

ESTILO DE VIDA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL HOMBRE

LIFESTYLE AND CARDIOVASCULAR DISEASE IN MEN

DR. RAFAEL RONDANELLI I. (1), RAFAEL RONDANELLI S. (2)

1. Médico Cardiólogo – Magister en Gestión Hospitalaria. Departamento de Cardiología. Clínica Las Condes.
2. Interno 6° año Medicina, Universidad Andrés Bello.

Email: rrdanelli@clc.cl

RESUMEN

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, del Ministerio de Salud Pública de Chile, entrega inquietante información relacionada con algunos aspectos del estilo de vida de los chilenos. El estilo de vida no saludable es una causa mayor de enfermedad cardiovascular (ECV).

La ECV es fuertemente dependiente de la edad y con diferencias entre el hombre y la mujer. La preponderancia de la Enfermedad Coronaria (EC) en el hombre adulto es evidente en todos los países y las tasas de mortalidad por ECV son más altas en los varones.

En Chile, la mortalidad y hospitalización por Infarto Agudo del Miocardio (IAM) son más altas en los varones, sin embargo la letalidad intrahospitalaria es mayor en las mujeres.

La ECV tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables.

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida. Sin embargo, estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes, arrojan datos alarmantes.

Son necesarias intervenciones a distintos niveles, que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en toda la población.

Los cambios hacia un estilo de vida cardiosaludable en el hombre adulto, deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años de edad y considerar en general, actividad física regular, nutrición cardiosaludable, suspensión completa del tabaquismo y control del peso corporal.

Palabras clave: Hombre, riesgo cardiovascular, riesgo cardiovascular hombre, tabaco, obesidad, estilo de vida saludable.

SUMMARY

Cardiovascular disease (CVD) is the first cause of death in the world.

According to the World Health Organization (WHO), the lifestyle is a way of life based on identifiable behavioral

patterns determined by the interaction of the individual characteristics, the social activities and the socioeconomic and environmental living conditions.

The 2009-2010 National Health Survey (NHS) of the Chilean Public Health Ministry, submitted alarming information regarding some aspects of the Chilean citizens' lifestyles.

The unhealthy lifestyle is a major cause of CVD.

The CVD strongly depends on the age factor and has different patterns on males and females. The Coronary Artery Disease (CAD) prevails on adult males in all countries and the mortality rates by CVD are higher in men.

In Chile, the mortality and hospitalization rate due to acute myocardial infarction (AMI) is higher in men, but the in-hospital mortality is higher in women.

The CVD has a tight connection with the lifestyle and the modifiable physiological and biochemical factors.

The cardiovascular prevention efforts must start with changes in the lifestyle. However, research studies published in recent years about the rates of compliance in patients' lifestyle changes, give out startling information.

Urgent actions should be taken at all levels in order to encourage the adoption of more active and healthy habits in the population.

Changes towards a heart-healthy lifestyle in the adult males should begin with a preventive medical control at 30 years of age, as well as regular physical activity, heart-healthy diet, no smoking habits and body weight control.

Key words: Men, cardiovascular risk, smoking, acute myocardial infarction, obesity, healthy lifestyle.

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en el mundo. Durante largo tiempo ha sido la mayor causa de muerte en las sociedades industrializadas, pero actualmente también ocupa el primer lugar en el mundo en desarrollo. De las ECV, la Enfermedad Coronaria (EC) es la número 1 y el Accidente Cerebrovascular (ACV) el número 2 en materia de mortalidad en todo el mundo (1). Además de muerte prematura y reducción de la calidad de vida, la ECV implica altos costos de los cuidados de salud y pérdida de productividad (2).

Los estudios de Framingham establecieron ya hace seis décadas el trascendental papel de los factores de riesgo en el desarrollo de la cardiopatía isquémica. Hace algunos años, el estudio INTERHEART analizó, en una población de 15.152 casos y 14.820 controles provenientes de 52 países, cuáles eran los factores "modificables" del riesgo de tener un infarto del miocardio; el Tabaco, la Dislipidemia, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial y la Obesidad fueron predictores de esta compli-

cación, mientras que la ingesta de frutas y verduras, la actividad física y el consumo moderado de alcohol tenían un efecto protector. Estos factores no sólo explican más del 90% del riesgo de padecer un infarto de miocardio, sino que, además, tienen un claro efecto acumulativo (3).

