquico.

De aquellos fumadores que deciden dejar de fumar por ellos mismos, únicamente un 10 % aproximadamente continúa sin fumar al cabo de un año.

Existen diferentes métodos destinados a ayudar a los fumadores a abandonar el hábito de fumar, que se muestran en la siguiente tabla.

Para cada una de las estrategias se indica el porcentaje de personas que siguen sin fumar al cabo de un año de haber iniciado el abando-

no con cada uno de los diferentes métodos.

Si ha intentado dejar de fumar, marque con una cruz (x) en la tabla las estrategias que ya ha utilizado.

| ESTRATEGIAS | NO FUMADORES TRAS 1 AÑO | EFFECTOS ADVERSOS |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar por sí mismo sin ayuda | 8-10 % | Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | El resultado a largo plazo no está demostrado. | Trastornos mínimos |
| <input type="checkbox"/> Hipnosis | El resultado a largo plazo no está demostrado. | Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Consejo en grupo | 10 % | Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Consejo individual | 10 % | Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sulfato de lobelina (Smokeless®), EFP | Información insuficiente a largo plazo | Información insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Suplementos de nicotina en forma de parches, chicles o caramelos (Nicotinell®, Nicorette®), EFP, junto a consejo individual | 18 % | 1 de cada 10 personas pueden padecer reacciones en el lugar de aplicación como eritema y prurito. Entre 1 y 10 personas entre 100 pueden padecer insomnio, mareos, cefaleas y náuseas. |
| <input type="checkbox"/> Bupropión (Zyntabac®, Quomem®), EXO Es un fármaco que se investigó inicialmente para el tratamiento de la depresión; todavía se desconoce el mecanismo por el cual ayuda a los pacientes a dejar de fumar. | 18-23 % | Más de 10 personas entre 100 pueden padecer insomnio. Entre 1 y 10 personas de 100 pueden sufrir temblor, dolor de cabeza, fiebre y alteraciones del gusto. |
| <input type="checkbox"/> Vareniclina (Champix®), EXO Es un fármaco que se une a los efectos de la nicotina en el organismo y produce un efecto de alivio de los síntomas de abstinencia y de reducción de los efectos gratificantes de la nicotina. | 22-23 % | Más de 1 persona entre 10 puede padecer sueños anómalos, insomnio y náuseas. Entre 1 y 10 personas entre 100 pueden padecer vómitos. |

EFP: Especialidad farmacéutica publicitaria (no financiada por la Seguridad Social).

EXO: Excluida de la oferta de la Seguridad Social.

Muchas de estas estrategias están disponibles sin prescripción. Si desea más información, consulte a su farmacéutico, médico o enfermera.

Disminución del peso ^{15, 25-28}

La obesidad está ligada a muchos otros problemas de salud, por lo que una reducción del peso corporal, además de reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, puede aportar otros beneficios para la salud.

Si disminuye unos 5 kilos su peso corporal, puede:

- Reducir su colesterol LDL alrededor de 3 mg/dl.
- Incrementar su colesterol HDL alrededor de un 4 %.
- Disminuir su tensión arterial de 7 a 12 mmHg.

En la tabla siguiente encontrará una lista de posibles estrategias para perder peso.

Realizando una dieta baja en calorías y haciendo ejercicio físico de manera regular podría conseguir una reducción de peso de entre 6 y 7 kilos.

Si está interesado en perder peso, elija y marque con una cruz (x) las estrategias que quiere seguir:

| ESTRATEGIAS | RESULTADOS |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta baja en calorías junto a la práctica de ejercicio <ul style="list-style-type: none"> ■ 800 a 1.500 kcal/día ■ Ejercicio ligero o moderado, 30 a 60 minutos la mayoría de días de la semana. | Puede perder de 6 a 7 kg. |
| <input type="checkbox"/> Dieta y ejercicio acompañados de sesiones individuales o de grupo | Puede ayudar a bajar peso y a mantenerlo si se continúa con la dieta y el ejercicio. |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos como el orlistat y la sibutramina, junto a la dieta <ul style="list-style-type: none"> ■ Reducen el apetito y/o la absorción de grasas. | Si lo añade a la dieta puede perder 4 kg más que sólo con la dieta. |
| <input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica (sólo en casos de gran obesidad) | Puede reducir su peso entre un 50 %-70 %. Un 10 % de los operados tienen complicaciones y entre un 0,5 % y un 1,5 % de los operados fallece en la intervención. |

Control del estrés ⁴⁶

Como ya hemos comentado el estrés también puede incrementar el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

Indique a continuación con una cruz (x) el nivel de estrés que cree que padece:

Nada de estrés Estrés medio Estrés alto

Si tiene cifras altas de presión arterial, el estrés puede incrementar todavía más los niveles.

