

Editorial

Potenciar la prevención cardiovascular primordial y primaria para aumentar la esperanza de vida

Strengthening Primordial and Primary Prevention of Cardiovascular Disease to Increase Life Expectancy

Fernando Rodríguez-Artalejo*

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz y CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Madrid, España**Historia del artículo:**On-line el 30 de agosto de 2013*

El trabajo de García González publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA muestra que en España la esperanza de vida (EV) ha aumentado algo más de 6 años en los últimos 20, y que algo más de la mitad de este aumento se debe a la reducción observada en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV)¹. Este trabajo es importante al menos por 2 razones. Primero porque vivir más, y también mejor, es una aspiración del ser humano desde el principio de los tiempos; por ello, la mejora de la EV está estrechamente relacionada con los «Objetivos de Desarrollo del Milenio» propuestos por Naciones Unidas, y la EV es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de las políticas de salud. Segundo, porque ilustra las ganancias de salud tan importantes que se puede obtener mediante intervenciones adecuadas contra las ECV.

Los resultados de García González concuerdan con los obtenidos en otros países desarrollados, donde el descenso de la mortalidad por ECV también se ha acompañado de aumentos sustanciales en la EV^{2,3}. Sin embargo, un rasgo específico de España es que el descenso de la mortalidad por ictus ha contribuido más a la ganancia de la EV que la reducción de la mortalidad por cardiopatía isquémica u otras enfermedades del corazón.

La ganancia en EV asociada al control de la ECV ha sido algo mayor en las mujeres (3,8 años) que en los varones (3,3 años). Se debe a que la carga de ECV, y en especial del ictus, se concentra en las edades más avanzadas de la vida, y a que las mujeres llegan con más frecuencia a esas edades. Por ello, la reducción en la mortalidad por ECV da cuenta del 90% de la ganancia de la EV en los adultos mayores.

Al igual que otros países de la cuenca mediterránea, España ha tenido tradicionalmente un bajo riesgo de cardiopatía isquémica. Padeimos cierto aumento de la mortalidad por esta enfermedad en los años sesenta y setenta, pero luego ha descendido continuamente hasta hoy⁴. En el caso del ictus, España a mediados del siglo pasado presentaba una mortalidad intermedia en Europa, pero ha descendido de manera ininterrumpida en los últimos

50 años, de forma que ahora la mortalidad por ictus ya es menor que por cardiopatía isquémica^{5,6}. Sin duda, estos 2 fenómenos han contribuido a que los españoles, y en especial las mujeres, tengan una de las mayores EV del mundo.

Algunos análisis recientes nos han permitido entender las razones del descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica⁷. Aproximadamente la mitad del descenso se ha debido a reducciones en la frecuencia de factores de riesgo, en particular la colesterolemia y la presión arterial. La otra mitad corresponde a mejoras en el tratamiento de la enfermedad, especialmente el manejo de los síndromes coronarios agudos y la prevención secundaria. No se ha publicado un análisis similar para el descenso de la mortalidad por ictus, aunque es posible que el control de los factores de riesgo cardiovascular también haya contribuido. No obstante, la mortalidad por ictus empezó a descender antes de la generalización del tratamiento antihipertensivo y disponer de tratamientos específicos para el ictus; ello indica que la mejora de las condiciones de vida de la población, el acceso a servicios sanitarios y los cuidados generales a los pacientes ha sido un factor clave en el inicio de la reducción.

Todavía hay mucho potencial para reducir la mortalidad por ECV y aumentar la EV en España. Esto es así por varios motivos. En primer lugar, porque hay importantes diferencias geográficas en la mortalidad por cardiopatía isquémica e ictus, que es tradicionalmente mayor en las regiones del sur de España y en los territorios insulares. En concreto, la mortalidad por cardiopatía isquémica e ictus en 2008 en la comunidad autónoma de mayor mortalidad fue aproximadamente el doble que en la de menor mortalidad⁸. Variaciones similares existen en la distribución de factores de riesgo como la obesidad, la colesterolemia o el síndrome metabólico^{9,10}. Por lo tanto, se puede conseguir una mejora sustancial de la mortalidad por ECV reduciendo la mortalidad de las regiones donde es mayor hasta el nivel de aquellas donde es menor mediante la reducción de las diferencias en las exposiciones a los principales factores de riesgo. En segundo lugar, porque el porcentaje de población con salud cardiovascular ideal es muy baja. En concreto, menos del 1% de la población adulta española es al mismo tiempo no fumadora, tiene peso normal y realiza actividad física y dieta saludables. Además, menos del 9% son no fumadores que tienen simultáneamente valores óptimos de presión arterial, colesterol y glucemia (en ausencia de tratamiento

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.05.014>, Rev Esp Cardiol. 2013;66:848-53

* Autor para correspondencia: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Arzobispo Morcillo 2, 28029 Madrid, España.

Correo electrónico: fernando.artalejo@uam.es

farmacológico)¹¹. Para mejorar el nivel de salud cardiovascular ideal, es necesario impulsar intervenciones de prevención primordial, es decir, evitar el desarrollo y la aparición de los factores de riesgo en las edades tempranas y medias de la vida mediante las apropiadas estrategias de salud pública. Esto es importante porque, una vez que se han desarrollado los factores de riesgo, es difícil reducir el riesgo hasta los niveles de partida. La prevención primordial de la ECV requiere cambiar las condiciones del medio social para que sea más fácil no empezar a fumar, comer menos y comer sano, y mantenerse físicamente activo a lo largo de la vida. No es una tarea fácil, porque significa luchar contra fuertes sectores industriales; pero es posible con el suficiente coraje político y el apoyo de los ciudadanos¹².

