

Retos actuales en prevención cardiovascular

José M. Lobos Bejarano y Miguel Ángel Royo-Bordonada

Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular.

Desde hace años las sociedades científicas involucradas en la prevención cardiovascular desarrollan guías de prevención, cuyo objetivo es la reducción del impacto de la enfermedad cardiovascular (ECV) en la población, tanto en términos de morbilidad, como de mortalidad. La ECV continúa siendo la primera causa de muerte en el mundo occidental, a pesar del descenso observado en las últimas 2 décadas en las tasas de mortalidad ajustadas por edad, realmente significativo en algunos países que probablemente partían de cifras considerablemente elevadas¹. Los esfuerzos en prevención han sido notables, de modo que la causa principal de la reducción de la mortalidad ajustada para la enfermedad coronaria ha sido una reducción de la incidencia², lo cual indica un control mejor de los factores de riesgo (FR) en la población.

Sin embargo, los datos no deben ser optimistas, ya que el potencial de prevención es aún enorme. Los datos de morbilidad son impactantes: los ingresos hospitalarios debidos a ECV se han duplicado en España en los últimos 20 años, y en 2005 alcanzaron la cifra de más de 600.000 altas por esta causa³. En los últimos años, la obesidad y la diabetes mellitus, íntimamente relacionadas con los hábitos y estilos de vida, están mostrando un aumento de carácter epidémico que contrarresta los beneficios obtenidos en el control de otros FR, como es el caso de la hipercolesterolemia, ligado a un incremento significativo en la utilización de estatinas.

Los datos de control de FR de las sucesivas evaluaciones del EuroAspire I, II y III^{4,5}, cuya finalidad ha sido valorar el impacto y la implantación de las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular en sus diferentes versiones de 1994, 1998 y 2003⁶, ponen de relieve el pobre control de los FR aun en pacientes con cardiopatía isquémica establecida, precisamente aquéllos en los que las intervenciones preventivas deberían ser más intensas, por presentar un elevado riesgo absoluto de recurrencias cardiovasculares y de mortalidad. La prevalencia de obesidad en estos pacientes ha pasado de un 25 a un 38%, comparando el primer corte (EA I, 1996) con el último (EA III, 2006) en paralelo a la “explosión” de la diabetes mellitus (del 17 al 28%). Se ha mejorado en el control lipídico de forma visible, pero el control de la presión arterial (mantenido en torno al 50%) sigue siendo un gran reto, a pesar de la mayor utilización de los tratamientos antihipertensivos, y finalmente las expectativas sobre el tabaco se han difuminado (no baja del 20%) a pesar del impacto inicial de las distintas medidas gubernamentales en los distintos países europeos.

Paradójicamente, la utilización de los tratamientos cardiovasculares basados en las evidencias científicas disponibles han aumentado ampliamente: los antiagregantes pasan del 80 al 93%; los bloqueadores beta, del 56 al 85%; los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, del 31 al 74%, y las estatinas, del 18 al 87%. Los datos en este caso hablan por sí mismos. Algo está pasando en la prevención cardiovascular que no permite que las mejoras en los tratamientos farmacológicos se traduzcan en los resultados clínicos esperados, bien documentados en ensayos clínicos y metaanálisis en las distintas áreas de la ECV, incluyendo tanto a los pacientes con episodios agudos, como a la ECV crónica establecida.

Correspondencia: J.M. Lobos Bejarano.
Secretaría técnica del CEIPC.
Avda. de Roma, 107. Entresuelo. 08029 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmlobos@telefonica.net

Recibido el 10-2-2009 y aceptado el 27-2-2009.

Es evidente que los FR más ligados a los estilos de vida y menos susceptibles de control a través de los fármacos aparecen muy mal parados. Las estrategias farmacológicas no son suficientes y se hace necesario un cambio de paradigma en la prevención cardiovascular hacia un enfoque global, que incluya aspectos educativos desde etapas iniciales de la vida, que implique a la comunidad y a los gobiernos, y, adicionalmente, que facilite a los médicos y otros profesionales de la salud motivación y herramientas para un fin tan complejo como la modificación de los hábitos de vida y los comportamientos.

La Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica⁷ y la adaptación española del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) 2008, que se presenta en este número⁸, establecen como una de las novedades más destacables un desplazamiento del foco de atención hacia la prevención primaria, con un enfoque claramente centrado en el paciente. Esto implica un protagonismo inequívoco de los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria en la promoción de un estilo de vida saludable, que adquiere un papel preponderante, a través del incremento de los valores de actividad física, la adopción de una alimentación equilibrada y, en los fumadores, el abandono del tabaco.

