



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL CORAZÓN



INFORME DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGÍA

FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL CORAZÓN



INFORME DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO

INDICE

- 1.- MUCHAS NACIONES, EL MISMO PROBLEMA
- 2.- UNA CUESTIÓN DE SALUD... Y UN PROBLEMA ECONÓMICO
- 3.- ¿DE DÓNDE VENIMOS?
- 4.- ¿DÓNDE ESTAMOS? EL RETO DE LA PREVENCIÓN
- 5.- ESPAÑA NO ES TAN DIFERENTE
- 6.- ROMPIENDO MITOS, CAMBIANDO PARADIGMAS
- 7.- ¿HACIA DÓNDE VAMOS?
- 8.- EN BUSCA DE SOLUCIONES... EUROPEAS
- 9.- BIBLIOGRAFÍA

1. – MUCHAS NACIONES, EL MISMO PROBLEMA

A pesar del auge de las enfermedades tumorales o del renacer de algunas patologías infecciosas, las enfermedades cardiovasculares (ECV) se mantienen en los últimos años como la principal causa de muerte en todo el mundo, erigiéndose en una epidemia que no hace prácticamente distinciones por sexo, edad, raza o localización geográfica.

Aunque en el conjunto de la Unión Europea la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuye, hay un número creciente de hombres y mujeres que conviven con una enfermedad cardiovascular. Esta paradoja está relacionada con el aumento de la longevidad y la mayor supervivencia de las personas con estas enfermedades.

Las enfermedades cardiovasculares matan a más personas que todos los tumores combinados. El porcentaje es más elevado en las mujeres (55% de todas las muertes) comparado con el de los hombres (43% del total de fallecimientos). La mortalidad cardiovascular entre los hombres y mujeres de un estrato social bajo es incluso más elevada. (1)

Dentro del amplio abanico de trastornos que se consideran enfermedades cardiovasculares (del corazón y de los vasos sanguíneos), se identifican fundamentalmente las siguientes:

- I. La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio)
- II. Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro
- III. Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores
- IV. La cardiopatía reumática: lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos
- V. Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento

- VI. Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

De este grupo de enfermedades, la cardiopatía isquémica es una causa fundamental de defunción. Esta enfermedad provoca muchas muertes prematuras y, dado que la asistencia sanitaria de las enfermedades cardiovasculares es cara y prolongada, constituye también una gran carga económica.

Las muertes por enfermedad cardiovascular afectan por igual a ambos sexos y, aunque tradicionalmente se asociaba a países occidentales, más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios; incluso, aunque su presencia se incrementa significativamente con la edad, la creciente y cada vez más precoz acumulación de factores de riesgo en sujetos más jóvenes está aumentando exponencialmente su incidencia en estas poblaciones con edades más bajas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2), las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2005 murieron por este motivo 17,5 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo (7,6 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 5,7 millones a los accidentes cerebrovasculares).

En Europa, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de fallecimiento entre hombres y mujeres (3), siendo responsables de casi la mitad de las muertes en Europa (el 42% de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares y se espera que estas dolencias se conviertan en una epidemia dentro de 15 y 20 años), causando más de 4.35 millones de fallecimientos al año en los 52 estados miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y más de 2 millones de muertes en

la Unión Europea (4). Uno de cada ocho hombres y una de cada 17 mujeres morirán antes de los 65 años a causa de dolencias del corazón. Son, asimismo, la principal causa de invalidez y de disminución en la calidad de vida.

Aunque existen importantes divergencias entre los países del entorno europeo en las cifras de prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y el impacto y evolución de los distintos factores de riesgo, así como en las causas desencadenantes, el problema es común en todos los países. Este hecho ha motivado un creciente interés de las autoridades de la Unión Europea por establecer políticas preventivas y de vigilancia comunes para todos los componentes de esta coalición.

En el caso de España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) recogidos en el documento “Estrategia de Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad y Consumo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. La tasa bruta de mortalidad es de 315 casos por 100.000 habitantes, lo que supone el 35% de todas las defunciones (Datos del INE 2003).

En nuestro país, la cardiopatía isquémica ocasiona el mayor número de muertes cardiovasculares (31% del total, un 40% en varones y un 24% en las mujeres). Estos datos la sitúan como la causa principal de muerte en el 12% de los varones y el 10% de las mujeres españolas, y su tasa de morbilidad hospitalaria es de 352 casos por 100.000 habitantes (493 en varones y 215 en mujeres).