La utilización de algunas de las técnicas existentes para el control del estrés o una combinación de las mismas (biofeedback, meditación o técnicas de relajación...) podrían ayudarle a reducir la presión arterial y, por lo tanto, a reducir el riesgo cardiovascular.

OPCIONES CON MEDICAMENTOS

Si las medidas anteriores no han sido efectivas, o han resultado insuficientes, existen opciones medicamentosas para reducir el riesgo, pero recuerde que los medicamentos no sustituyen un estilo de vida saludable.



Ningún medicamento puede curar definitivamente el colesterol elevado o la presión arterial, ya que son enfermedades crónicas, pero sirven para ayudar a reducir el riesgo cardiovascular.

Medicamentos para reducir el colesterol ⁴⁷⁻⁵⁷

Los medicamentos para el colesterol ayudan a controlar los niveles sanguíneos de éste. Cada uno de los medicamentos que disponemos tiene un efecto diferente sobre el colesterol LDL –malo– y el colesterol HDL –bueno–.

Estos medicamentos sólo son eficaces si los toma regularmente. Cuando la toma de comprimidos que le han prescrito es inferior al 80 % o cuando no se respeta en el 80 % de las veces el horario de tomarlos, la eficacia de los medicamentos disminuye.

Hay cuatro tipos de medicamentos disponibles para reducir el colesterol:

- Estatinas
- Resinas
- Fibratos
- Ezetimiba

La tabla siguiente proporciona información sobre los efectos de todos estos fármacos:

| GRUPO DE MEDICAMENTO | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | EFFECTOS SOBRE EL COLESTEROL | EFFECTOS ADVERSOS | PRECAUCIÓN SI ... |
|----------------------|--|---|---|--|
| Estatinas | Simvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina | Disminuyen el LDL «malo» (20-50 %). Aumentan el HDL «bueno» (5-10 %). | Leves y poco frecuentes. Se desconoce si tienen efectos adversos a largo plazo. 10 personas de cada 100 que las toman tienen dolor abdominal y flatulencia. En menos de 1 persona entre 100 consumidores, produce calambres musculares y afectación del hígado. | Está en tratamiento con ciclosporina, amiodarona, gemfibrozilo, clofibrato, sildenafilo. Consultar con el médico /enfermera si está en tratamiento con otros fármacos. |

| | | | | |
|-----------|--|---|--|-----------------------|
| Resinas | Colestiramina, colestipol | Disminuyen el LDL (15-25 %). Aumentan el HDL (0-5 %). | Son seguras en tratamientos prolongados porque no se absorben en el organismo. Causan distensión abdominal, flatulencia, náuseas en 10 personas de cada 100 y estreñimiento en 20 de cada 100. | Igual que la anterior |
| Fibratos | Bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozilo | Disminuyen el LDL (10-20 %). Aumentan el HDL (hasta un 30 %). | Leves y poco frecuentes. Incluyen dolor abdominal o dolor muscular en el 10 % de los consumidores. Afectan al hígado en 1 persona de entre 100. | Igual que la anterior |
| Ezetimiba | En combinación con estatinas | Disminuyen el LDL (19 %). Aumentan el HDL (3 %). | Un 10 % de los consumidores experimenta dolor abdominal, estreñimiento, flatulencia y/o náuseas. También hay que tener en cuenta los efectos secundarios de las estatinas ya que su uso principal es en combinación con ellas. | Igual que la anterior |

Medicamentos para reducir la presión arterial ⁵⁸⁻⁶⁶

Usted, junto con su médico pueden decidir si necesita tomar medicación para reducir la presión arterial. Hay muchos fármacos para bajar la presión arterial, pero la elección de unos u otros dependerá de varios factores:

- Su estado de salud previo.
- Su edad.
- Cómo tolera cada persona el medicamento que consume.

Algunas personas necesitarán tomar más de un medicamento simul-

táneamente para conseguir mantener las cifras de tensión en valores normales o aceptables.