En estas guías, la revisión del sistema tradicional para clasificar la evidencia en distintos niveles y grados de recomendación subsiguientes ha sido un elemento crucial en la discusión y finalmente no se han incluido en el documento. Esto no implica en absoluto que las recomendaciones clínicas incluidas no sean directas y explícitas, así como basadas en la mejor evidencia disponible. Pero se ha estimado que la adhesión incondicional a la primacía del ensayo clínico podría resultar en unas guías que promovieran quizás un uso excesivo de medicamentos, más susceptibles de evaluarse mediante ensayos clínicos aleatorizados diseñados de forma adecuada, en detrimento de las medidas basadas en modificaciones de los estilos de vida, mucho más complejas de evaluar en un ensayo. En consecuencia, las nuevas guías establecen que el método científico más apropiado para evaluar la eficacia de una intervención dependerá en cada caso de la cuestión planteada, por lo que no se aconseja confiar exclusivamente en una única fuente de evidencia, y se recomienda debatir este asunto con más profundidad.

El objetivo de estas guías para la población general es conseguir un perfil de estilo de vida salu-

dable y, para los individuos de riesgo alto, optimizar el control de los distintos FR. Como se ha dicho previamente, la prevención cardiovascular comienza en la infancia y sus pilares deben incluir la prevención de la obesidad y el sedentarismo. En España, el problema de la obesidad infantil adquiere una especial relevancia, ya que “sufrimos” una de las prevalencias más altas de Europa, con un 9% entre los niños de 2-17 años en el año 2006⁹, lo que duplica las cifras observadas tan sólo 2 décadas antes. El niño obeso tiene un riesgo mayor de presentar diabetes mellitus tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial, así como un riesgo elevado de obesidad en la edad adulta¹⁰.

El reto al que nos enfrentamos es enorme, ya que los estilos de vida están profundamente arraigados en la edad adulta. Además, en la adquisición de éstos, que suele producirse durante la infancia, influyen multitud de factores sociales, culturales y ambientales, que escapan al control del profesional de atención primaria y del propio individuo o familia. A modo de ejemplo, se ha comprobado que el uso de la televisión contribuye al deterioro de los hábitos alimentarios mediante la publicidad de alimentos y bebidas energéticas pobres en nutrientes, lo cual facilita el avance de la actual epidemia de obesidad infantil¹¹. En España, se estima que los niños ven diariamente una media de 22 anuncios de alimentos y bebidas¹². La adquisición de hábitos de vida saludables y su modificación sólo puede abordarse si se incluye una perspectiva de salud pública, en la que, sin solución de continuidad, los profesionales de atención primaria, enfermería, pediatras y médicos de familia constituyan también un componente esencial de la estrategia global de prevención. En este contexto, cabe subrayar la importancia del trabajo multidisciplinario, rigurosamente representado en el CEIPC, que cuenta actualmente con 15 sociedades científicas españolas, que abarcan desde la medicina preventiva y salud pública, atención primaria –medicina de familia, enfermería y pediatría– hasta las disciplinas más especializadas que se ocupan ampliamente de la prevención cardiovascular y sus ámbitos relacionados. La Sociedad Española de Arteriosclerosis acoge desde el inicio en el año 2000 la secretaría del Comité. El apoyo continuo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo al CEIPC, también representada en el CEIPC desde su constitución, es la mejor muestra de la apuesta firme por una estrategia global para la prevención cardiovascular, que vaya más allá del tradicional enfoque de la medicina preventiva.

Bibliografía

1. Paim P. Preventing ischaemic heart diseases in developing countries. *Evid Based Cardiovasc Med.* 2006;10:85-8.
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. Villar F, Banegas JR, De Mata Donado J, Rodríguez Artalejo R. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2008.
4. EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention programmes: a comparison of EUROASPIRE I & II in 9 countries. EUROASPIRE I & II Group. European Action on Secondary prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet.* 2001;357:995-1001.
5. Kotseva K, Jennings C, De Bacquer D, De Backer G, Keil U, Wood D. EUROASPIRE III: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 22 countries in Europe. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;7:S28-S29.
6. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardio Prev Rev* 2003;10(Supl 1):S1-S78.
7. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;28:2375-414.
8. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Clin Invest Arterioscl.* 2009;21:124-50.
9. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 [Acceso 11-1-2009] Estilos de vida y prácticas preventivas. Cifras relativas. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
10. Reilly JJ, Wilson D. Childhood obesity. *BMJ.* 2006;333:1207-10.
11. Hawkes C. Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. Organización de consumidores y usuarios. Publicidad de alimentos en programas infantiles. OCU-SALUD [revista on-line] 2008 dic-ene 2009. [Acceso 1-12-2008]; 81 :10-13. Disponible en: <http://www.ocu.org/publicidad-de-alimentos-en-programas-infantiles-s410114/archivo-detalle-articulo-p19531.htm>