

**Resumen de la Conferencia del Dr. Miguel A. Martínez-González en la Facultad de Medicina (Universidad de Málaga)
Prevención Cardiovascular. Estado actual del estudio PREDIMED.
Jueves 5 de abril de 2018**

Epidemiología cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa más frecuente de muerte en el mundo debido fundamentalmente a la enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica (CI) y a los accidentes cerebrovasculares (ACV o ictus), y representa también, a nivel mundial, un alto porcentaje de la carga global de enfermedad. Según la OMS, en 2012, las enfermedades no transmisibles (ENT) causaron 36 millones de muertes en el mundo (más del 68%), lo que representa un aumento desde el año 2000 (60%). Las E-CV causaron 17,5 millones de muertes en 2012, es decir 3 de cada 10 muertes. De ellas, 7,4 millones corresponden a CI y 6,7 millones a ACV. La tendencia global es al crecimiento, con más de 23 millones de casos esperados para 2030.

En España, en 2015, se registraron 422.568 muertes; de ellas, 124.197 (29%) se deben a ECV. Las ECV suponen la primera causa de muerte en España, seguida de los tumores y muy por encima del resto de las causas. En varones, la ECV suponen la segunda causa de muerte después de lo tumores.

Epidemiología analítica

El consumo de tabaco, la HTA, la dislipemia, la obesidad y la diabetes son los factores de riesgo que presentan la asociación más fuerte, consistente, independiente y con alta capacidad predictiva con el riesgo de CI y ACV.

Según el estudio ENRICA (2008-10) la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población española mayor de 18 añosos principales estudios epidemiológicos, son: Tabaquismo (28%); Hipotensión (33%) Hipercolesterolemia (50%); Síndrome metabólico (23%); Obesidad (23%); Sobrepeso u obesidad (62%) y Diabetes (7%).

La relación del consumo de alcohol con el riesgo de CI presenta un patrón dosis-respuesta en forma de “J” Sin embargo, nunca se debe recomendar iniciar el consumo de alcohol para la prevención cardiovascular. Además, en personas <45 años o con bajo riesgo de CI, el consumo moderado-bajo de alcohol no aportará ningún beneficio.

Los anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progesterona) elevan el riesgo de CI y ACV. Un metaálisis centrado exclusivamente en anticonceptivos modernos (menor dosis de estrógenos) encontró un RR de 1,8 para CI y 2,1 para ACV.

Muchos de los determinantes de la CI son compartidos con el ictus. El estudio INTER_STROKE, además de la Hipertensión, el tabaco, la obesidad abdominal, la dieta, el sedentarismo y la diabetes, identificó como predictores del ictus el consumo habitual de alcohol (> 30 copas/mes), el bingedrinking, la enfermedad cardíaca, el estrés psicosocial, la depresión y la ratio ApoB:ApoA1.

En conjunto, todos los factores mencionados representaban una fracción etiológica poblacional del 88%.

La concurrencia de varios factores de riesgo produce un riesgo superior a la suma de los riesgos individuales (interacción más que aditiva de los factores de riesgo), como se apreció en Framingham, y se constató en el estudio INTERHEART, donde se observaron unas estimaciones puntuales para la *odds ratio* (OR) de IAM debido al tabaco, la HTA, y la diabetes de 2,9, 2,4 y 1,9, respectivamente, mientras que la estimación para la OR para los tres factores considerados conjuntamente se eleva a 13,1

Prevención cardiovascular

La prevención cardiovascular es una prioridad absoluta en Salud Pública. En 2010 la mortalidad CV suponía el 40% de las muertes en países industrializados y el 28% en países de ingresos medios-bajos. Durante la década de los setenta y los ochenta, en EEUU se redujo la mortalidad por EC e Ictus (ACV) a un ritmo del 2-3% anual. Este descenso no fue paralelo con las muertes no CV (signo claro de que se hizo específicamente una prevención y tratamiento de ECV eficaz), y sí que fueron paralelos a las evidencias de los hallazgos de los estudios epidemiológicos sólidos, como el de Framingham.