II. ESTILO DE VIDA

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su tercera acepción, define estilo como el "Modo, manera, forma de comportamiento"; en consecuencia, el estilo de vida sería la forma de comportamiento durante nuestra existencia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica.

Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantención de la autoestima alta, actitud positiva frente a la vida, espiritualidad, familia, amigos, etc.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad o el estrés. Comprende hábitos como la alimentación no saludable, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, las prisas, la exposición a contaminantes, etc. (4).

III. ESTILO DE VIDA EN CHILE

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, del Ministerio de Salud Pública de Chile, entregó inquietante información relacionada con algunos aspectos del estilo de vida de los chilenos (5).

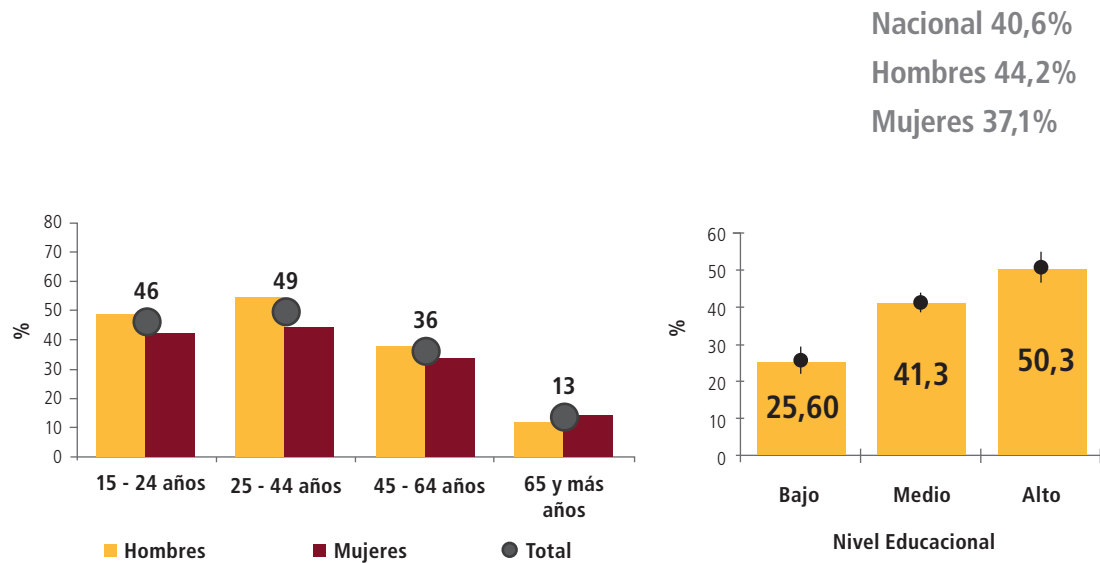
En efecto, respecto del consumo de tabaco, se encontró un 40.6% de fumadores a nivel nacional, más varones que mujeres, especialmente entre los 25 y 44 años de edad y en personas de nivel educacional alto (gráfico 1).

La obesidad fue de un 26.1%, mayor en mujeres, particularmente entre los 45 y 64 años de edad y en sujetos de nivel educacional bajo (gráfico 2).

Se detectó un sedentarismo de tiempo libre de 88.6%, mayor en mujeres y más notorio en individuos de nivel educacional bajo (gráfico 3).