En cuanto a las tendencias, los datos existentes muestran que la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) se mantiene estable en nuestro país, pero se estima que cada año aumentará un 1.5% el número de casos de infarto y angina que ingresarán en los hospitales españoles debido al envejecimiento de la población. Por otra parte, los avances en el manejo y tratamiento del Síndrome Coronario Agudo (SCA) se han traducido en una disminución de su mortalidad. Los dos factores, edad media de la población y disminución de la

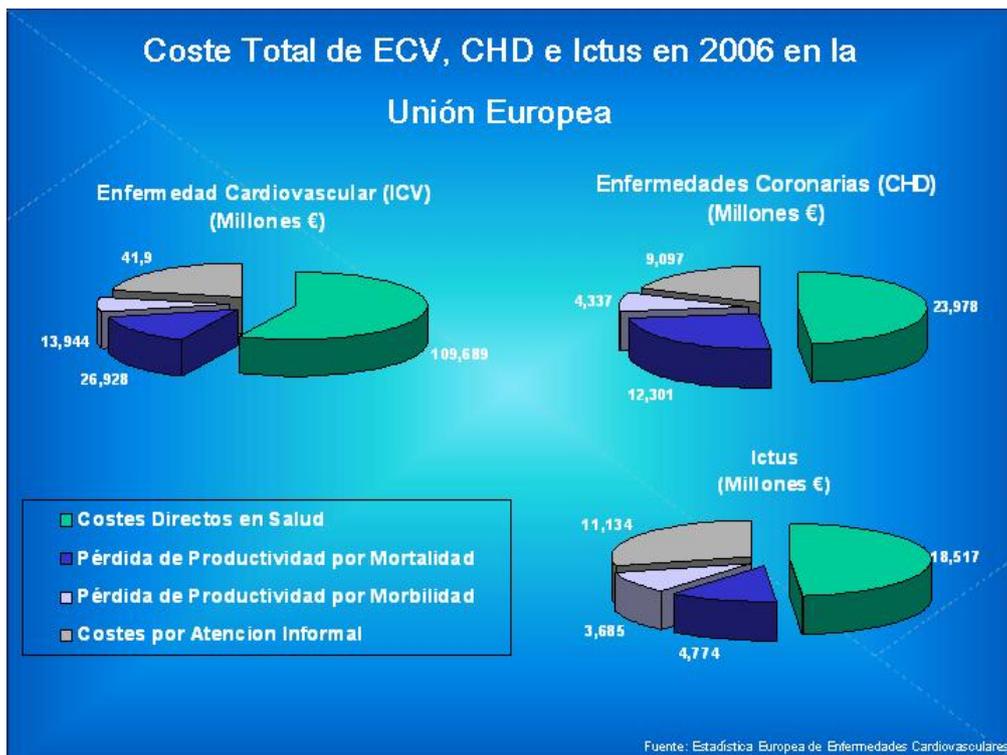
mortalidad por SCA, han condicionado un aumento de la prevalencia de la cardiopatía isquémica y de su tasa de morbilidad hospitalaria de forma que se estima que cada año aumentarán en unas 2000 las personas ingresadas por infarto o angina. Por tanto, se espera que la cardiopatía isquémica continúe generando una gran y progresiva demanda asistencial con el consiguiente consumo de recursos.

2.- UNA CUESTIÓN DE SALUD... Y UN PROBLEMA ECONÓMICO

Las consecuencias de las enfermedades cardiovasculares no sólo se pueden cuantificar en términos de morbilidad y de mortalidad. Su impacto económico directo e indirecto es tremendo y creciente, provocando importantes consecuencias en la esfera socioeconómica.

En datos extraídos del *European Cardiovascular Disease Statistics 2008* (5) se pone de manifiesto que el coste global de la ECV en Europa asciende a más de 192 billones de euros al año, lo que representa un coste total anual per cápita de 391 euros.

(Diapositiva 1)



Sin embargo, se aprecian importantes diferencias entre los estados miembros de la UE en cuanto al impacto económico de este conjunto de enfermedades, con una variación de hasta 11 veces en los costes per per (el coste per capita es inferior a 60 euros/año en Bulgaria y supera los 600 € en Alemania o en el Reino Unido).

De los costes totales derivados de la ECV en la UE, cerca de un 57% son directos, un 21% se deben a la pérdida de productividad y un 22% a los cuidados informales de las personas que sufren estas enfermedades.

La cardiopatía coronaria (CHD, en sus siglas en inglés) provoca un gasto superior a los 49 billones de € al año, lo que supone aproximadamente un cuarto de los costes totales que producen en global las ECV. De estos costes, un 48% son directos, un 34% se achacan a la pérdida de productividad de los pacientes y un 18% son originados por los cuidados informales.

Por su parte, la enfermedad cerebrovascular o ictus supone para los países miembros de la UE unos costes superiores a los 38 billones de euros anuales, una quinta parte del total. Gran parte de estos gastos, un 49%, se producen de forma directa, un 23% resultan de la pérdida de productividad y un 29% son generados por el cuidado informal de los pacientes.

