



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

La prevención de las enfermedades cardiovasculares requiere la prevención del desarrollo de arteriosclerosis y sus factores de riesgo

Prevention of cardiovascular diseases needs prevention for arteriosclerosis development and its risk factors

Fernando Civeira

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

En el presente número de CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS se presentan los *Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular 2012*^{1,2}. Ambos documentos son de lectura obligada para todos los profesionales involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cardiovascular, y ambos hacen hincapié en la necesidad de una alianza entre todas las partes involucradas en el problema de las enfermedades cardiovasculares si queremos tener éxito en el corto, medio y largo plazo.

Hasta no hace mucho tiempo considerábamos la arteriosclerosis y sus consecuencias clínicas como algo inevitable asociado con la edad y a un estilo de vida occidental que nos proporcionaba muchos beneficios y al que no estábamos dispuestos a renunciar. La arteriosclerosis era el precio que las sociedades occidentales teníamos que pagar para lograr un cierto grado de bienestar material. Durante muchos años hubo una asociación muy estrecha entre desarrollo económico y tasa de mortalidad cardiovascular, y salvo excepciones puntuales, los países anglosajones, escandinavos y europeos occidentales estaban a la cabeza de ambos. Pero hoy la situación es muy distinta y sabemos que la arteriosclerosis es prevenible, y por tanto nuestro objetivo no es minimizar las secuelas de las enfermedades cardiovasculares, sino lograr su erradicación³.

¿Es posible la erradicación de la enfermedad cardiovascular? Abiertamente podemos contestar que sí, al menos la enfermedad dependiente de la arteriosclerosis antes de los 80 años, que podría pasar a engrosar la lista de enfermedades raras. En un reciente metaanálisis con datos de 18 estudios de cohortes que incluía a más de 250.000 sujetos seguidos hasta 50 años, se pone de manifiesto que en ausencia de tabaquismo, diabetes, con concentraciones de colesterol inferiores a 180 mg/dL, y cifras de tensión arterial inferiores a 120/80 mmHg, la enfermedad cardiovascular es prácticamente inexistente antes de los 85 años de edad⁴. Esta información coincide con la «Carta Europea de la Salud Cardiovascular» promovida por las sociedades europeas⁵.

Pero la pregunta fundamental, más allá de ser teóricamente posible, sería si es realmente factible conseguir estos objetivos de factores de riesgo en grandes estratos de la población. A mi juicio, y en el medio plazo, la respuesta es afirmativa. Se puede y debe avanzar hacia ese objetivo ambicioso y el documento de las sociedades europeas va en esa dirección².

Tres serían las claves para lograrlo. En primer lugar debemos hacer mucho más énfasis en la prevención. Prevención de la enfermedad, pero sobre todo prevención de la arteriosclerosis y de sus factores de riesgo. No podemos limitarnos al tratamiento de la arteriosclerosis clínica o subclínica avanzada concentrando nuestros recursos en personas con enfermedad cardiovascular. Siendo ello necesario, es costoso, de eficacia muy limitada y asociado a mucha morbilidad. Una vez que la enfermedad está avanzada, incluso

Correo electrónico: Civeira@unizar.es

bajo tratamiento óptimo la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares es inaceptablemente elevada⁶. Por tanto, debemos prevenir la arteriosclerosis si queremos ser eficaces en la prevención cardiovascular. Parecen objetivos similares, pero conceptualmente son muy diferentes, y su diferencia fundamental radica en que la prevención debe iniciarse varias décadas antes. El documento que nos ocupa propone una intervención preventiva especialmente intensa a partir de los 40 años en los varones y de los 50 años en las mujeres. En sujetos no fumadores y sin factores de riesgo extremos, en esa edad la mayor parte de ellos no ha desarrollado lesiones vasculares avanzadas de arteriosclerosis, al menos en nuestro medio⁷, por lo que parece un momento ideal para una intervención preventiva a medio largo plazo, y el uso de fármacos para el control de los factores de riesgo va a ser necesario en muchos casos.