Estos medicamentos sólo son eficaces si los toma regularmente. Cuando la toma de comprimidos que le han prescrito es inferior al 80 % o cuando no se respeta en el 80 % de las veces el horario de tomarlos, la eficacia de los medicamentos disminuye.

Los medicamentos usados más habitualmente están descritos en la siguiente tabla.

Como promedio, un medicamento de estas familias puede reducir la presión máxima entre 7 y 15 mmHg y la presión mínima entre 5 y 10 mmHg.⁶⁷

| FAMILIA DE FÁRMACOS | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | EFECTOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL | EFECTOS SECUNDARIOS | PRECAUCIÓN SI ... |
|---|--|---|---|---|
| Diuréticos | Hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona, etc. | Reducen la presión máxima (PAS) de 7 a 15 mmHg. Reducen la presión mínima (PAD) entre 5 y 10 mmHg. | Entre 1 y 9 personas de cada 100 sienten cansancio, alteraciones del azúcar en sangre, erupciones cutáneas, mayor sensibilidad al sol y náuseas. | Está en tratamiento simultáneo con digoxina o litio. Tiene antecedentes de gota. |
| Betabloqueantes | Atenolol, bisoprolol, carvedilol, etc. | Igual | Un 10 % siente cansancio y pulso lento. Un 1 % presenta trastornos del sueño, impotencia o tiene dificultades para respirar si tiene también asma. | Presenta trastornos respiratorios (asma). Tiene arritmias cardíacas. Está embarazada o en periodo de lactancia. |
| Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) | Enalapril, captopril, lisinopril, etc. | Igual | Un 2 % siente cansancio, tos seca, mareo y dolor en las extremidades. | Está en tratamiento con litio, tiene trastornos renales. Está embarazada o en periodo de lactancia. |

| | | | | |
|---|--|--------------------------|--|---|
| Bloqueantes de receptores de la angiotensina II | Losartan, candesartan, telmisartan, etc. | Igual | Entre 1 y 10 personas de cada 100 consumidores sienten cansancio, mareos, tos y palpitaciones. | Igual que el anterior |
| Inhibidores de los canales del calcio | Amlodipino, nifedipino, diltiazem, etc. | Igual que los anteriores | Entre 1 y 10 pacientes de cada 100 consumidores sienten cansancio, presentan hinchazón de los tobillos, dolor de cabeza, alteraciones del pulso, que se vuelve lento o aumenta, o presentan estreñimiento. | Está embarazada o en periodo de lactancia. Presenta insuficiencia cardíaca congestiva. |

PASOS PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Una vez que ha revisado la información y ha podido aclarar sus dudas con su médico o enfermera, ya está en disposición de decidir qué opciones desea poner en práctica.

Este folleto contiene una hoja de trabajo personal que le ayudará a decidir cuál es la mejor opción para reducir su riesgo cardiovascular.

Esta hoja le permitirá:

- Valorar su propio riesgo cardiovascular.
- Considerar qué cambios de su estilo de vida le pueden ayudar a reducir el riesgo.
- Diseñar un plan de acción personalizado.
- Valorar los progresos alcanzados con la ayuda de su médico y/o enfermera.

La hoja de trabajo personal se divide en 4 pasos:

Paso 1

Revisión de su propio riesgo de padecer un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral. Se analizan todos sus factores de riesgo y se determina la importancia de cada uno de ellos.

Asimismo se compara su riesgo con el riesgo medio de la población de su misma edad y sexo.

Paso 2

Se muestran los beneficios que para usted tendrán los cambios de hábitos y la utilización de las diferentes opciones medicamentosas.

Para hacerlo más gráfico, ha de señalar con cinco estrellas aquellos cambios que considere más importantes y con menos estrellas los que le parezcan de menor importancia.

Podrá comprobar de manera gráfica cómo reduce su riesgo cardiovascular al modificar alguno de los factores que influyen en dicho riesgo.

Paso 3

Ha de decidir su plan de acción conjunto señalando aquellos cambios en su estilo de vida que esté dispuesto a realizar en los próximos tres meses.

Paso 4

Ha de valorar con su médico de familia o enfermera los progresos conseguidos al cabo de este tiempo.

EL CASO DE MARÍA

María es una mujer de 67 años que no ha tenido ningún ataque al corazón ni ninguna enfermedad cerebrovascular. Únicamente hace tres meses que está intentando sin éxito reducir su nivel de colesterol siguiendo una dieta pobre en grasas y colesterol.



