

## INTRODUCCIÓN

RODRIGO SABIO, PASCUAL VALDEZ

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), principalmente la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular (ACV), constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial y cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa<sup>1,2</sup>. Estos datos también están presentes en Latinoamérica en donde la ECV representa la primera causa de mortalidad en orden de frecuencia, representando un 31% de las defunciones<sup>3</sup>. Por otra parte, el ACV se ubica como la principal causa de discapacidad en todo el mundo<sup>4</sup>.

Según el Estudio de carga global de enfermedad (GBD) 2019, en la evaluación del periodo comprendido entre los años 1990 hasta el 2019, se evidencia que la prevalencia de ECV prácticamente se ha duplicado, desde 271 millones de casos en el año 1990 a 523 millones en el año 2019, y el número de muertes por ECV aumentó constantemente desde 12.1 millones en el año 1990, llegando a 18.6 millones en el año 2019<sup>5</sup>. Las cifras mundiales de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años de vida perdidos también aumentaron significativamente, y los años vividos con discapacidad se duplicaron de 17.7 millones a 34.4 millones durante ese período<sup>5</sup>.

Estos datos requieren la necesidad de un cambio de paradigma, en donde la promoción de la salud y la prevención cardiovascular adquieran un papel central en las políticas sanitarias. Por otro lado, en las instituciones de salud, parece adecuado incrementar la participación de los profesionales sanitarios, no solo en la detección de factores de riesgo cardiovascular con su tratamiento oportuno, sino también en la promoción de hábitos saludables y cambios en el estilo de vida para la prevención de ECV.

Si bien existen niveles de intervención dependientes de políticas públicas que se enfocan en lograr a nivel poblacional que "la elección de un estilo de vida saludable sea la opción más fácil", también los profesionales sanitarios tienen un rol fundamental a la hora de recomendar e indicar modificaciones en el estilo de vida y adquisición de hábitos cardiosaludables. Desde esta perspectiva, dedicar tiempo durante la consulta del médico internista, en promocionar la adquisición de estos hábitos sería indicado en todos los individuos, independientemente de la clasificación de riesgo cardiovascular individual.

Durante la consulta, cuando corresponde la prescripción de tratamientos farmacológicos destinados a

la prevención de ECV suele detallarse con precisión la indicación médica (dosis, formas de administración, etc.), sin embargo, a la hora de precisar las modificaciones en el estilo de vida, se suele tender a una disminución en el asesoramiento al respecto (ej. cantidad y tipo de actividad física diaria o semanal, pautas nutricionales, etc.); algo que posiblemente no represente un verdadero impacto clínico, ni logre modificaciones sostenidas en el tiempo. Por otro lado, el abordaje multidisciplinario, incorporando a otros miembros del equipo de salud no médicos, se muestra como una estrategia efectiva en el manejo de los factores de riesgo cardiovascular y prevención de ECV<sup>6</sup>.

En prevención primaria, el objetivo es actuar sobre individuos que presentan factores de riesgo cardiovascular pero aún no han desarrollado enfermedad. Siendo que el 90% de los eventos cardiovasculares se deben a factores de riesgo modificables directamente relacionados con la conducta, las intervenciones en este punto han demostrado una gran utilidad en el control de los factores de riesgo cardiovascular<sup>7</sup>. Por otra parte, un enfoque óptimo que permita prevenir la enfermedad cardiovascular en la comunidad, debería ir más allá de la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con factores de riesgo, ampliando y orientando las medidas preventivas sobre el desarrollo de dichos factores, lo que se conoce como prevención primordial o promoción de la salud cardiovascular<sup>7</sup>. En estos últimos aspectos se realizará especial énfasis en el desarrollo de las pautas que se emitirán en los diferentes capítulos y tienen el objetivo de ser una herramienta práctica para la toma de decisiones a la hora de indicar modificaciones en el estilo de vida para prevención de ECV.

Las diferentes secciones abordaran temas que incluyen: nutrición, actividad física, sedentarismo, obesidad, hábito tabáquico, consumo de alcohol, sueño, estrés, problemas ambientales relacionados a la ECV y condiciones específicas en la mujer. Cada tópico se desarrolla con una breve introducción epidemiológica, estado actual del conocimiento, riesgos y recomendación con un enfoque clínico al respecto.

En este documento se incluye un apartado acerca de comenzar las medidas de promoción y prevención de ECV en edades tempranas, infancia y adolescencia, mencionando además aspectos epigenéticos relacionados a

ECV. Dado que estos hábitos se adquieren en edades tempranas de la vida, para obtener cambios significativos y con impacto en el control de las ECV deben incluirse sin dudas estrategias de promoción de la salud que se inicien en la infancia y se mantengan durante toda la vida del individuo<sup>7,8</sup>.

Se ha incorporado además un capítulo sobre determinantes sociales en ECV, ya que algunos aspectos sociales como el bajo nivel socioeconómico, modifican el riesgo cardiovascular y debieran ser tenidos en cuenta por el médico internista a la hora de tomar decisiones individualizadas.

