



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

“Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular: Un documento de consulta imprescindible”



Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 standards for global vascular risk management : An essential reference document

Fernando Civeira^{a,*} y Rosa M. Sánchez-Hernández^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón. CIBER Cardiovascular. Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España

^b Sección de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Instituto de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS), Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

De acuerdo a la Real Academia Española, la palabra estándar es “aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”. Creo que los autores del documento, que tenemos el placer de comentar en este editorial, no podían encabezarlo de forma más precisa. La prevención de las enfermedades cardiovasculares es una de las herramientas más eficaces para preservar y mejorar la salud, y alargar la vida con buena calidad en la población, y el documento resume, actualiza y explica de forma clara el modelo para hacerlo ¹.

La esperanza de vida al nacimiento en España ha aumentado más de 10 años para ambos sexos desde 1980 ². El descenso de la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares contribuye a ese aumento en un 63% entre las mujeres y un 53% entre los varones. En las edades ≥ 65 años, la contribución es del 93% y el 87% del total respectivamente ³. Lo que significa que la prevención cardiovascular es la principal responsable de que vivamos más y mejor, y que los esfuerzos que a nivel individual y colectivo han supuesto las diferentes medidas de prevención cardiovascular son altamente eficaces. Vivimos más años y los vivimos con mayor calidad de

vida ². Estas cifras tienen varias lecturas. La primera es muy positiva: estamos en el camino correcto. Conocemos la etiopatogenia de la mayor parte de las enfermedades cardiovasculares, disponemos de herramientas eficaces para su tratamiento, son seguras y coste-efectivas, y si estas herramientas se aplican correctamente a grandes estratos de la población, la enfermedad cardiovascular ateromatosa podría llegar a desaparecer en pocas décadas ⁴.

La cara negativa de las cifras es que mejoramos, sí, pero demasiado despacio. Por este motivo todavía la morbimortalidad cardiovascular sigue siendo una de las principales causas de muerte e incapacidad en España y los países de nuestro entorno ². ¿Cómo explicar esta paradoja? Parece contrario a la lógica que, disponiendo del conocimiento y los medios para evitar este grupo de enfermedades tan devastadoras todavía las enfermedades cardiovasculares supongan una cuarta parte de la mortalidad total en España ⁵.

Existen múltiples razones para explicar esta paradoja. Entre ellas se encuentran que probablemente aplicamos las medidas preventivas demasiado tarde, cuando la enfermedad, bien clínica o subclínica, está ya avanzada y donde las posibilidades terapéuticas son menores. Los estudios observacionales nos indican que si dichas medidas las aplicáramos en edades más precoces el beneficio podría multiplicarse ⁶. También es importante nuestro modelo sanitario. Éste está

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: civeira@unizar.es (F. Civeira).

muy orientado al tratamiento de la enfermedad, bien aguda o crónica, con excelentes hospitales y centros de salud, que ocupan sus esfuerzos al tratamiento en fases avanzadas de la enfermedad, y en ocasiones en las fases finales de la vida cuando poco queda por hacer desde el punto de vista médico. En España, el gasto sanitario por habitante se concentra en los años finales de vida, y el gasto anual antes de los 60 años supone un porcentaje pequeño del gasto total a lo largo de la vida ⁷. Gastamos el presupuesto en edades avanzadas y en las fases de enfermedad avanzada cuando la curación es difícil y la esperanza de vida menor. Ello significa que la prevención es un déficit de nuestro sistema. Los estándares de la SEA nos marcan el camino para revertir esta situación, debemos hacer una prevención más intensa y precoz de los factores de riesgo de la enfermedad para ser realmente eficientes. La tarea no es fácil y con responsabilidades a diferentes niveles.

Tiene responsabilidad la sociedad en su conjunto, muy especialmente las autoridades sanitarias que deben guiar sus políticas en evidencias científicas internacionalmente aceptadas como las que son reflejadas en el documento de la SEA. Existe demasiada controversia, artificialmente creada en la mayor parte de los casos, sobre el beneficio del control de los factores de riesgo que minimiza su riesgo y pone en cuestión intervenciones que el son resumidas en el documento con información científica muy sólida ¹.