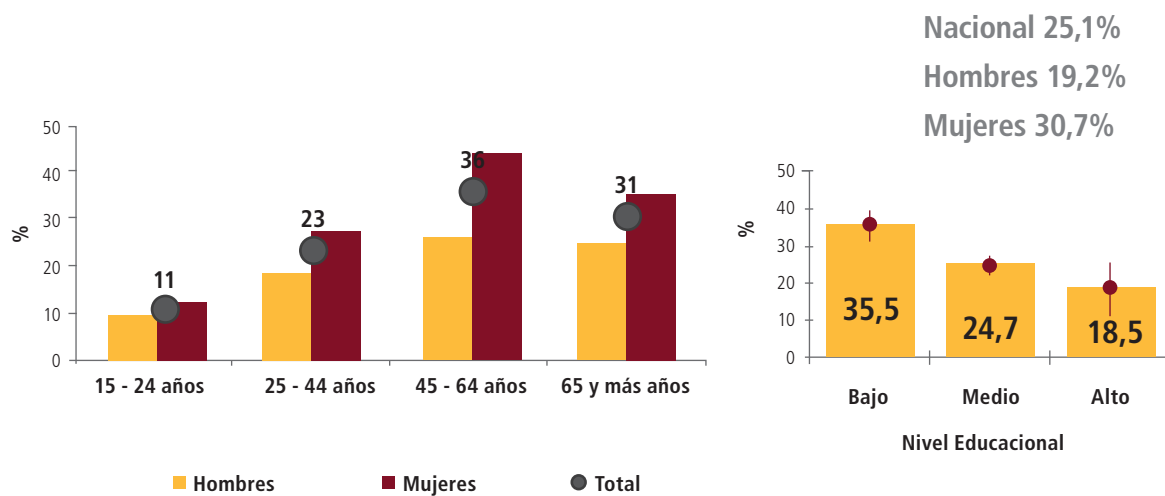
Finalmente, en relación con la alimentación, se evidenció un consumo promedio de 9.8 gramos de sal diarios por persona; y de 5 o más porciones de frutas o verduras diarias en sólo un 15.7% de la población, superior en mujeres y en personas de nivel educacional alto (gráfico 4).

GRÁFICO 1. FUMADOR ACTUAL



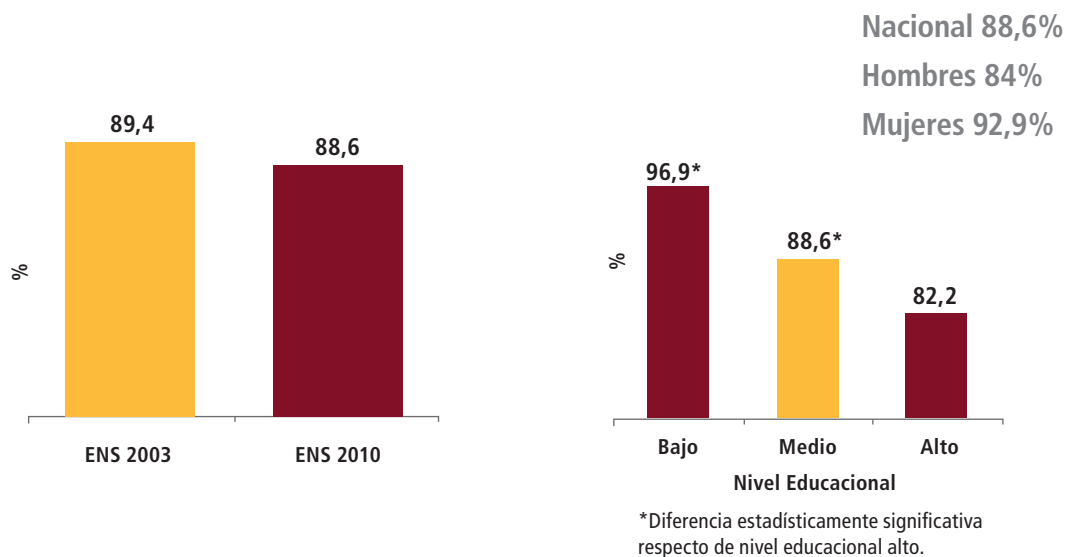
Gobierno de Chile / Ministerio de Salud.

GRÁFICO 2. OBESIDAD



Gobierno de Chile / Ministerio de Salud.