En 2006, por ejemplo, los males cardiacos de los europeos supusieron una pérdida de 41.000 millones de euros en términos de productividad. De este dinero, dos tercios se deben a las muertes prematuras que provocan estas patologías y otro tercio a los problemas que sufren personas en edad activa. Además, el dinero que le cuesta la patología cardiovascular a los países europeos contrasta con el que dedican a su prevención y tratamiento estos mismos estados: 129.000 millones de euros.

El nuevo informe también subraya que las desigualdades entre estados no sólo se reflejan en la incidencia de estas enfermedades, sino también en el dinero que cada país le dedica para su abordaje. Así, mientras el gasto per capita en 2006 fue de 413 euros por habitante en Alemania, en Rumania apenas se

dedicaron 34 euros por ciudadano. En porcentajes, el gasto dedicado a enfermedades cardiovasculares también oscila entre el 5% que le dedica Luxemburgo, Dinamarca o Chipre hasta el 17% de Polonia (6).

(Diapositiva 2)

Coste Sanitario en CVD por País en 2006
(Miles de €)

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN AMBULATORIA	ACCIDENTES Y EMERGENCIAS	ATENCIÓN HOSPITALARIA	MEDICACIÓN	COSTES TOTALES DE ATENCIÓN PRIMARIA	COSTE PER CÁPITA	PORCENTAJE DE GASTO SANITARIO
AUSTRIA	109,234	96,853	17,518	875,423	533,837	1632,865	198	6
BÉLGICA	156,909	60,796	63,822	100,875	747,646	2030,028	193	6
BULGARIA	32,042	32,051	5,607	132,27	71,305	273,275	35	14
CHIPRE	4,321	6,608	3,182	10,559	20,727	45,397	59	5
REPÚBLICA CHECA	29,511	132,145	70,159	410,907	454,851	1097,573	107	13
DINAMARCA	55,495	63,335	13,576	819,399	238,178	989,963	181	5
ESTONIA	8,219	21,365	1,526	41,371	31,272	103,753	77	15
FINLANDIA	24,626	36,839	9,909	771,812	413,328	1246,204	237	10
FRANCIA	1146,635	876,855	259,123	6513,404	4207,406	13003,422	207	7
ALEMANIA	5418,746	2276,99	1300,678	17777,334	7236,111	34029,86	413	14
GRECIA	27,645	25,735	67,819	810,342	890,169	1921,71	171	10
HUNGRÍA	48,213	73,963	6,169	174,053	449,449	751,847	75	10
IRLANDA	70,264	41,178	21,934	311,279	325,122	768,777	183	6
ITALIA	1081,033	322,548	98,093	7022,524	5366	13790,198	235	10
LETONIA	5694	9,793	2,242	57,46	33,189	108,378	47	9
LITUANIA	19,057	12,612	2,636	94,984	71,327	201,243	99	13
LUXEMBURGO	4,795	5,294	3,037	69,797	32,647	115,605	252	5
MALTA	562	628	522	5,629	21,757	29,098	72	6
HOLANDA	176,796	211,34	78,017	3052,69	505,666	4424,508	271	9
POLONIA	243,757	334,862	18,353	1086,026	1147,205	2830,204	74	17
PORTUGAL	171,148	82,801	136,535	547,579	659,087	1599,351	151	10
RUMANÍA	24,833	115,071	9,653	566,838	209,437	725,833	34	15
ESLOVAQUIA	42,314	59,627	3,475	131,791	160,639	397,836	74	13
ESLOVENIA	12,441	12,195	6,579	65,13	85,62	181,966	91	7
ESPAÑA	439,422	579,507	259,513	1849,545	2566,623	5694,611	130	7
SUECIA	167,011	499,588	94,566	1661,298	361,923	2784,356	308	10
REINO UNIDO	1098,629	390,487	88,76	13635,293	3698,222	18911,391	313	12
UE	10621,552	6371,208	2642,166	59095,613	30958,732	109689,271	223	10

3.- ¿DE DÓNDE VENIMOS?

Una de las principales fuentes de documentación sobre el panorama de las enfermedades cardiovasculares en Europa es la Oficina Europea de Estadística (*Eurostat: Statistical Office of the European Communities*), que en un análisis llevado a cabo de 1994 a 1996 efectuó un atlas de la ECV en el viejo continente, analizando separadamente la situación en hombres y mujeres (7).

Como principales conclusiones, los autores de este informe señalan que a mediados de la década de los 90 las enfermedades cardiovasculares eran la causa principal de mortalidad en la Unión Europea. Suponían

aproximadamente 40% de las muertes, tanto de hombres como de mujeres, afectando especialmente a personas de edad avanzada: más de nueve de cada 10 defunciones por causa cardiovascular se producían después de los 65 años.

Este informe revela ya hace más de una década que, a pesar que estas enfermedades siguen presentando un exceso de mortalidad masculina, las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres son menos pronunciadas que para otras causas de muerte. El coeficiente regional más alto de este exceso de mortalidad masculina no es superior a 1.8, mientras que, por ejemplo, es superior a 20 en algunas regiones europeas para la mortalidad por cánceres respiratorios.