Otras Sociedades científicas y organismos internacionales han desarrollado pautas y recomendaciones que abordan aspectos de prevención de ECV<sup>9-11</sup>. En 2010 la *American Heart Association* (AHA) propuso una métrica con la denominación de "salud cardiovascular ideal" con el objetivo de valorar la salud cardiovascular de una población basada en valores ideales de 7 factores de riesgo cardiovascular modificables y comportamientos saludables. Estos 7 puntos esenciales, denominados *Life's Simple Seven* (LS7) incluían la abstinencia del hábito tabáquico, actividad física, dieta saludable, cifras de presión arterial óptimas, colesterol total normal, ausencia de diabetes mellitus e índice de masa corporal ideal y finalmente la ausencia de enfermedad cardiovascular clínica<sup>12</sup>. La puntuación obtenida en esta métrica cuenta no solo con capacidad para evaluar la salud cardiovascular de una población específica, sino que presenta una relación inversa con la incidencia de enfermedad cardiovascular. Recientemente esta puntuación ha sido actualizada incorporando un nuevo parámetro que es el sueño adecuado y adicionando otras modificaciones menores en las variables anteriores, dejando finalmente 8 puntos esenciales en esta métrica<sup>13</sup>.

Es importante mencionar que tanto los factores de riesgo cardiovascular como los hábitos saludables son comunes a otras enfermedades no transmisibles, como el cáncer; por lo que la promoción de la salud cardiovascular basada en estas modificaciones del estilo de vida y hábitos saludables, obtendrá además mejoras en lo que respecta a otras enfermedades crónicas.

Un estudio con datos del Estudio de Salud de Enfermeras (1980-2014; n = 78 865) y el Estudio de Seguimiento de Profesionales de la Salud (1986-2014, n = 44 354) estimó que la esperanza de vida a los 50 años era de 29 años para las mujeres y de 25.5 años para los hombres que adoptaron cero factores de estilo de vida de bajo riesgo. Por el contrario, para aquellos que adoptaron los 5 factores de bajo riesgo, se proyectó una esperanza de vida a los 50 años de 43.1 años para mujeres y 37.6 años para hombres. La expectativa de vida proyectada a la edad de 50 años fue en promedio 14 años más entre las mujeres estadounidenses con 5 factores de bajo riesgo

en comparación con aquellas sin factores de bajo riesgo; para los hombres, la diferencia fue de 12.2 años<sup>14</sup>.

En este documento no se abordará el tratamiento farmacológico en prevención de ECV ni se desarrollarán como capítulos específicos los factores de riesgo cardiovascular establecidos como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, o la dislipidemia, pero sí los hábitos cardiosaludables que inciden en la prevención del desarrollo de los mismos. Por la importancia y la carga de enfermedad que representa la hipertensión arterial, el Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI) realizó otro documento de recomendaciones específicas al respecto<sup>15</sup>.

Para el desarrollo de este consenso, los directores del mismo seleccionaron los temas y los dieron a conocer al grupo de referentes del FIMI, quienes aprobaron los mismos e hicieron nuevas sugerencias temáticas, quedando aprobado el presente índice.

*A posteriori* se seleccionaron redactores de dichos capítulos, con criterio basado en experticia previa en dicha área temática (cada grupo contó con un director, un secretario y redactores). Se fijaron criterios de escritura. Cada grupo realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y seleccionó además artículos relevantes según su criterio. Una vez confeccionado el capítulo se asignó a un grupo de revisores, quienes enviaron su aceptación con o sin modificaciones de contenido. Estos cambios fueron reenviados a los redactores, quienes hicieron los cambios en el texto original. En una segunda instancia se envió el material completo con los capítulos consolidados a todos los autores y a las autoridades de las sociedades científicas del FIMI para su revisión y sugerencias. Luego, el documento completo fue corregido y editado por cuatro revisores externos (que no participaron de la redacción del documento original). El cierre con aprobación final se realizó en un evento presencial en la Patagonia argentina con la presencia de todos los directores de capítulos (Cumbre en la ciudad de El Calafate, noviembre 2022).

## Bibliografía

1. GBD 2017 Mortality Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1684-735.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares: Datos y cifras. En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>; consultado octubre 2022.
3. Lopez-Jaramillo P, Joseph P, Lopez-Lopez JP, et al. Risk factors, cardiovascular disease, and mortality in South America: a PURE substudy. *Eur Heart J* 2022; 43: 2841-51.
4. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* 2021; 20: 795-820.
5. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019:

- Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol* 2020; 76: 2982-3021.
6. Anand TN, Joseph LM, Geetha AV, Prabhakaran D, Jeemon P. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e761-e71.
  7. Castellano Vázquez JM, Fernández Alvira JM, Fuster V. Primordial prevention: paramount in cardiovascular prevention. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2020; 73: 194-6.
  8. Jacobs DR Jr, Woo JG, Sinaiko AR, et al. Childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular events. *N Engl J Med* 2022; 386: 1877-88.
  9. Piepoli MF, Abreu A, Albus C, et al. Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol* 2020; 27: 181-205.
  10. Campbell NRC, Ordunez P, Giraldo G, et al. WHO HEARTS: A Global Program to Reduce Cardiovascular Disease Burden: Experience Implementing in the Americas and Opportunities in Canada. *Can J Cardiol* 2021; 37: 744-55.
  11. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2019; 140: e596-e646.
  12. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, et al. American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010; 121: 586-613.
  13. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2022; 146: e18-e43.
  14. Li Y, Pan A, Wang DD, et al. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation* 2018; 138: 345-55.
  15. Sabio R, Valdez P, Abuabara Turbay Y, et al. Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). *Rev Virtual Soc Parag Med Int* 2019; 6: 86-123