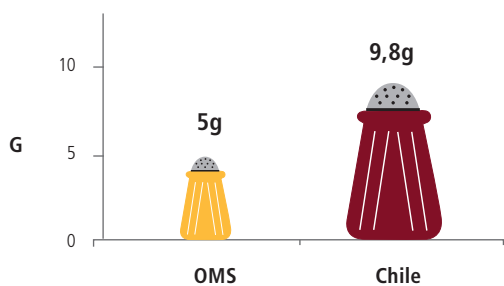
GRÁFICO 3. SEDENTARISMO DE TIEMPO LIBRE



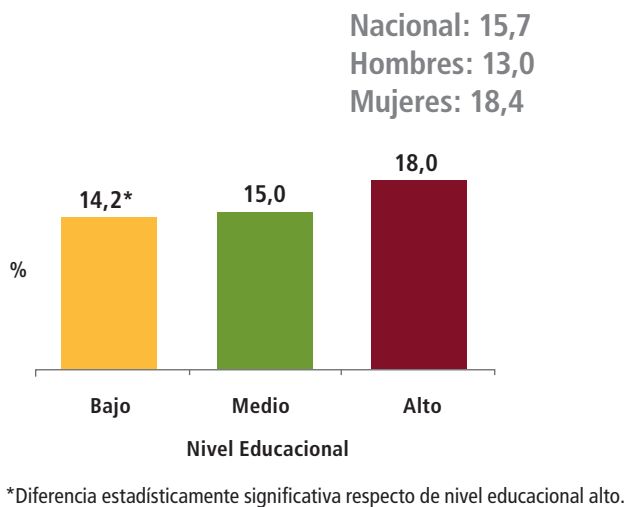
Gobierno de Chile / Ministerio de Salud.

GRÁFICO 4. ALIMENTACIÓN

Consumo de sal en gramos



Consumo de 5 o más porciones de frutas o verduras al día



Gobierno de Chile / Ministerio de Salud.

IV. ESTILO DE VIDA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El estilo de vida no saludable es una causa mayor de ECV. Consecuencias bien conocidas de un estilo de vida no saludable son el Sobrepeso, una relación Colesterol total/Colesterol HDL desfavorable y una presión arterial elevada. Un estilo de vida más sano, puede contribuir a un mejor perfil de riesgo de ECV (2).

Los estudios de las migraciones indican que el estilo de vida es más importante que los factores genéticos para explicar las variaciones en el riesgo cardiovascular entre los distintos grupos étnicos. Por ejemplo, las diferencias de riesgo cardiovascular (RCV) en Estados Unidos de Norteamérica, donde afroamericanos e hispanicos tiene un alto riesgo de ECV comparados con blancos, pueden ser ampliamente atribuidas a diferencias en los estilos de vida (1).

Respecto del tabaquismo, se ha demostrado que quienes dejan el cigarrillo, reducen rápidamente su riesgo de ECV.

En cuanto a la dieta, hay varias maneras de reducir el riesgo de ECV: por ejemplo, disminuyendo la ingestión de grasa saturada, se podrá reducir el colesterol total y el LDL; una dieta pobre en sal tiene un efecto beneficioso sobre la presión arterial; frutas y verduras son ricas en micronutrientes y fibra, y por consiguiente, protectoras frente a la ECV; la obesidad, un factor de riesgo importante de ECV, se puede prevenir disminuyendo la ingestión de calorías.

En lo que se refiere a actividad física (AF), existe suficiente evidencia de que la AF regular es beneficiosa para la salud, no sólo previniendo el aumento de peso sino también mejorando la condición física cardio-respiratoria (2). La actividad física y el ejercicio tienen un importante rol en la prevención de la enfermedad coronaria aterosclerótica; el manejo de algunos factores de riesgo cardiovascular, incluyendo Hipertigliceridemia, Colesterol HDL bajo, Hipertensión Arterial, Intolerancia a Glucosa, Obesidad y posiblemente en el tabaquismo; y en el tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria, Insuficiencia cardiaca y Claudicación Intermittente (6).

Por el contrario, el sedentarismo constituye una de las causas prevenibles más importantes de muerte y, de hecho, se ha demostrado una relación lineal inversa entre la cantidad de actividad física realizada y la mortalidad por cualquier causa. En concreto, la participación en una actividad física regular disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y de diversos otros factores de riesgo. Durante la última década se ha generado importante información sobre el beneficio del deporte en niños, adolescentes y ancianos; en efecto, datos recientes de España señalan que el 41% de los adolescentes españoles deben ser considerados como físicamente inactivos, que la proporción es mayor entre las adolescentes y que existe una franca tendencia hacia un empeoramiento de esta situación. El creciente sedentarismo de la población parece estar implicado en la actual pandemia de obesidad y en el aumento del síndrome metabólico (3).