Ya en este trabajo se observan en Europa disparidades considerables para todas las defunciones por enfermedades cardiovasculares, con índices que varían de 1 a 3 según las regiones. La divisoria norte/sur en la Unión Europea, particularmente en términos de mortalidad por enfermedades circulatorias en conjunto, viene determinada en gran parte por el modelo geográfico de cardiopatías isquémicas, similar para ambos sexos. Los contrastes de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son similares en escala, pero su modelo geográfico es muy diferente. Además, a nivel intranacional, hay discontinuidades y diferencias significativas.

Por su parte, el proyecto MONICA de la OMS (8), que ha evaluado los índices de infartos de miocardio y los factores de riesgo los cuidados coronarios en poblaciones predefinidas en 37 países desde mediados de los 80 hasta mediados de los 90, muestra que la incidencia de coronariopatías es más alta entre las poblaciones estudiadas en la Europa septentrional que en la meridional.

Además, se observó que la incidencia de coronariopatías descendía rápidamente en el norte de Europa, pero menos rápidamente en el sur. El modelo geográfico de los índices de incidencia y sus tendencias es similar al de las tendencias de los índices de mortalidad. Son muchos los factores que

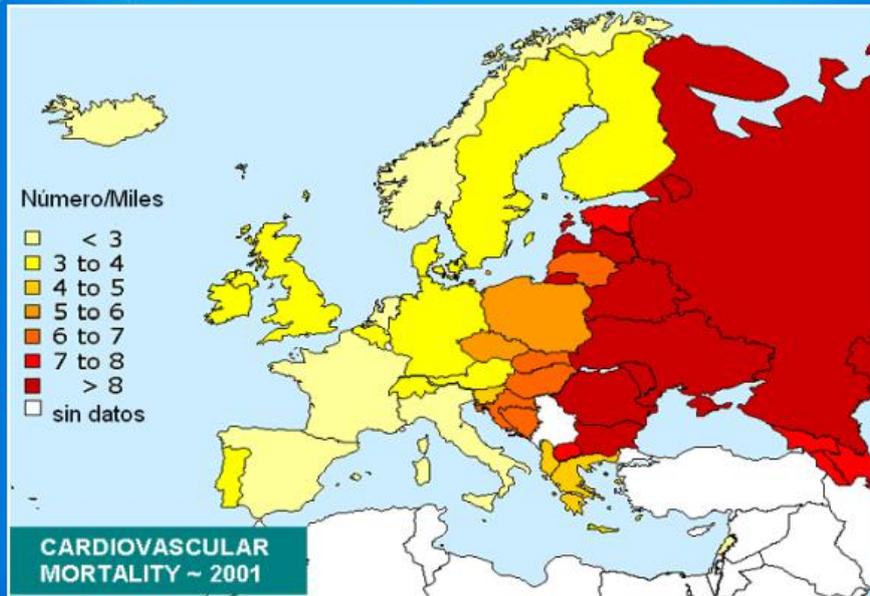
influyen en los índices de letalidad, como la exactitud del diagnóstico, la gravedad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento utilizado. Los resultados de MONICA ponen de manifiesto que la letalidad tiende a ser más elevada en Bélgica, Dinamarca, Francia y Alemania, y más baja en Finlandia e Islandia.

Durante el período de estudio, la letalidad iba descendiendo en la mayor parte de las poblaciones, especialmente en Francia y Suiza, mientras que aumentaba en otras, como Dinamarca y parte de Finlandia. Los varones residentes en Carelia del norte (Finlandia), Glasgow (Reino Unido), Kuopio (Finlandia) y Belfast (Reino Unido), y las mujeres residentes en Glasgow, Belfast y Varsovia (Polonia) presentaron los índices medios más altos de cardiopatía de 170.000 personas estudiadas durante 10 años (de mediados de los 80 a mediados de los 90). En ese mismo período, los índices medios más bajos de infartos de miocardio en mujeres se produjeron en Cataluña, Toulouse y Brianza (Italia). Los índices de infartos de miocardio de las mujeres de Glasgow fueron ocho veces mayores que los de las mujeres de Cataluña, por ejemplo. Entre los hombres, los índices medios más bajos fueron los de Cataluña, Vaud-Fribourg (Suiza) y Toulouse.