Paso 1

Revisión del riesgo de María de padecer un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral.

| | SÍ | NO |
|---|----|----|
| Colesterol elevado | X | |
| Tensión arterial elevada | | X |
| Fumadora | X | |
| Falta de ejercicio | | X |
| Sobrepeso u obesidad | | X |
| Diabetes | | x |
| Ataque al corazón o accidente vascular cerebral | | X |

Como se identifica en el primer paso de la hoja de trabajo, María tiene dos factores de riesgo que pueden mejorarse: tiene unos niveles inadecuados de colesterol y además es fumadora.

María tiene un riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular del 19 %.

Esto significa que si siguiéramos la evolución de 100 personas que tuvieran el mismo riesgo que María durante 10 años, unas 19 tendrían un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral y 81 no lo tendrían.



El riesgo cardiovascular de una ciudadana residente en Catalunya, de la misma edad que María, que no sea fumadora ni tenga el colesterol elevado es del 7 %.

Paso 2

POSIBLES BENEFICIOS DE LAS OPCIONES DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA.

María puede reducir el riesgo de sufrir un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral dejando de fumar o mejorando su nivel de colesterol. La tabla que se muestra a continuación señala cómo pueden ser de efectivas cada una de estas opciones.

| Opciones de cambio de estilo de vida | Número de personas entre 100 que tendrán un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral en los próximos 10 años | Importancia del beneficio para usted |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin cambios | 19 % | |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea y ejercicio físico | 15 % | 😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea y pérdida de peso | 15 % | 😊😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea, ejercicio físico y pérdida de peso | 9 % | 😊😊😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Bajo colesterol con medicamentos | 12 % | 😊 |
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar | 15 % | |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea, ejercicio, pérdida de peso y dejar de fumar | 7 % | 😊😊😊😊😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Cambiar todos los factores de riesgo y tomar medicamentos | 4 % | 😊 |

La tercera columna señala la importancia que tienen para María estos cambios en el estilo de vida.

María piensa que reducir el riesgo cardiovascular con cambios en los estilos de vida es mucho más importante que hacerlo con medicamentos, ya que dejar de fumar, seguir una dieta saludable y hacer ejercicio no sólo previenen el riesgo cardiovascular sino muchas otras enfermedades. Además evita el riesgo de padecer efectos adversos que comporta la medicación.



Si 100 personas como María cambiaran sus factores de riesgo adoptando un estilo de vida más saludable a lo largo de los próximos 10 años, únicamente 7 de ellas tendrían un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral. Esto significa, tal como se muestra en la figura de las 100 caras, que alrededor de 7 tendrían un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral y 93 no lo tendrían.

Si María reduce su colesterol y deja de fumar, tendrá el mismo riesgo cardiovascular que el promedio de las mujeres españolas de 63 años de edad.

Paso 3

EL PLAN DE ACCIÓN DE MARÍA.

María discute los pros y los contras de cada opción con su médico y/o enfermera. En su hoja de trabajo comprueba las opciones de cambios de estilo de vida que está dispuesta a realizar en los próximos

tres meses.

Como María prefiere no tomar medicamentos, decide probar los cambios de estilo de vida que la puedan ayudar a corregir los niveles de colesterol.

A pesar de que hace cierto ejercicio, decide incrementar su actividad física apuntándose a realizar aquagym.

Después de consultar al farmacéutico, María decide probar los parches de nicotina para que la ayuden a dejar de fumar.

Esta decisión no sólo implica una mejora de las enfermedades cardiovasculares, sino que también mejora otras patologías como las de origen respiratorio además de que evita los efectos adversos de los medicamentos.

Paso 4

LOS PROGRESOS CONSEGUIDOS POR MARÍA.

Después de tres meses, María volverá con su médico y/o enfermera para valorar los progresos conseguidos. Ha dejado de fumar, su nivel de colesterol ha bajado hasta límites aceptables. También ha engordado un kilo.

El riesgo de presentar un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral ha bajado hasta 7 de cada 100 cuando antes estaba en el 19 %. Su riesgo cardiovascular actual es el mismo que el de una señora que resida en Catalunya de 63 años de edad.

María esta contenta con su mejora y decide continuar igual.