El fenómeno por el que la mayor parte de las muertes de una comunidad se producen precisamente en la población de menor riesgo (al ser la más numerosa), es conocido como la "paradoja de Rose". Este fenómeno consiste en que, aunque el tratamiento farmacológico produce más beneficio en los pacientes de mayor riesgo, las medidas higiénico-dietéticas generales, al afectar a toda la población, obtienen un mayor impacto en la carga social y económica ocasionada por las enfermedades cardiovasculares (3).

V. CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL HOMBRE

La ECV es fuertemente dependiente de la edad y con claras diferencias entre el hombre y la mujer. La preponderancia de la EC en el hombre adulto es evidente en todos los países (1); en efecto, los hombres experimentan un primer episodio cardiovascular una década antes que las mujeres y un evento coronario más grave, como infarto del miocardio o muerte súbita, 2 décadas antes (7).

Respecto del tratamiento, se ha señalado que los hombres pueden experimentar un mayor beneficio que las mujeres de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (8).

Las tasas de mortalidad por ECV varían con la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la raza y la región geográfica. Las tasas de mortalidad aumentan con la edad y son más altas en los varones y en personas de nivel socioeconómico inferior (9).

En Chile, el Infarto Agudo al Miocardio (IAM), corresponde al principal diagnóstico dentro del grupo de las enfermedades isquémicas del corazón; su tasa de mortalidad ha evidenciado una tendencia decreciente durante las últimas décadas, en ambos sexos, con tasas significativamente más altas en los hombres. En cuanto a la hospitalización, se observa una tendencia creciente en la tasa bruta de egresos por IAM en el período 2001-2007, de 39,1 y 48,0 por 100.000 habitantes, respectivamente; las tasas son mayores a medida que aumenta la edad y son significativamente más altas en los hombres que en las mujeres en todos los rangos etarios. También se evidencia que la letalidad intrahospitalaria por IAM, vinculada estrechamente a la calidad del manejo clínico, ha presentado una tendencia decreciente de 16,7% a 12,8% entre los años 2001-2007; a diferencia de la mortalidad y hospitalización, la letalidad intrahospitalaria es mayor en las mujeres que en los hombres, en todos los grupos etarios (10).

Un estudio sueco (11), mostró que incluso pequeños esfuerzos por mejorar la dieta y la actividad física, pueden influir en los biomarcadores de función vascular en hombres con aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. La Apolipoproteína B fue identificada como un determinante importante de esta mejoría, lo que agrega apoyo adicional a la idea que la Apolipoproteína B es un objetivo fundamental en prevención cardiovascular.

Un pequeño, pero interesante estudio británico (12) analizó la experien-

cia vivida por varios hombres jóvenes que sufrieron un infarto del miocardio (IM). Fueron entrevistados siete varones, de edades entre 32 y 58 años, quienes habían tenido un IM en los últimos 12 meses. El análisis de las transcripciones de las entrevistas reveló cuatro temas principales iterativos: "desilusión con la vida", "tensión y estrés", "cuidado de las apariencias" y "pérdida de la sensación de invencibilidad." En conjunto, los cuatro temas reflejan las complejidades, sutilezas y el consenso de las experiencias de estos hombres jóvenes que sobrevivieron a un IM. El estudio revela que los individuos de la muestra de los autores, parecen aludir fundamentalmente a la perspectiva ideal o hegemónica de la identidad masculina.

Por otro lado, autores alemanes identificaron a la Obesidad, el Síndrome Metabólico, la Diabetes Mellitus (DM) y la Dislipidemia como factores de riesgo de la deficiencia de testosterona y mostraron que las subpoblaciones de hombres sin esos factores, mantenían los niveles de testosterona total (TT) constantes en el tiempo. Concluyeron que además del envejecimiento, tanto el estilo de vida como aquellos factores de riesgo señalados, se asociaron con una disminución de los niveles de TT, lo que sugeriría que la reducción de esos niveles con la edad, se podría prevenir al menos en parte, mediante conductas saludables y el control de dichos factores de riesgo (13).

En el mismo orden de ideas, un metaanálisis relativamente reciente (14), refuerza aún más la evidencia de que la modificación del estilo de vida y el tratamiento farmacológico de los factores de riesgo cardiovascular, son eficaces además, en la mejoría de la función sexual de hombres con disfunción eréctil.