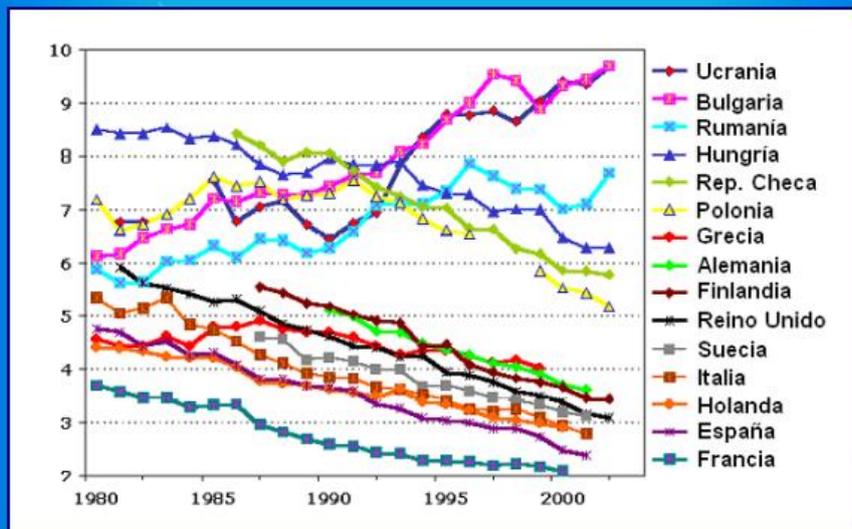
Muchas de estas tendencias se confirman en diferentes en los informes periódicos Euro Heart Survey (EHS), un programa de la Sociedad Europea de Cardiología cuyos objetivos son: analizar la práctica clínica en los diferentes países en relación a las guías y recomendaciones científicas publicadas, valorar la aplicación práctica de los resultados de los ensayos clínicos más importantes, y estudiar las diferentes estrategias terapéuticas, analizando el seguimiento de los enfermos. El programa EHS recopila información cuantitativa de la incidencia y prevalencia de la enfermedad cardiovascular y de los métodos diagnósticos y terapéuticos en cerca de una treintena de países europeos seleccionados, entre los que se encuentra España.

(Diapositiva 3 y 4)

Niveles Estandarizados de Mortalidad según Género y Edad en Europa



Niveles Estandarizados de Mortalidad según Género y Edad por cada mil habitantes



4.- ¿DÓNDE ESTAMOS? EL RETO DE LA PREVENCIÓN

Los sondeos de los EUROASPIRE I y II, guiados por la *European Society of Cardiology* en 1995–96 (9 países) y en 1999–2000 (15 países), mostraron una alta prevalencia de factores de riesgo modificables en pacientes coronarios. Recientemente, el sondeo EUROASPIRE III (9) ha tratado de establecer si en los pacientes con enfermedad coronaria se llevan a la práctica las recomendaciones del 2003 del *Joint European Societies* sobre prevención de enfermedad cardiovascular. La principal conclusión que se extrae de estos estudios es que, después de doce años y tres encuestas (1995 /2000/2006-7), Europa sigue sin encontrar la forma de alcanzar las metas en prevención secundaria de la enfermedad coronaria.

El sondeo del EUROASPIRE III se ha realizado en 2006–2007 en 22 países de Europa, incluido España. Se identificaron en forma retrospectiva pacientes < 80 años con uno o más de los siguientes diagnósticos o procedimientos: cirugía de revascularización coronaria, angioplastia, infarto agudo de miocardio o isquemia. En total, se revisaron 13.935 historias clínicas y fueron entrevistados 8.966 pacientes. En la entrevista se encontró que:

- El 17,2% de los pacientes eran fumadores.
- El 81,8% tenía sobrepeso.
- El 35,3% eran obesos.
- El 52,7% tenía obesidad central.
- El 56,0% eran hipertensos.
- El 34,2% tenía hipercolesterolemia.
- El 34,8% tenía diabetes.

El empleo preventivo de fármacos fue:

- Antiagregantes plaquetarios: 90,5%.
- Beta-bloqueantes: 79,8%.
- iECA: 59,9%.
- BRAT: 12,0%.

- Estatinas: 78,1%.
- Anticoagulantes: 5,6%.

Solamente el 37,3% de los pacientes que tomaban antihipertensivos estaban controlados y el 27,7% de los pacientes bajo tratamiento de hipolipemiantes, no habían logrado el objetivo previsto. El control terapéutico de la diabetes era pobre y solamente el 10,4% de los pacientes con diabetes tenían valores < 6,1 mmol/l.

El EUROASPIRE III muestra que una gran mayoría de los pacientes coronarios no logran los objetivos recomendados para la presión arterial, los lípidos y la diabetes. Por lo tanto existe un importante déficit en la atención cardiaca de estos pacientes. Existe todo un potencial a desarrollar sobre la difusión y aplicación de conductas de estilo de vida adecuadas, detección de los factores de riesgo y lograr una correcta adhesión terapéutica por parte del paciente.

También resultan especialmente contundentes los recientemente publicados resultados del Primary-Prevention EUROASPIRE III study (10), que ha pretendido evaluar el resultado de los programas de prevención primaria en personas de alto riesgo. En este estudio de vigilancia han participado 12 países, incluyendo a España, confirmándose que en la prevención de un primer episodio cardiovascular en individuos de alto riesgo queda aún mucho camino por recorrer en el viejo continente.