EL CASO DE PEDRO

Pedro es un señor de 52 años, hipertenso, con sobrepeso y con el colesterol elevado.

Paso 1

Revisión del riesgo de Pedro de padecer un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral.

| | SÍ | NO |
|---|----|----|
| Colesterol elevado | X | |
| Tensión arterial elevada | X | |
| Fumador | | X |
| Falta de ejercicio | | X |
| Sobrepeso u obesidad | X | |
| Diabetes | | x |
| Ataque al corazón o accidente vascular cerebral | | X |



Tal y como se puede observar en la hoja de trabajo, Pedro tiene tres factores de riesgo que pueden ser mejorables: colesterol elevado, hipertensión y sobrepeso.

Pedro tiene un riesgo del 10 % de sufrir un infarto o un accidente vascular cerebral. Esto significa que si hiciéramos un seguimiento durante 10 años de personas como Pedro, 10 de ellas sufrirían un infarto o un accidente vascular cerebral y 90 no lo padecerían.



Los catalanes de la misma edad que Pedro que no tienen ni la tensión arterial ni el colesterol elevados, tienen un riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular del 5 %.

Paso 2

POSIBLES BENEFICIOS DE LAS OPCIONES DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA.

Pedro puede reducir el riesgo de sufrir un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral dejando de fumar o mejorando su nivel de colesterol o de tensión arterial.

La tabla que se muestra a continuación señala cómo puede ser de efectiva cada una de las diferentes opciones:

| Opciones de cambio de estilo de vida | Número de personas entre 100 que tendrán un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral en los próximos 10 años | Importancia del beneficio para usted |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin cambios | 10 % | |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea y ejercicio físico | 6 % | 😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea y pérdida de peso | 6 % | 😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Dieta mediterránea, ejercicio físico y pérdida de peso | 5 % | 😊😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Bajo colesterol con medicamentos | 5 % | 😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos para la tensión arterial | 6 % | 😊😊 |
| <input type="checkbox"/> Cambiar todos los factores de riesgo y tomar medicamentos para la tensión y el colesterol | 3 % | 😊😊😊😊 |

La tercera columna señala la importancia que tienen para Pedro estos cambios en el estilo de vida.

Por ejemplo, piensa que reducir el colesterol con cambios en el estilo de vida y combinarlo con la toma de medicamentos para controlar sus niveles de colesterol pueden ser muy importantes a la hora de reducir su riesgo cardiovascular.

Si 100 personas como Pedro cambiaran su estilo de vida: haciendo más ejercicio, siguiendo una dieta más saludable, controlando el peso y tomando medicamentos para reducir los niveles de colesterol y la tensión arterial, en 10 años de seguimiento sólo 3 de ellas sufri-

rían un infarto o un accidente vascular cerebral, mientras que 97 no lo sufrirían.

Paso 3

EL PLAN DE ACCIÓN DE PEDRO.

Pedro discute los pros y los contras de cada opción con su médico y/o enfermera. En su hoja de trabajo comprueba las opciones de cambios de estilo de vida que está dispuesto a realizar en los próximos tres meses.

Decide tomar medicamentos para reducir su nivel de colesterol así como realizar más ejercicio, comer de forma más saludable y con todo ello intentar bajar de peso.

Paso 4

LOS PROGRESOS CONSEGUIDOS POR PEDRO.

Después de tres meses, Pedro va a visitarse con su médico y/o enfermera para valorar los progresos conseguidos. Ha disminuido su nivel de colesterol y también ha bajado de peso.

El riesgo de presentar un ataque al corazón o un accidente vascular cerebral ha bajado hasta 3 de cada 100 cuando antes estaba en el 10 %. Su riesgo cardiovascular actual es el mismo que el de un ciudadano que resida en Catalunya de 44 años de edad.

Pedro está orgulloso con su mejoría y por ello decide proseguir con su plan de acción.

TABLAS RESUMEN

Tome estas tablas inferiores como referencias rápidas de los beneficios anteriormente expuestos y descritos.