Por último, se ha encontrado una asociación favorable entre la actividad física recreacional y la Proteína C reactiva ultra sensible (PCR-US), un marcador de inflamación asociado a enfermedad cardiovascular, en un estudio transversal de hombres sanos de 58 años de edad, en el sentido de una disminución de los niveles de la PCR-US al aumentar la intensidad de la actividad física. Es importante destacar que se observó esta asociación virtuosa incluso a niveles moderados de actividad física, lo que apoya la idea que alguna actividad es mejor que ninguna (15).

VI. ROL DE LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Los fundamentos para un enfoque activo en la prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV) aterosclerótica se basan en cinco puntos fundamentales:

1. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte prematura en el mundo. Es una causa importante de invalidez y contribuye significativamente al aumento de los costos sanitarios.
2. La aterosclerosis subyacente se inicia a temprana edad, se desarrolla de forma insidiosa durante años y a menudo se encuentra en estado avanzado cuando aparecen los síntomas.

3. La muerte por ECV ocurre frecuentemente de manera súbita y antes de que se disponga de atención médica, de forma que muchas intervenciones terapéuticas no pueden aplicarse o son sólo paliativas.

4. En su mayor parte, la ECV tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables.

5. Las modificaciones de los factores de riesgo se han mostrado capaces de reducir la mortalidad y la morbilidad por ECV, sobre todo en individuos en alto riesgo.

Se pueden distinguir tres estrategias de prevención de la ECV:

Poblacional, Alto riesgo y Prevención secundaria. Las tres estrategias son necesarias y se complementan entre sí. **La estrategia poblacional es especialmente importante para la reducción general de la incidencia de la ECV**, ya que se dirige a reducir los factores de riesgo a escala poblacional mediante cambios en el estilo de vida y el entorno que afectan a toda la población, sin que sea necesario el examen médico de los individuos. **Las estrategias dirigidas a disminuir el riesgo cardiovascular total de los individuos** son las de prevención primaria de alto riesgo y las de prevención secundaria. Las primeras tratan con personas sanas que están en la parte superior de la distribución del riesgo y las segundas tratan con pacientes con afección orgánica o ECV establecidas (9).

VII. ESTRATEGIAS CONDUCENTES A UN ESTILO DE VIDA CARDIOSALUDABLE

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida cuando este no sea saludable. Malos hábitos como una dieta inapropiada o sedentarismo no sólo originan obesidad, sino que también favorecen la aparición de otros factores de riesgo como hipertensión arterial, DM y Dislipidemia. Los cambios en el estilo de vida se consideran imprescindibles para conseguir el control del riesgo cardiovascular y han de mantenerse junto con la terapia farmacológica. A pesar de que son medidas eficaces, inocuas, a disposición de todos los pacientes y poco costosas, no se instauran ni se promueven como se debería; en ocasiones por falta de tiempo de los profesionales, y en otras porque los propios pacientes las consideran un sacrificio y deciden seguir únicamente las estrategias preventivas basadas en fármacos (16).

Es más, los estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes y de su adherencia a la medicación prescrita arrojan datos alarmantes. Más del 50% de los enfermos, como promedio, decide abandonar el tratamiento que se les había prescrito, y los objetivos propuestos para mejorar sus hábitos (dejar de fumar, perder peso o realizar mayor actividad física) se cumplen en un porcentaje igual o menor (17).

Son necesarias y urgentes intervenciones a distintos niveles, que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en toda la población. Los efectos beneficiosos de estas

estrategias ya han sido confirmados en diferentes países y modelos socio-sanitarios. Por consiguiente, se debe concientizar a la sociedad sobre la importancia de promover estilos de vida cardiosaludables. El cambio de mentalidad, empezando por la familia y la escuela, debe trasladarse a la población sana y laboralmente activa. Se debe llegar también a las distintas sensibilidades políticas para que tomen conciencia de su responsabilidad en favorecer medidas legislativas que permitan desarrollar y aplicar, de forma coordinada y mantenida en el tiempo, las recomendaciones establecidas por las sociedades científicas. Finalmente, se debe seguir impulsando nuevos estudios de investigación, ya que la eficacia de las actuales estrategias preventivas todavía es limitada (3).