En este estudio se constata la persistencia de tasas elevadas de tabaquismo, obesidad y obesidad central. La presión arterial (PA), el perfil lipídico y la glucemia no se ajustan en la mayoría de los pacientes a los objetivos definidos en las guías de práctica clínica. Incluso en los pacientes con diabetes no se consigue en muchos casos el control de la PA y no se usan los fármacos cardioprotectores indicados. Paradójicamente, muchos pacientes quieren ser informados del riesgo de cardiopatía, a pesar de ellos mismos tienden a minimizarlo.

Los investigadores revisaron las historias clínicas de 5.687 individuos con alto riesgo cardiovascular (695 españoles, el segundo grupo más amplio después

de Italia) y entrevistaron a más del 75% de ellos (519 españoles). Se definió un paciente de alto riesgo como un hombre o mujer de hasta 80 años, sin antecedentes de enfermedad coronaria o aterosclerosa al que se le prescribe terapia antihipertensiva, hipolipemiente y/o terapia para la diabetes.

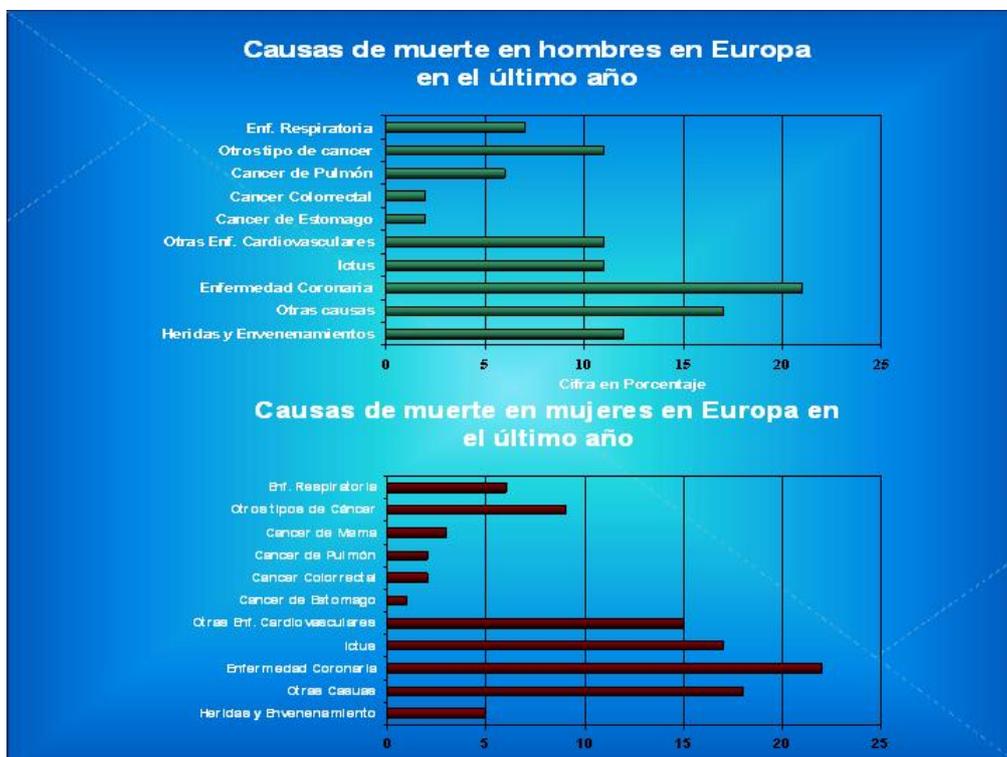
De estos pacientes, el 16% fumaba y casi el 90% continuaba fumando en el momento de hacer la entrevista (lo que supone que sólo un 10% lo había dejado). Casi el 50% de pacientes tenía sobrepeso y casi el 80% tenía la PA, los triglicéridos y el colesterol LDL por encima de los objetivos recomendados en las guías de práctica clínica europea. Entre los diabéticos sólo un 27% tenían glucemias en ayunas en valores recomendados y únicamente el 53% presentaban unos niveles adecuados de hemoglobina glucosilada. Las medicaciones cardioprotectoras, incluyendo las estatinas, estaban también, infraprescritas. Casi el 85% quería saber su riesgo cardiovascular, pero sólo unos pocos conocían su riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria en 10 años y la mayoría asumía que estaban sanos. A más del 80% no se le había ofrecido un programa de control de factores de riesgo y de estilo de vida cardiosaludable.

Los autores de este trabajo concluyen que en el ámbito de la Atención Primaria existe una alta prevalencia de factores de riesgo incontrolados entre los pacientes con alto riesgo cardiovascular; además, hay una gran proporción de pacientes que desconocen la existencia de estos factores de riesgo, sus actuales niveles de riesgo y los objetivos terapéuticos que se deben conseguir, lo que contribuye al mal control de los mismos. Incluso, el control terapéutico es insuficiente en los pacientes que reciben tratamiento farmacológico, por lo que no se está ofreciendo realmente una terapia óptima para estos sujetos. Por todo ello, recomiendan que se mejore la detección, control y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, para reducir el impacto de la ECV y mejorar la calidad de vida de los europeos.

