



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



Enfermedades cardiovasculares en España: conclusiones y comentarios finales



Cardiovascular diseases in Spain: Conclusions and final comments

Fernando Civeira

Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 7 de noviembre de 2013; aceptado el 11 de noviembre de 2013

El análisis de los datos sobre enfermedad cardiovascular en España que se presentan en este número de *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis* son, en su conjunto, esperanzadores. La primera conclusión es que la batalla contra la enfermedad cardiovascular va a ser larga y complicada, pero puede y debe ganarse. Estamos hablando de un grupo de enfermedades complejas, heterogéneas en su mecanismos etiopatogénicos, en las que los factores de riesgo clásicos juegan papeles diferentes, y sobre todo están actuando en una población de edad creciente en la que los mecanismos de protección frente a la arteriosclerosis están muy condicionados por el envejecimiento del individuo. Lo importante es tener un objetivo bien definido, utilizar los métodos adecuados para lograrlo, y seguir trabajando de forma coordinada los diferentes actores responsables de su prevención y tratamiento.

Quisiera destacar varios puntos a modo de conclusiones:

1. Caminamos en la buena dirección, pero la velocidad es demasiado lenta. Si analizamos los datos de mortalidad ajustados por edad de la cardiopatía isquémica, ictus y aneurisma aórtico se aprecia en todos ellos una misma tendencia: una reducción constante de la mortalidad que se sitúa en torno al 2% al año. El mensaje es positivo. Es evidente que los esfuerzos en las últimas décadas en el control de los factores de riesgo es eficaz como

lo demuestran múltiples estudios sobre el tema^{1,2}. Sin embargo, también significa que necesitaremos aproximadamente unos 36 años más para, en presencia de escenarios semejantes, reducir a la mitad la mortalidad actual de 275 muertes por 100.000 habitantes al año.

2. La enfermedad cardiovascular se va concentrando cada día más en las personas mayores de 65 años. La enfermedad cardiovascular ya no es la primera causa de muerte en edades medias de la vida. La reducción de la mortalidad es especialmente importante en edades medias de la vida y se refleja en el impacto de las enfermedades cardiovasculares en el número de años potencialmente de vida perdidos, que desciende prácticamente el doble que la mortalidad global. Sin duda, es otro aspecto positivo de las cifras de la enfermedad cardiovascular: aparece menos y aparece más tarde. Sin embargo, nos tiene que hacer reflexionar sobre la enfermedad cardiovascular en el anciano y su prevención. El impacto de los factores de riesgo es diferente para los distintos estratos de edad. La mayor parte del conocimiento generado en torno a la arteriosclerosis, sus factores de riesgo y sus complicaciones se ha generado en poblaciones menores de 70 años, y ahora nos encontramos con que los enfermos son y serán cada día más diferentes³. En un estudio reciente sobre más de 250.000 sujetos seguidos hasta edades avanzadas de la vida nos señala, por ejemplo, que las concentraciones de colesterol total y tensión arterial para prevenir la enfermedad cardiovascular son diferentes para los 50 años, o para los 80 años⁴. Eso significa

Correo electrónico: civeira@unizar.es

que la prevención debe iniciarse posiblemente mucho antes de lo que lo hacemos actualmente, extenderse a una población mucho más numerosa, y con objetivos de control mucho más estrictos que los hemos venido recomendando hasta tiempos recientes.

3. La mortalidad disminuye pero los costes se disparan. Ello es consecuencia de tres fenómenos. En primer lugar, la mortalidad ajustada disminuye, pero al aumentar la edad de la población la incidencia cruda desciende mucho menos. En segundo lugar, una mayor eficacia de los tratamientos en la fase aguda y crónica de la enfermedad contribuye a disminuir la mortalidad pero hace que ésta se cronifique, por lo que la prevalencia de la enfermedad sigue aumentando⁵. Por último, el número de hospitalizaciones por ictus y enfermedad coronaria disminuye ligeramente en nuestro país, pero el coste unitario de cada ingreso no deja de crecer, y va a llegar un momento es que pueda ser difícilmente asumible con el modelo actual. Por ello es imprescindible la prevención primaria de la enfermedad y sobre todo de sus factores de riesgo como hemos tenido la oportunidad de señalar recientemente⁶.
4. El control de los factores de riesgo en la prevención secundaria de la enfermedad es claramente insuficiente. Los datos del estudio EUROASPIRE o DYSIS⁷ en pacientes con cardiopatía isquémica, o del estudio DIAPRESIC⁸ en pacientes con ictus son muy claros: estamos lejos de un control aceptable de los factores de riesgo. Además, en estas poblaciones donde tenemos múltiples evidencias del beneficio clínico, y coste-efectividad de las intervenciones terapéuticas que señalan las guías⁹. Las razones de esta falta de cumplimiento de objetivos en sujetos de alto riesgo son múltiples, pero una fundamental es la actitud del médico frente a la enfermedad cardiovascular. Todos debemos ser conscientes de la importancia del control de todos los factores de riesgo y debemos trabajar mejor con nuestros pacientes para conseguirlos.
5. Debemos actualizar periódicamente nuestra estrategias de intervención. En el momento actual la intervención sobre pacientes en prevención secundaria o de muy alto riesgo, aunque imprescindible, quizás no sea suficiente. Debemos hacer un mayor hincapié en la prevención de la enfermedad desde sus fases iniciales, y para ello es imprescindible una profilaxis del desarrollo de los factores de riesgo, muchos ellos claramente evitables con estilos de vida más saludables¹⁰. Tenemos que estimular la responsabilidad de la población en la protección de la salud cardiovascular dándoles más información sobre

la importancia de la prevención, estimulando de forma activa su cumplimiento y estableciendo sistemas de control más eficaces⁶.

Agradezco al Dr. Pintó, editor de este número de *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, la oportunidad de concluir este número monográfico sobre la enfermedad cardiovascular en España, a la vez que le animo a hacerlo periódico y homogéneo para que pueda servir como observatorio y referencia de esta enfermedad en nuestro país.

Bibliografía

1. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España: 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:988-96.
2. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
3. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiology of acute coronary syndromes in Spain: estimation of the number of cases and trends from 2005 to 2049. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:472-81.
4. Berry JD, Dyer A, Cai X, Garside DB, Ning H, Thomas A, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2012;366:321-9.
5. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. La mortalidad cardiovascular disminuye ¡pero los muertos aumentan! *Clin Invest Arterioscl*. 2001;13:68-9.
6. Civeira F. La prevención de las enfermedades cardiovasculares requiere la prevención del desarrollo de la arteriosclerosis y sus factores de riesgo. *Clin Invest Arterioscler*. 2013;25:110-1.
7. González-Juanatey JR, Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC. [Prevalence and characteristics of lipid abnormalities in patients treated with statins in primary and secondary prevention in Spain DYSIS-Spain Study]. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:286-94.
8. Gil-Núñez A, Vivancos J, Gabriel R. Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología [Diagnosis and secondary prevention measures in patients hospitalized for cerebral infarction in Spain. The DIAPRESIC study]. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:765-9.
9. Fuentes B, Gállego J, Gil-Núñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (I) Update on risk factors and life style. *Neurologia*. 2012;27:560-74.
10. Rodríguez Artalejo F. Potenciar la prevención cardiovascular primordial y primaria para aumentar la esperanza de vida. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:837-8.