

La funesta sombra de la cardiopatía isquémica

Jaume Marrugat

Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. España.

«... Las sombras no sabrán nunca explicar la luz, entre ellas y la luz hay y se interpone el cuerpo opaco que las hace nacer...»

El evangelio según Jesucristo

José Saramago

En este número, Boix et al nos informan de que, en la última década, la mortalidad por cardiopatía isquémica ha continuado con la tendencia propia de los últimos 30 años, es decir, a la baja en toda España cuando se la analiza con técnicas de regresión lineal. Esta tendencia se verifica en el ámbito provincial mediante una técnica estadística distinta (no he podido evitar preguntarme por qué esta diferencia en el análisis); así, las provincias donde decrece la mortalidad son mayoría abrumadora, aunque algunas no muestran cambios significativos¹.

Estos datos, con esta exposición, concuerdan con los resultados de los análisis de efectividad del sistema sanitario en España^{2,3}. Sin embargo, no precisan lo que sabemos sobre el ámbito poblacional: en todo el mundo industrializado la mayoría de los pacientes que fallecen por cardiopatía isquémica lo hacen antes de llegar a un hospital^{4,5}.

¿Dónde se concentra la mortalidad por cardiopatía isquémica? Podemos concretar aún más esta pregunta clave: ¿en qué franja de edad?, ¿en qué sexo?, ¿qué comunidades autónomas tienen mayor mortalidad?, ¿qué factores determinan estas diferencias?, ¿dónde fallecen los afectados?, ¿por qué la mortalidad por cardiopatía isquémica varía más entre países que entre comunidades autónomas?, ¿qué influencia tiene el sistema sanitario en estas variaciones? Desde luego, el artículo de Boix et al no resuelve estos enigmas; tam-

poco lo pretende ni podría hacerlo, nadie podría en este momento. Por lo tanto, debemos conjeturar con la información publicada.

Tradicionalmente, se ha estudiado la incidencia de infarto de miocardio en la población de 35 a 64 años y, en algunos casos, en la de 25 a 74 años. Excepcionalmente, se ha estudiado en población con más edad. Los datos existentes sobre España indican que la incidencia y la mortalidad por esta causa son máximas después de los 74 años⁶. Sin embargo, estas cifras son más bajas que en el Reino Unido y Suecia^{7,8}.

La proporción de mujeres que mueren por cardiopatía isquémica ajustada por edad es menor que la de los varones. De manera alarmante, las mujeres más jóvenes, las nacidas después de 1960, presentan una mortalidad creciente, a diferencia de todas las cohortes nacidas desde 1890 que a partir de 1975 presentan mortalidades decrecientes a todas las edades y en ambos sexos⁹.

A pesar de que España presenta tasas de mortalidad e incidencia por cardiopatía isquémica marcadamente inferiores a las de la mayoría de los demás países desarrollados^{4,5}, las zonas con mayor mortalidad por cardiopatía isquémica se sitúan en la costa mediterránea, el sur de la península (incluyendo Valencia, Murcia, Andalucía y Baleares) y Canarias. El centro de la península (excepto Madrid) es, en cambio, la zona menos afectada¹⁰. La incidencia de cardiopatía isquémica en España sigue este patrón hasta donde sabemos en el tiempo¹¹. Los factores que determinan esta variabilidad dentro de un Estado son difíciles de determinar: sólo disponemos de aproximaciones ecológicas (analizamos grupos de personas en lugar de individuos). Los factores candidatos son los socioeconómicos, la prevalencia de diabetes y los diferentes factores de estilo de vida: la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco¹². Es posible que las diferencias entre la prevalencia de hipertensión y de hipercolesterolemia hagan alguna pequeña contribución, pero es poco probable, pues el riesgo de ambos factores atribuible a la cardiopatía isquémica es muy pequeño en nuestra población¹³.

Los factores que determinan las diferencias de mortalidad entre países, mayores que los observados entre comunidades autónomas, tienen que estar relacionados con los mismos factores que en estas últimas.

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 850-6

Correspondencia: Dr. Jaume Marrugat.
Unitat de Lípids i Epidemiologia Cardiovascular.
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).
Dr. Aiguader, 80.
08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmarrugat@imim.es

Full English text available at: www.revespcardiol.org

¿Dónde fallecen los pacientes por cardiopatía isquémica? Tanto en España como en el resto de los países industrializados donde se ha estudiado, aproximadamente dos terceras partes de los pacientes que mueren dentro de los primeros 28 días tras el inicio de los síntomas, no consiguen llegar con vida a un hospital. La muerte súbita es una de las formas de presentación de la cardiopatía isquémica más frecuente: la tasa de incidencia es de 43/100.000 varones y 1/100.000 mujeres, para la definición de muerte súbita en menos de 24 h en España¹⁴. Esto es cierto para el conjunto de todas las edades y, en particular, para el grupo de edad de 25 a 74 años. De los que consiguen alcanzar con vida un hospital, la mitad fallece en 24 h y el resto, entre ese instante y los 28 días¹⁵.