Las Estadísticas europeas sobre las enfermedades cardiovasculares son una compilación de datos de la UE divididos en 12 secciones. Recientemente, se han dado a conocer los datos estadísticos de la enfermedad cardiovascular

Europea 2008, procedentes de la Red cardiaca europea (5). De este informe se extraen algunos datos que invitan a la reflexión:

(Diapositiva 5)



- Cada año la enfermedad cardiovascular causa 4.3 millones de fallecimientos en Europa y aproximadamente 2 millones de muertes en los países que pertenecen a la UE
- La ECV provoca cerca de la mitad de los fallecimientos en Europa (48%) y la UE (42%)
- La ECV es la principal causa de muerte en mujeres en todos los países europeos, así como en hombres (exceptuando Francia, Holanda y España)
- La ECV es la principal causa de carga por enfermedad (enfermedad y muerte) en Europa (un 23%) y la segunda causa principal de carga por enfermedad en los países de la UE con tasas más bajas de mortalidad infantil y en adultos (17%)
- Las tasas de muerte por coronariopatía es generalmente más elevada en Europa Central y del Este en comparación con el Norte, Sur y el Oeste, al igual que sucede con la mortalidad por ictus

- La mortalidad cardiovascular y su incidencia está cayendo rápidamente en los últimos años en los países de Europa del Norte, Sur y Oeste, pero no tanto en aquellos de Europa Central y del Este
- Cada año fallecen en Europa 1.2 millones de personas fumadoras (450.000 de ECV), elevándose un 13% desde 1990 hasta el año 2000 el número de fallecimientos por ECV entre fumadores
- Aunque las tasas de fumadores están reduciéndose en Europa, en el caso de las mujeres se aprecia un aumento considerable del número de fumadoras
- Los patrones dietéticos en Europa, a pesar de sus diferencias, están empezando a converger
- Los niveles de inactividad física se mantienen muy altos en muchos países europeos, así como los de obesidad
- Más de 48 millones de adultos en Europa (23 en el caso de los países que pertenecen a la UE) tienen diabetes, una enfermedad que va aumentando progresivamente su enfermedad
- Los costes totales de la ECV en Europa superan los 192 billones de euros

5.- ESPAÑA NO ES TAN DIFERENTE

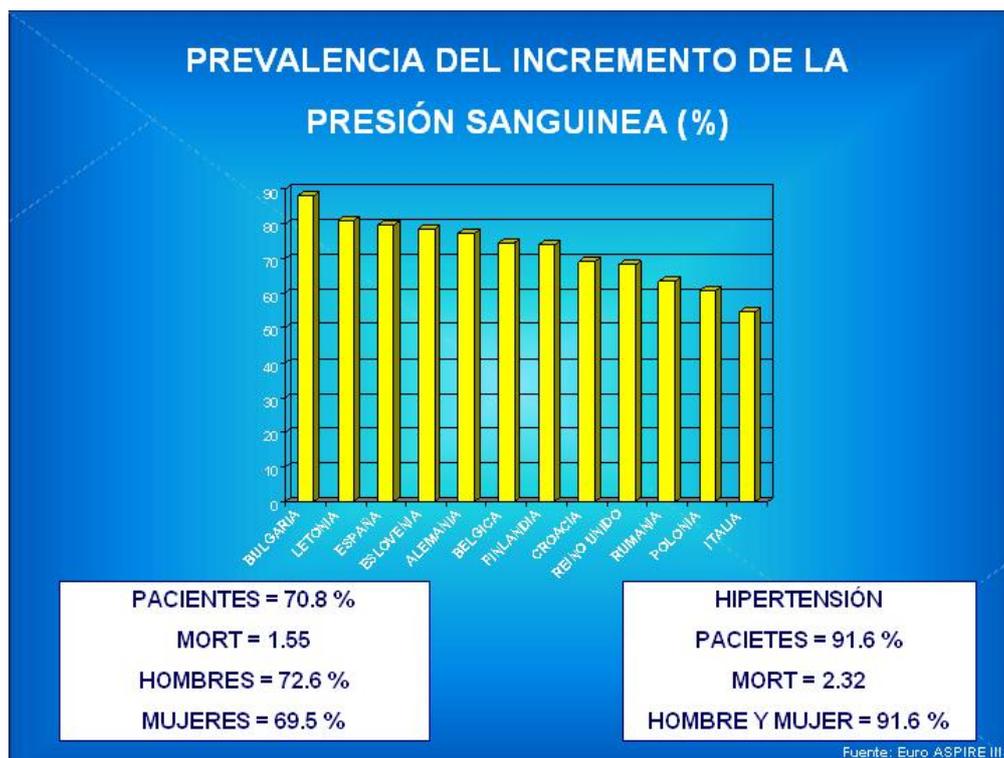
A pesar de ser uno de los países del mundo que tradicionalmente tenía una de las tasas más bajas de enfermedades del corazón (debido especialmente a la influencia positiva de la dieta mediterránea), España ha experimentado un cambio significativo en la prevalencia e incidencia de este tipo de dolencias.