Estrategia de alto riesgo y estrategia poblacional

Clásicamente siguiendo a Geoffrey Ros, se habla de una estrategia de alto riesgo (que requiere un cribado previo para seleccionar las personas con alto riesgo relativo y el actuar sobre ellas es el modo más eficiente de prevención), y la estrategia poblacional que evitaría más muertes en números absolutos en comparación con la anterior pues son pocos los individuos de alto riesgo sobre los que se actúa. La estrategia poblacional requiere actuar sobre muchos para evitar una sola muerte, pero evita más muertes en número absolutos, y es una estrategia que da una solución definitiva al problema.

La vida es simple, basta con siete métricas. Las directrices de la Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*) se encuadran plenamente dentro del paradigma de la medicina preventiva. Esta asociación ha manejado tres conceptos claves: a) el gran poder de la prevención *primordial*; b) la evidencia de que las ECV y sus factores de riesgo suelen desarrollarse de manera temprana en la vida; c) un apropiado equilibrio entre los enfoques poblacionales generalizados y las estrategias individualizadas de alto riesgo.

En este marco conceptual, la propuesta para 2020 fue superar el lenguaje de los factores de riesgo y afrontar, en cambio, la prevención primordial, mirar a la salud y usar una “métricas óptimas”.

La métrica óptima incluye a cuatro comportamientos ideales de salud:

1. No fumar
2. Índice de masa corporal (IMC) < 25 Kg/m²
3. Actividad física (al menos moderada con 2,5 h/sem o intensa con 1,25 h)

4. Seguimiento de una dieta consistente con las recomendaciones vigentes

Y tres determinaciones de salud ideal:

1. Colesterol total < 200 mg/dl no tratado
2. Presión arterial no tratada < 120/80 mmHg
3. Glucosa en sangre en ayunas, < 100 mg/dl

Cumplir seis o siete de estas métricas de salud cardiovascular se asoció en cohortes prospectivas con una reducción relativa del 76% (Hazard Ratio: 0,24, IC al 95%: 0,13-0,47) o hasta el 88% en mortalidad cardiovascular respecto a quienes cumplan solo cero o una de las métricas. La mala noticia es que solo el 6,6% de los norteamericanos cumplían seis o siete métricas. En el estudio ARIC, era aún menor (3,9%) y aún menor en España, en un estudio transversal (0,2%). En este último caso, el 3,4% y el 15% para al menos seis y cinco métricas respectivamente.

Seis de estas siete métricas están relacionadas con la alimentación. Salvo el tabaco, el resto de las siete métricas tienen que ver con los patrones alimentarios en su conjunto y demuestran una eficaz reducción de eventos cardiovasculares (es el caso de PREDIMED con dieta mediterránea, www.predimed.es) han sido hitos mundiales en la prevención cardiovascular.

El enfoque positivo de la salud cardiovascular (se ve la salud la salud cardiovascular desde el punto de vista positivo) con cohortes de calidad (Nurses' Health Study-II; Cohortes sueca y española) con adecuados métodos y buen control de las variables de confusión, permite prescindir de hacer cribado de lípidos, glucemia o presión arterial y afrontar comportamientos que son directamente valorables y controlables. El control de su salud queda en manos del propio ciudadano. Esto es un ejemplo excelente de los paradigmas de la estrategia poblacional y prevención primordial.

Determinismo genético frente a estilos de vida voluntarios

Aunque en las dos últimas décadas se ha ido identificando cada vez un mayor número de variantes genéticas asociadas al riesgo coronario, no hay motivos para caer en un determinismo genético que hiciera pensar que hay personas predestinadas a padecer ECV.

En varias cohortes combinadas se apreció que cuatro métricas óptimas de salud cardiovascular (evitar el tabaco, carecer de obesidad, alimentación sana y actividad física) lograban reducciones relativas del riesgo coronario de gran envergadura por igual tanto en quienes tenían riesgos bajo genético como en quienes tenían alto riesgo genético (combinando 50 variantes genéticas en un índice genético compuesto). Es más, cuando en lugar de valorar riesgos relativos, se trataba de riesgos absolutos, la reducción de riesgos asociados a la dieta y estilos de vida eran superiores en quienes tenían mayor riesgo genético.