Los cambios hacia un estilo de vida cardiosaludable en el hombre adulto, deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años de edad y considerar los siguientes aspectos:

1. Actividad física

Objetivo: al menos 30 minutos, 7 días a la semana, mínimo 5 días (18).

a) Se debe hacer hincapié en que los efectos positivos para la salud se producen con prácticamente cualquier incremento en la actividad física; pequeñas cantidades de ejercicio tienen un efecto aditivo; en el lugar de trabajo hay oportunidades para el ejercicio, por ejemplo, utilizando las escaleras en lugar del ascensor.

b) Se debe intentar encontrar actividades de ocio con las que se pueda disfrutar.

c) 30 minutos de ejercicio moderadamente intenso la mayoría de los días de la semana reduce el riesgo y mejoran la forma física.

d) Practicar ejercicio con la familia o los amigos tiende a mejorar la motivación.

e) Los beneficios añadidos incluyen sensación de bienestar, reducción del peso y mayor autoestima (9).

f) Rol de los médicos:

- Involucrarse personalmente en un estilo de vida activo.
- Incentivar a los colegios a educar en estilos de vida activos y a las comunidades a desarrollar programas de actividad física.
- Capacitarse respecto del ejercicio como modalidad terapéutica y en la importancia que la actividad física tiene para los pacientes.
- Prescribir ejercicio y aumento de la actividad física en forma rutinaria a sus pacientes.
- Solicitar un Test de esfuerzo previo a ejercicio vigoroso a pacientes con enfermedad cardiovascular y a enfermos sintomáticos o de alto riesgo (6).

2. Nutrición

Todos los pacientes deben recibir consejo sobre el tipo de alimentos que se asocian a un menor riesgo de ECV. Las personas con alto riesgo de-

ben recibir asesoramiento dietético de especialistas cuando sea factible.

Las recomendaciones generales deben adaptarse a la cultura local:

a) Se debe comer una amplia variedad de alimentos.

b) Debe ajustarse el consumo calórico para evitar el sobrepeso.

c) Recomendar el consumo de: frutas, verduras, cereales y pan enteros, pescado (sobre todo azul o graso), carne magra, productos lácteos descremados.

d) Reemplazar los ácidos grasos saturados por los alimentos mencionados y por grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas de fuentes vegetales y marinas, para reducir la grasa total a menos del 30% de la energía y que menos de un tercio sean grasas saturadas.

e) Reducir la ingesta de sal si la presión arterial está elevada, evitando la sal en la mesa y la sal al cocinar y escogiendo alimentos frescos o congelados no salados. Muchos alimentos procesados y preparados, como el pan, son ricos en sal (9).

3. Tabaquismo

Objetivo: suspensión completa; ninguna exposición a humo de tabaco ambiental (18).

Todos los fumadores deben recibir ayuda profesional para dejar permanentemente de fumar cualquier tipo de tabaco. Las cinco A (en inglés) pueden ayudar:

a) Preguntar (ask): identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cualquier oportunidad.

b) Evaluar (assess): determinar el grado de adicción del paciente y su disponibilidad para abandonar el hábito.

c) Aconsejar (advise): exhortar de forma inequívoca a todos los fumadores a abandonar el tabaquismo.

d) Ayudar (assist): llegar a un acuerdo sobre la estrategia de abandono del tabaquismo que incluya asesoramiento sobre el comportamiento, tratamiento de sustitución de nicotina y/o intervención farmacológica.

e) Organizar (arrange) un programa de visitas de seguimiento (9).

4. Control del peso corporal

Objetivos: Índice de Masa Corporal (IMC), 18.5 a 24.9 kg/m²; circunferencia de cintura, 102 cm en los hombres (18).

a) El aumento del peso corporal está asociado a un aumento de la morbilidad y mortalidad total y por ECV, mediado en parte por el aumento de la presión arterial y el aumento del colesterol plasmático, la reducción del colesterol HDL y el aumento de la probabilidad de diabetes.

b) La reducción del peso está recomendada en los obesos (IMC \geq 30 kg/m²) y debe considerarse en los casos de sobrepeso (IMC \geq 25 y < 30 kg/m²).

c) Los varones con un perímetro de cintura de 94-102 cm deben ser aconsejados sobre la necesidad de no aumentar su peso. Se debe aconsejar perder peso a los varones con más de 102 cm.

d) La restricción de la ingesta calórica total y el ejercicio físico regular son las piedras angulares del control del peso. Es probable que con el ejercicio se produzcan mejorías en el metabolismo de la grasa central incluso antes de que tenga lugar una reducción del peso (9).