En ambas tablas, la flecha ↑ significa incremento y la flecha ↓ significa disminución.

| ESTILOS DE VIDA | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|------------------|-------------|
| | LDL | HDL | TENSIÓN ARTERIAL | |
| | | | SISTÓLICA | DIASTÓLICA |
| Dita saludable | ↓ 5 % | | ↓ 9 mmHg | ↓ 5 mmHg |
| Incremento del ejercicio físico | ↓ 4 % | ↑ 5 % | ↓ 5-7 mmHg | ↓ 5-7 mmHg |
| Dejar de fumar | | ↑ 14 % | | |
| Perder peso (4,5 kg) | ↓ 3 % | ↑ 14 % | ↓ 7-12 mmHg | ↓ 7-12 mmHg |
| Reducir el estrés | | | | |

| FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|------------------|------------|
| | LDL | HDL | TENSIÓN ARTERIAL | |
| | | | SISTÓLICA | DIASTÓLICA |
| Resinas | ↓ 15-25 % | ↑ 0-5 % | | |
| Niacinas | ↓ 20 % | ↑ 20-40 % | | |
| Fibratos | ↓ 10-20 % | ↑ 0-30 % | | |
| Estatinas | ↓ 20-50 % | ↑ 5-10 % | | |

| FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS | | | | |
|----------------------------------|-----|-----|------------------|------------|
| | LDL | HDL | TENSIÓN ARTERIAL | |
| | | | SISTÓLICA | DIASTÓLICA |
| Diuréticos | | | ↓ 7-15 % | ↑ 5-10 % |
| Betabloqueantes | | | ↓ 7-15 % | ↑ 5-10 % |
| Angiotensina I | | | ↓ 7-15 % | ↑ 5-10 % |
| Angiotensina II | | | ↓ 7-15 % | ↑ 5-10 % |
| Inhibidores del canal del calcio | | | ↓ 7-15 % | ↑ 5-10 % |

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Colesterol sanguíneo:** es una grasa esencial del organismo. Existen básicamente dos tipos de colesterol en sangre: colesterol LDL y colesterol HDL.
- **Presión sanguínea:** permite medir el trabajo que debe realizar el corazón para bombear la sangre a través del organismo. Se mide en milímetros (mm) de mercurio (Hg), y se representa mediante dos cifras, tales como «135-85». El número mayor corresponde a la presión arterial sistólica y el menor, a la presión arterial diastólica.
- **Colesterol HDL:** el colesterol HDL es conocido como «colesterol bueno», porque promueve la eliminación del colesterol de la sangre, lo que dificulta la aparición de la arteriosclerosis. Las personas con cifras bajas de colesterol HDL o colesterol bueno tienen mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular o cerebrovascular.
- **Colesterol LDL:** el colesterol LDL es conocido como «colesterol malo», debido a que promueve el depósito de colesterol en las paredes de las arterias, y causa la arteriosclerosis. Las personas con cifras elevadas de colesterol LDL o colesterol malo tienen un riesgo más elevado de padecer una enfermedad cardíaca o cerebral.
- **Accidente vascular cerebral (AVC):** lesión de una parte del cerebro causada por la interrupción del aporte de sangre o por la salida de sangre a través de las paredes de los vasos sanguíneos. Por consiguiente, hay una pérdida de aquella sensación, movi-

miento o función que era controlada por el área del cerebro lesionada. Los ictus pueden ser mortales.