Los profesionales sanitarios también tenemos un papel esencial en el control de los factores de riesgo cardiovascular. Nuestra primera responsabilidad es estar bien formados para ofrecer a nuestros ciudadanos el tratamiento adecuado basado en la mejor evidencia. Con la ingente información científica que se genera en torno a la enfermedad cardiovascular es imposible conocer lo importante, discernir entre el grano y la paja, y para ello las recomendaciones de las sociedades científicas son imprescindibles. Los estándares de la SEA recogen esa información. De forma minuciosa se repasan todos los factores de riesgo, su importancia, su mejor procedimiento diagnóstico y el mejor de los tratamientos disponibles. Es un documento que ha sabido resumir con eficacia lo mejor de las principales recomendaciones internacionales y por ello es un documento de obligada lectura y consulta permanente para los profesionales de la salud involucrados en la prevención cardiovascular. El continuo avance en el conocimiento hace que un documento de estas características deba ser actualizado de forma periódica y creemos que es imprescindible, y también voluntad de la SEA, una actualización de los estándares señalando lo que permanece y los cambios habidos con respecto a ediciones anteriores.

Si la formación y la información a los profesionales sanitarios es un objetivo prioritario para la SEA, no podemos olvidar que su objetivo principal es contribuir desde el conocimiento científico a la prevención y tratamiento de las enfermedades cuya base patogénica es la arteriosclerosis y sin la participación del ciudadano ello no es posible. La prevención cardiovascular es una obligación individual que debe promocionarse e incluso exigirse por el sistema sanitario ⁸.

Debemos reconocer que no hemos hecho suficiente hincapié en este aspecto fundamental. Existe la percepción de que la enfermedad cardiovascular es un problema inevitable de fases avanzadas de la vida y con un cierto componente aleatorio. Debemos transmitir que la salud cardiovascular no es resultado del azar, que puede evitarse, que cuando se deja evolucionar las soluciones son difíciles y costosas. Pero para ello el ciudadano tiene que estar bien informado y no es fácil. La ingente información, a veces discordante e interesada, si hace difícil la formación del médico, lo hace mucho más para nuestros ciudadanos. Animamos a la SEA a liderar también este proceso. A publicar un documento periódico de “estándares para la prevención cardiovascular para el ciudadano”. Donde toda la información recogida en el documento actual se explique con rigor y se den pautas de estilo de vida, del beneficio esperable de cada intervención, de qué debemos controlar, cómo hacerlo y la periodicidad de los controles. Donde el ciudadano pueda confiar de que la información recogida es la mejor en cada momento, diferenciando evidencia de opinión.

Felicitemos a la SEA, personalizada en los autores del documento, por el trabajo. Constituye una herramienta de consulta imprescindible que nos facilita nuestra responsabilidad de practicar la mejor medicina posible.

Bibliografía

1. Mostaza J. Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular. Clin Invest Arterioscler; 2024.
2. Esperanzas de vida en España, 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023. Disponible en: www.sanidad.gob.es.
3. García González JM. Contributions of cardiovascular mortality to Spanish life expectancy from 1980 to 2009. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2013 Nov;66:848–53, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2013.05.013>. Epub 2013 Sep 4; PMID: 24773991.
4. Brown MS, Goldstein JL. Heart attacks: gone with the century? Science. 1996 May 3;272:629, <http://dx.doi.org/10.1126/science.272.5262.629>. PMID: 8614809.
5. Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2024. www.sanidad.gob.es.
6. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, Hegele RA, Krauss RM, Raal FJ, Schunkert H, Watts GF, Borén J, Fazio S, Horton JD, Masana L, Nicholls SJ, Nordestgaard BG, van de Sluis B, Taskiran MR, Tokgozoglu L, Landmesser U, Laufs U, Wiklund O, Stock JK, Chapman MJ, Catapano AL. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J. 2017 Aug 21;38:2459–72.
7. Carreras M, Ibern P, Coderch J, Sánchez I, Inoriza JM. Estimating lifetime healthcare costs with morbidity data. BMC Health Serv Res. 2013 Oct 25;13:440.
8. Gasparri ML, Mueller MD, Papadia A. Self-responsibility for Our Good Health. JAMA Oncol. 2016 Sep 1;2:1242.