VIII. CONCLUSIONES

El estilo de vida no saludable es una causa mayor de ECV; ésta es fuertemente dependiente de la edad y con diferencias entre el hombre y la mujer. La preponderancia de la EC en el hombre adulto es evidente en todos los países; en efecto, los hombres experimentan un primer episodio cardiovascular una década antes que las mujeres y un evento coronario más grave, como infarto del miocardio o muerte súbita, dos décadas antes.

Las tasas de mortalidad por ECV aumentan con la edad y son más altas en los varones.

En Chile, la mortalidad y hospitalización por IAM son más altas en los varones, pero la letalidad intrahospitalaria es mayor en las mujeres, en todos los grupos etarios.

La ECV tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables.

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida. Sin embargo, estudios publicados en los últimos años sobre las tasas de cumplimiento de los cambios en el estilo de vida por parte de los pacientes, arrojan datos alarmantes.

Son necesarias urgentes intervenciones a distintos niveles, que promuevan la adopción y el mantenimiento de hábitos más activos y saludables en toda la población.

Los cambios hacia un estilo de vida cardiosaludable en el hombre adulto, deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años de edad y considerar en general, actividad física regular, nutrición cardiosaludable, suspensión completa del tabaquismo y control del peso corporal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orth-Gomér K. Psychosocial and behavioral aspects of cardiovascular disease prevention in men and women. *Current Opinion in Psychiatry* 2007; 20:147–151.
2. Groeneveld I, Proper K, Van der Beek A, et al. Design of a RCT evaluating the (cost-) effectiveness of a lifestyle intervention for male construction workers at risk for cardiovascular disease: The Health under Construction study. *BMC Public Health* 2008; 8:1.
3. Alfonso F, Segovia J, Heras M, et al. Prevención cardiovascular: ¿siempre demasiado tarde? *Rev Esp Cardiol* 2008;61(3):291-8.
4. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>.
5. Ministerio de Salud Pública, Chile. <http://www.minsal.cl>. Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2009-2010.
6. Thompson P, Buchner D, Piña I, et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation* 2003;107:3109-3116.
7. Cobble M. Coronary Heart Disease in Men. *J Fam Pract* 2012; 61(6 Suppl):S29-33.
8. Xhyheri B, Bugiardini R. Diagnosis and Treatment of Heart Disease: Are Women Different From Men? *Prog Cardiovasc Dis* 2010;53:227-236.
9. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol* 2008;61(1):e1-e49.
10. Ministerio de Salud Pública, Chile. <http://www.minsal.cl>. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.
11. Sjögren P, Cederholm T, Heimbürger M, et al. Simple advice on lifestyle habits and long-term changes in biomarkers of inflammation and vascular adhesion in healthy middle-aged men. *European Journal of Clinical Nutrition* 2010; 64:1450–1456.
12. Allison M, Campbell C. "Maybe It Could Be a Heart Attack . . . But I'm Only 31": Young Men's Lived Experience of Myocardial Infarction—An Exploratory Study. *Am J Mens Health* 2009; 3(2):116-125.
13. Haring R, Ittermann T, Völzke H, et al. Prevalence, incidence and risk

factors of testosterone deficiency in a population-based cohort of men: results from the study of health in Pomerania. *The Aging Male* 2010; 13(4):247–257.

14. Gupta B, Murad M, Clifton M, et al. The Effect of Lifestyle Modification and Cardiovascular Risk Factor Reduction on Erectile Dysfunction. A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med* 2011;171(20):1797-1803.

15. Bergström G, Behre C, Schmidt C. Moderate Intensities of Leisure-Time Physical Activity Are Associated With Lower Levels of High-Sensitivity C-Reactive Protein in Healthy Middle-Aged Men. *Angiology* 2012; 63(6):412-415.

16. Mazón-Ramos P. Problemas relevantes en cardiología 2011. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol* 2012;65(Supl 2):3-9.

17. Fuster V. Problemas relevantes en cardiología 2011. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol* 2012;65(Supl 2):10-16.

18. Smith S, Benjamin E, Bonow R, et al. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update. A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011;124:2458-2473.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.