- Ataque isquémico transitorio (AIT): cuando hay una interrupción breve del aporte de sangre al cerebro puede tener lugar una pérdida temporal de la visión, el habla o de la sensación o del movimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicod P, Gilpin E, Dittrich H, et al. Short- and long-term clinical outcome after Q wave and non-Q wave myocardial infarction in a large patient population. *Circulation* 1989;79:528-36.
2. Karlson BW, Herlitz J, Hartford M. Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. *Am Heart J* 1994;128:477-83.
3. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. Second report of the expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel II). NIH publication No. 93-3095, p. 1-166, September, 1993.
4. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH publication. No. 98-4080, p. 1-70, November 1997.
5. Haynes RB, Lacourcière Y, Rabkin SW, Leenen FHH, Logan AG, Wright N, Evans CE. Report of the Canadian hypertension society consensus conference: 2. Diagnosis of hypertension in adults. *CMAJ* 149[4], 409-418. 1993.
6. The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). *Arch Intern Med* 153, 154-183. 1993.
7. Howell WH, McNamara DJ, Tosca MA, Smith BT, Gaines JA. Plasma lipid and lipoprotein responses to dietary fat and cholesterol: a metaanalysis. *Am J Clin Nutr* 65, 1747-1764. 1997.
8. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 344[1], 3-10. 2001.
9. Hu FB, Rimm EB, Stampfer MJ, Ascherio A, Spiegelman D, Willett WC. Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men. *Am J Clin Nutr* 72, 912-921. 2000.
10. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 343[1], 16-22. 2000.
11. Hu FB, Stampfer MJ, Manson JE, et al. Trends in the incidence of coronary heart disease and changes in diet and lifestyle in women. *N Engl J Med* 343[8], 530-537. 2000.
12. Liu S, Manson JE, Lee IM, Cole SR, Hennekens CH, Willett WC, Buring JE. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study. *Am J Clin Nutr* 72, 922-928. 2000.
13. Liu S, Manson JE, Stampfer MJ, Rexrode KM, Hu FB, Rimm EB, Willett WC. Whole grain consumption and risk of ischemic stroke in women. A prospective study. *JAMA* 284[12], 1534-1540. 2000.
14. Campbell NRC, Ashley MJ, Carruthers SG, Lacourcière Y, McKay DW. 3 Recommendations on alcohol consumption. *CMAJ*; 160(9Suppl); S13-S20. 1999.
15. National Institutes on Health, National Heart, Lung and Blood Institute in Cooperation with The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Executive summary. NIH publication No. 98-4083, p. VII-XXVI, September, 1998.
16. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 329, 1829-1834. 1993.
17. Valmadrid CT, Klein R, Moss SE, Klein BEK, Cruickshanks KJ. Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus. *JAMA* 282[3], 239-246. 1999.
18. Nanchahal K, Ashton WD, Wood DA. Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women. *Int J Epidemiol* 29, 57-64. 2000.
19. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B, Stampfer MJ. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 338, 464-468. 1991.
20. Elmer PJ, Grimm R, Laing B, et al. Lifestyle intervention: Results of the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Prev Med* 2[4], 378-388. 1995.
21. Hypertension Prevention Trial Research Group. The hypertension prevention trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure. *Arch Int Med* 150[1], 153-162. 1990.
22. Stamler R, Stamler J, Grimm R, et al. Nutritional therapy for high blood pressure. Final report of a four-year randomized controlled trial - The hypertension control program. *JAMA* 257[11], 1484-1491. 1987.