Por otro lado, es necesario mejorar el control del riesgo cardiovascular en la clínica. Se estima que, aproximadamente, el 78% de los adultos de 20-80 años en Estados Unidos son candidatos al menos a una de las intervenciones preventivas incluidas en las principales guías de práctica clínica. Si todo ellos la recibieran, las incidencias de infarto de miocardio e ictus se reducirían un 63 y un 31% respectivamente¹³. La aplicación de todas las intervenciones de prevención podría conducir a una ganancia de 1,3 años de EV en los próximos 30 años¹³. Las intervenciones que mayores beneficios pueden proporcionar son el tratamiento con ácido acetilsalicílico para personas de alto riesgo, el control de la prediabetes, la reducción de peso para las personas obesas, el control de la presión arterial de los diabéticos y la reducción del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad de las personas con cardiopatía isquémica¹³. Algunas de estas intervenciones son bastante coste-efectivas, en particular el tratamiento con ácido acetilsalicílico y fármacos antihipertensivos para personas de alto riesgo y el tratamiento con estatinas en prevención secundaria cardiovascular. Por otro lado, aunque los beneficios de la cesación tabáquica son cuantitativamente menores en el conjunto de la población, las intervenciones dirigidas a este fin son las únicas que pueden lograr un ahorro neto de costes a lo largo de 30 años¹³.

También se debe mejorar el manejo de los síndromes coronarios agudos y el ictus, tal como se indica en las estrategias nacionales de atención a estas 2 afecciones en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, estas intervenciones tendrán un impacto relativamente menor en la EV. Por ejemplo, el 26% de los que sufren un síndrome coronario agudo mueren antes de llegar al hospital, y suponen el 78% de todos los que fallecen en los primeros 28 días⁴. Para todos ellos, la prevención (secundaria) llega tarde. Aunque es posible acelerar la llegada de los pacientes al hospital (p. ej., mejores conocimiento y actitud ante los síntomas y signos de alerta de infarto de miocardio e ictus¹⁴, mejores sistemas de transporte, etc.) y realizar tratamientos ambulatorios, las ganancias posibles en esta área tienen límites bastante estrechos, incluso en los países más desarrollados. Por ello, la prevención primordial y la prevención primaria (control de factores de riesgo ya establecidos) de la ECV proporcionan las mayores posibilidades de beneficio.

Otro argumento a favor de la prevención primordial son las limitaciones del propio sistema sanitario para manejar los factores de riesgo ligados a los estilos de vida y, en especial, los factores biológicos como la hipertensión arterial o la glucemia elevada. Un tercio de la población adulta española es hipertensa¹⁵. Por lo tanto, más de 10 millones de personas requieren asistencia sanitaria continua, principalmente en atención primaria de salud. Ello supone un esfuerzo sanitario y social gigantesco, con resultados solo discretos, pues apenas 3/4 hipertensos están

adecuadamente manejados, dado que el 40% de los hipertensos desconocen que lo son y apenas el 50% de los hipertensos tratados controlan la presión arterial (el 23% de todos los hipertensos)¹⁵. Este esfuerzo se puede aligerar con adecuadas estrategias de atención al paciente crónico que, entre otras cosas, deben aumentar el uso de tecnologías de la información y la comunicación y capacitar al paciente para manejar su propia situación clínica. Sin embargo, aunque estas intervenciones pueden mejorar de manera eficiente el control de los factores de riesgo, probablemente no podrán compensar la avalancha de pacientes con hipertensión y diabetes que llegarán al sistema sanitario en los próximos años si no se controla la actual epidemia de obesidad⁹. Por lo tanto, para seguir aumentando la EV, es imprescindible potenciar la prevención primordial y primaria de la ECV mediante estrategias de salud pública.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- García González JM. Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:848-53.
- Klenk J, Rapp K, Büchele G, Keil U, Weiland SK. Increasing life expectancy in Germany: quantitative contributions from changes in age- and disease-specific mortality. *Eur J Public Health.* 2007;17:587-92.
- Lenfant C. Shattuck lecture—clinical research to clinical practice—lost in translation? *N Engl J Med.* 2003;349:868-74.
- 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.
- Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke.* 2000;31:1588-601.
- Redon J, Olsen MH, Cooper RS, Zurriaga O, Martínez-Beneito MA, Laurent S, et al. Stroke mortality and trends from 1990 to 2006 in 39 countries from Europe and Central Asia: implications for control of high blood pressure. *Eur Heart J.* 2011;32:1424-31.
- 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.
- Área de análisis epidemiológico y situación de salud. Vigilancia de la mortalidad. Centro Nacional de Epidemiología [consultado 27 May 2013]. Disponible en: <http://cne.isciii.es/raziel.php>.
- Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. *Obes Rev.* 2012;13:388-92.
- Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010, el estudio ENRICA. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:551-8.
- Graciani A, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR. Cardiovascular health in a southern Mediterranean European country: a nationwide population-based study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2013;6:90-8.
- Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al; Lancet NCD Action Group. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet.* 2013;381:670-9.
- Kahn R, Robertson RM, Smith R, Eddy D. The impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation.* 2008;118:576-85.
- Banegas JR, Graciani A, De la Cruz-Troca JJ, León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Coca A, et al. Achievement of cardiometabolic goals in aware hypertensive patients in Spain: a nationwide population-based study. *Hypertension.* 2012;60:898-905.
- Lundelin K, Graciani A, García-Puig J, Guallar-Castillón P, Taboada JM, Rodríguez-Artalejo F, et al. Knowledge of stroke warning symptoms and intended action in response to stroke in Spain: a nationwide population-based study. *Cerebrovasc Dis.* 2012;34:161-8.