La segunda idea en la que quisiera hacer énfasis es nuevamente en la prevención. En este caso en la prevención del desarrollo de los factores de riesgo. El documento de las Sociedades Europeas hace hincapié en el tratamiento de los factores de riesgo de acuerdo a las evidencias de que disponemos en la actualidad², pero como señalan los comentarios del CEIPC la intervención poblacional precoz es esencial¹ y es la herramienta más poderosa como ha quedado demostrado en la lucha antitabáquica⁸. La prevención del desarrollo de los factores de riesgo incluye 2 actuaciones fundamentales: la abstinencia del consumo de tabaco y el conseguir mantener un índice de masa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$ a lo largo de la vida. En una publicación reciente del estudio DARIOS⁹ sobre 28.743 sujetos entre 35 y 74 años de nuestro país, el 51% de los varones y el 36% de las mujeres tenían sobrepeso, y el 28% de ambos sexos tenían obesidad. Es decir, tan solo el 21% de los varones y el 36% de las mujeres en España tienen un peso normal. Para colmo, el 41,2% de los varones con peso normal eran fumadores. Por tanto, en la actualidad en España, poco más del 10% de los varones y del 25% de las mujeres no fuman y tienen un peso normal. Son unas cifras desoladoras que nos indican que debemos enfocar de forma diferente nuestra intervención en prevención, especialmente de la obesidad. No es posible un control eficaz de la enfermedad cardiovascular, ni de la prevención de la arteriosclerosis con una población globalmente obesa. Es una prioridad, en la prevención cardiovascular la más importante, la prevención de la obesidad¹⁰, y debemos emplear medidas semejantes en la prevención de la obesidad, a las que han demostrado su eficacia en la lucha antitabáquica.

La tercera idea que quisiera resaltar es la responsabilidad del propio individuo en la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Ningún sistema sanitario puede garantizar la salud cardiovascular de su población sin este requisito. Para ello se requiere formación, motivación y control.

La población debe estar bien formada en los factores de riesgo y en el beneficio de la prevención a largo plazo. Nos queda mucho camino por recorrer en este campo, que debe iniciarse desde la infancia, pero que requiere una formación continuada, sencilla, asequible y veraz.

Pero la formación no es suficiente, al menos en el corto-medio plazo. Es necesario incentivar a la población con medidas positivas para cuidar su salud. Desde incentivos

a las contribuciones sanitarias, al precio de determinados fármacos o alimentos cardiosaludables, desde la promoción activa del ejercicio en el trabajo o en el ocio al modelo social de fiestas y celebraciones. Puede haber algo más que comer y beber. En suma, no puede ser lo mismo cuidarse que no hacerlo; la sociedad en su conjunto debe primar la autorresponsabilidad en este campo.

Por último, en la sociedad tenemos mucha experiencia en la implementación determinadas preventivas eficaces: uso del caso en las motos, del cinturón de seguridad en los coches, creación de espacios libres de humos y un largo etcétera. Sabemos que un cierto control es imprescindible para un buen cumplimiento. Puede sonar orweliano, pero un control temprano y continuado del peso y del estilo de vida de un individuo puede ser sencillo de modificar a una determinada edad, y prácticamente imposible en otra.

En resumen, los *Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular 2012* nos recuerdan muchas cosas que sabemos que no llegamos a practicar totalmente. Da una vuelta de tuerca más en el control de los factores de riesgo vascular y nos sitúa en la senda acertada de la promoción de la salud y prevención cardiovascular.

Bibliografía

1. Royo-Bordonada MA, Lobos Bejarano JM, Villar Alvarez F, Sans S, Pérez A, Pedro-Botet J, et al. Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular 2012. Clin Invest Arterioscl. 2012 Disponible en: dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2013.03.003.
2. Perk J, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). Eur Heart J. 2012;33:1635–701.
3. Brown MJ, Goldstein JL. Heart attacks: Gone with the century? Science. 1996;372:629.
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. O'Kelly S, Ryden L. The political power of heart doctors: With the European Heart Health Charter towards a European policy on cardiovascular disease. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009;16 Suppl 2:S58–60.
6. Boden WE, Probstfield JL, Anderson T, Chaitman BR, Desvignes-Nickens P, Koprowicz K, et al., AIM-HIGH Investigators. Niacin in patients with low HDL cholesterol levels receiving intensive statin therapy. N Engl J Med. 2011;365:2255–67.
7. Casasnovas JA, Alcalde V, Civeira F, Gualler E, Ibañez B, Jiménez Borreguero J, et al. Aragon workers' health study—design and cohort description. BMC Cardiovascular Disorders. 2012;12:45.
8. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking-cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2. CD000165.37.
9. Félix-Redondo FJ, Grau M, Baena-Díez JM, Dégano IR, Cabrera de León A, Guembe MJ, et al. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk: The DARIOS study. BMC Public Health. 2013;13:542.
10. Heitmann BL, Westerterp KR, Loos RJF, Sørensen TIA, O'Dea K, McLean P, et al. Obesity: Lessons from evolution and the environment. Obes Rev. 2012;13:910–22.