23. Canadian Task Force on Development of the Healthy Heart Kit. The Healthy Heart Kit: Helping your patients reduce their risk, Ottawa, February 1999.
24. Fodor J, Fröhlich J, Genest JG, McPherson R, for the Working Group on Hypercholesterolemia and Other Dyslipidemias. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. *CMAJ* 162[10], 1441-1447. 2000.
25. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. *CMAJ* 160, 513-525. 1999.
26. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 56, 320-328. 1992.
27. Leiter LA, Abbott D, Campbell NRC, Mendelson R, Ogilvie RI, Chockalingam A. 2. Recommendations on obesity and weight loss. *CMAJ* 160[9Suppl], 57-512. 1999.
28. Wassertheil-Smoller S, Blafox MD, Oberman AS, Langford HG, Davis BR, Wylie-Rosett J. The trial of antihypertensive interventions and management (TAIM) study. Adequate weight loss, alone and combined with drug therapy in the treatment of mild hypertension. *Arch Int Med* 152, 131-136. 1992.
29. Lowensteyn I, Coupal L, Zowall H, Grover SA. The cost-effectiveness of exercise training for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *J Cardiopulmon Rehabil* 20, 147-155. 2000.
30. Cléroux J, Feldman RD, Petrella RJ. 4. Recommendations on physical exercise training. *CMAJ* 160[9 Suppl], S21-S28. 1999.
31. Arroll B, Beaglehole R. Does physical activity lower blood pressure: A critical review of the clinical trials. *J Clin Epidemiol* 45[5], 439-447. 1992.
32. Fagard RH. Physical fitness and blood pressure. *J Hypertension* 11 (suppl 5), S47-S52. 1993.
33. Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 341[9], 650-658. 1999.
34. Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA* 268[1], 63-67. 1992.
35. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 132[4], 612-628. 1990.
36. Hu FB, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Rexrode KM, Willett WC, Manson JE. Physical activity and risk of stroke in women. *JAMA* 283[22], 2961-2967. 2000.
37. Blair SN, Kohl III HW, Barlow CE, Paffenbarger RS, Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 273[14], 1093-1098. 1995.
38. Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS. Exercise intensity and longevity in men. The Harvard Alumni Health Study. *JAMA* 273[15], 1179-1184. 1995.
39. The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. *JAMA* 275[16], 1270-1280. 1996.
40. Molyneux A. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004;328:454-456.
41. Eliasson B, Attvall S, Taskinen M-R, Smith U. Smoking cessation improves insulin sensitivity in healthy middle-aged men. *Eur J Clin Invest* 27, 450-456. 1997.
42. Burnette MM, Meilahn E, Wing RR, Kuller LH. Smoking cessation, weight gain, and changes in cardiovascular risk factors during menopause: The healthy women study. *Am J Pub Health* 88[1], 93-96. 1998.
43. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 340, 685-691. 1999.
44. Cochrane review on smoking. From: Sigaly: The Cochrane Library, Volume (Issue 4), 2000. Copyright 2000 Ovid Technologies, Inc. Version rel4.2.0, Source ID: 1.4668.1.261.
45. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:64-71.
46. Spence JD, Barnett PA, Linden W, Ramsden V, Taenzer P. 7. Recommendations on stress management. *CMAJ* 160[9 Suppl], S46-S50. 1999.
47. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D, for the CURVES Investigators. Comparative dose efficacy study of Atorvastatin versus Simvastatin, Pravastatin, Lovastatin, and Fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (The CURVES Study). *Am J Cardiol* 81, 582-587. 1998.
48. Schectman G, Hiatt J. Dose-response characteristics of cholesterol-lowering drug therapies: implications for treatment. *Ann Intern Med* 125[12], 990-1000. 1996.
49. Hebert PR, Gaziano JM, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality. An overview of randomized trials. *JAMA* 278[4], 313-321. 1997.
50. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Effect of HMG-CoA reductase inhibitors on stroke. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 128, 89-95. 1998.
51. Frick MH, Elo O, Haapa K, Heinonen OP, Heinsalmi P, Helo P, et al. Helsinki Heart Study: primary-prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. *N Engl J Med* 317, 1237-1245. 1987.
52. Paradiso-Hardy FL. Dyslipidemia update: Part II. Pharmacy practice [November], 1-8. 1998.
53. Perreault S, Hamilton VH, Lavoie F, Grover S. A head-to-head comparison of the cost-effectiveness of HMG-CoA reductase inhibitors and fibrates in different types of primary hyperlipidemia. *Cardiovasc Drugs Ther* 10[6], 787-794. 1996.
54. Illingworth D, Stein EA, Mitchel YB, et al. Comparative effects of lovastatin and niacin in primary hypercholesterolemia. *Arch Int Med* 154, 1586-1595. 1994.
55. The Coronary Drug Project Research Group. Clofibrate and niacin in coronary heart disease. *JAMA* 231[4], 360-381. 1975.
56. Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trials Results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 251[3], 351-364. 1984.
57. Martin MJ, Hulley SB, Browner WS, Kuller LH, Wentworth DW. Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: implications from a cohort of 361 662 men. *Lancet* 2, 933-939. 1986.
58. Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ, et al. Treatment of mild hypertension study. Final results. *JAMA* 270[6], 713-724. 1993.
59. Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med* 328, 914-921. 1993.
60. Wright J, Lee C.H., Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: Does the evidence assist in choosing a first-line drug? *CMAJ* 161[1], 25-32. 1999.
61. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: What is the evidence? 1: Thiazide diuretics. *CMAJ* 163[1], 57-60. 2000.
62. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: What is the evidence? 3: Angiotensin-converting-enzyme inhibitors. *CMAJ* 163[6], 293-296. 2000.
63. Wright J. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: What is the evidence? 2: Beta-blockers. *CMAJ* 163[2], 188-92. 2000.
64. Dina R, Jafari M. Angiotensin II-receptor antagonists: An overview. *Am J Health-Syst Phar* 57, 1231-1241. 2000.
65. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 277[9], 739-745. 1997.
66. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 342, 145-153. 2000.
67. Materson BJ, Reda DJ, Cushman WC, et al. For the Departments of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Single-drug therapy for hypertension in men. A comparison of six antihypertensive agents with placebo. *N Engl J Med* 1993; 328: 914-21.



CONSORCI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT DE L'EIXAMPLE (CAPSE)

C/ Rosellón, 161

Tel.: 93 227 98 55 Fax: 93 227 98 50