¿Por qué disminuye la mortalidad por cardiopatía isquémica? Los datos disponibles de incidencia de infarto de miocardio indican que ésta ha permanecido estable en los últimos 15 años^{16,17}. Se ha constatado, en cambio, un descenso progresivo de la mortalidad en los pacientes hospitalizados por esta enfermedad en los últimos 25 años. Esta mejora se ha atribuido, en buena parte, a los nuevos tratamientos farmacológicos disponibles desde 1986². Esta situación epidemiológica, junto al envejecimiento de la población, motivará un progresivo aumento de la prevalencia de pacientes con cardiopatía isquémica en España^{15,18}. La naturaleza crónica de la enfermedad producirá, seguramente, una mayor demanda en nuestro ya saturado sistema asistencial¹⁹.

En España existe mayor prevalencia de factores de riesgo que en otros países con una mayor incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica^{20,21}. Después del desconcierto causado por esta sorprendente y reciente información, necesitamos conocer la causa para evitar que los factores que nos han protegido dejen de hacerlo y para que, por ignorancia o desidia, no los suprimamos de nuestras vidas. Las características genéticas²² y los estilos de vida¹² forman probablemente parte de ese cuerpo opaco que se interpone entre la cardiopatía isquémica y su sombra, constituida por los datos sobre mortalidad, si se me permite parafrasear la metáfora de Saramago.

BIBLIOGRAFÍA

- Boix Martínez R, Aragonés Sanz N, Medrano Albero MJ. Tendencias en la mortalidad por cardiopatía isquémica en 50 provincias españolas. *Rev Esp Cardiol* 2003;56(9):850-6.
- Gil M, Marrugat J, Sala J, Masià R, Elosua R, Albert X, et al, for the REGICOR Investigators. Relationship of therapeutic improvements and 28-day case fatality in patients hospitalized with acute myocardial infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain. *Circulation* 1999;99:1767-73.
- Sala J, Marrugat J, Masià R, Porta-Serra M, and the REGICOR Investigators. Improvement in survival after myocardial infarction between 1978-85 and 1986-88 in the REGICOR study. *Eur Heart J* 1995;16:779-84.
- Pérez G, Pena A, Sala J, Roset PN, Masià R, Marrugat J, and the REGICOR Investigators. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Gerona, Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998;27:599-604.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasma K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, for the WHO MONICA Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
- Marrugat J, Sala J, Manresa JM, Gil M, Elosua R, Pérez G, et al, and the REGICOR Investigators. Acute myocardial infarction population incidence and in-hospital management factors associated to 28-day case-fatality in the 65 year and older [en prensa]. *Eur J Epidemiol*.
- Volmink JA, Newton JM, Hicks RN, Sleight P, Fowler GH, Neil HAW. Coronary event and case fatality rates in an English population: results of the Oxford myocardial infarction incidence study. *Heart* 1998;80:40-4.
- Rosengren A, Spetz CL, Köster M, Hammar N, Alfredsson L, Rosén M. Sex differences in survival after myocardial infarction. *Eur Heart J* 2001;22:314-22.
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Llacer A, Pérez J, et al. Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
- Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Español E, et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España 1987-1995. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
- Marrugat J, Fiol M, Sala J, Tormo MJ, Segura A, Muñoz J, et al. Variabilidad geográfica en España en las tasas de incidencia y mortalidad poblacionales por infarto agudo de miocardio en el estudio IBERICA [abstract]. *Rev Esp Cardiol* 2000;53(Supl 2):71.
- Marrugat J, Masià R, Elosua R, Covas MI. Cardiovascular protective factors: can they explain for differences in mortality and morbidity between the Mediterranean and the Anglo-saxon populations? *Cardiovascular Risk Factors* 1998;9:196-204.
- Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Domínguez-Rojas V, Del Rey Calero J. How much benefit could be obtained from cardiovascular disease intervention programs? *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992;40:313-22.
- Marrugat J, Elosua R, Gil M. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:717-25.
- Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:337-46.
- Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Comm Health* 2003;57:1-6.
- Tendències de la malaltia coronària a Catalunya, 1985-97: projecte MONICA. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 2000;XXI:1-6.
- Marrugat J, Medrano MJ, Tresserras R. La cardiopatía isquémica como causa principal de muerte en España: realidad epidemiológica, necesidades asistenciales y de investigación. *Clin Invest Arteriosclerosis* 2001;13:262-70.
- Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003;289:2363-9.
- Ordovas JM. Colesterol y tabaco: clásicos que perduran en el tiempo. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1143-5.
- Instituto Nacional de Estadística. Morbilidad hospitalaria por enfermedad isquémica del corazón por sexo. España 1977-1999. [Consultado 12/07/2003]. Disponible en: <http://193.146.50.130/cardiiov/tabla1i.html>.
- Nabel EG. Genomic Medicine. Cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2003;349:60-72.