Desde 1987 hasta 1993, se ha registrado un incremento del 2,1% al año en cuanto al número de varones que mueren por esta causa, debido sobre todo a los hábitos de vida y a la deficitaria alimentación. El sedentarismo (un 60% tienen hábitos sedentarios), el abandono de la dieta mediterránea y el aumento de la obesidad (casi la mitad tienen sobrepeso y un 20% de españoles son obesos, tasa que alcanza al 15% de los niños) son, entre otros, factores que han variado sustancialmente el mapa de las enfermedades cardiovasculares en este país.

En el Primary-Prevention EUROASPIRE III study (11) se evidencian algunas lagunas en la prevención de la enfermedad CV en nuestro medio y, en concreto, en el control de la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, o en el manejo de la diabetes. Tras Bulgaria, los pacientes españoles evaluados en este trabajo son los que documentan, de media, una presión arterial sistólica (PAS) más elevada (150.5 mmHg), siendo el cuarto país con unas cifras de presión arterial diastólica (PAD) más altas (tras Bulgaria, Eslovenia y Letonia; con una media de 88.4 mmHg). España, de hecho, es el tercer país que registra un porcentaje más elevado de personas encuestadas que tienen HTA* (un 79.6%), después de Bulgaria y Letonia, y muy por delante de Italia (un 54.6%).

- **Cifras de PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg en no diabéticos, o con una PAS \geq y/o PAD \geq 80 mmHg en diabéticos**

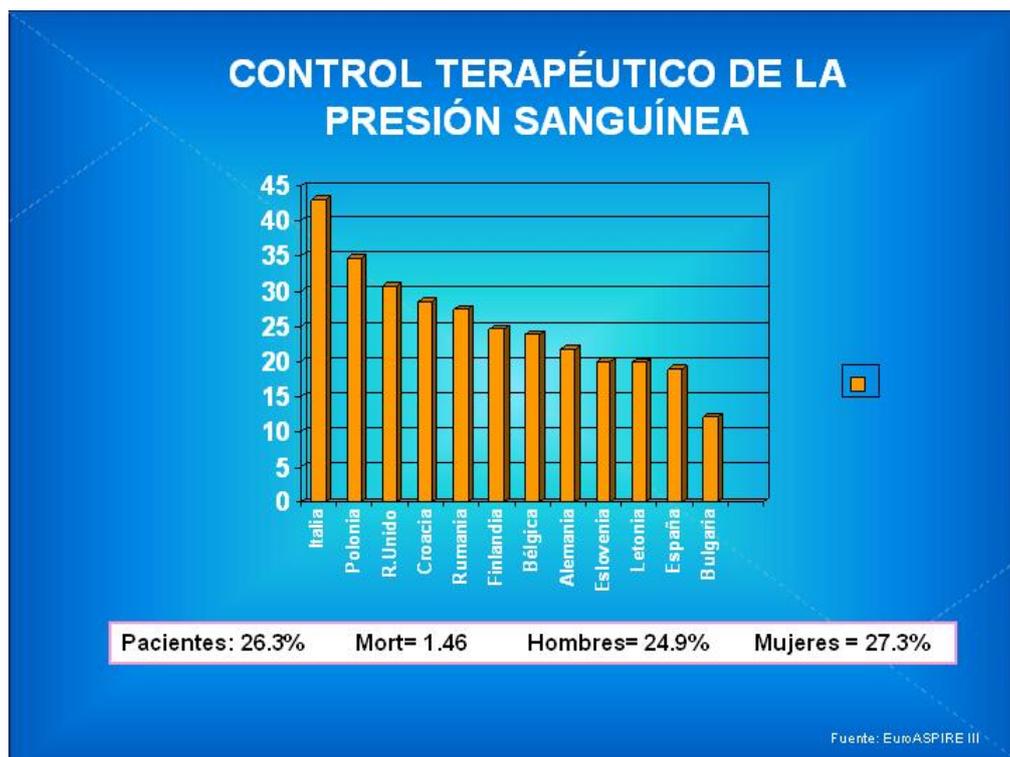
(Diapositiva 6)



Aproximadamente un 81% de los españoles evaluados, que conocen ser hipertensos, utilizan fármacos antihipertensivos, situándose a la cabeza de los países europeos analizados en el consumo de estos medicamentos. En cambio, el grado de control terapéutico de la enfermedad es muy bajo,

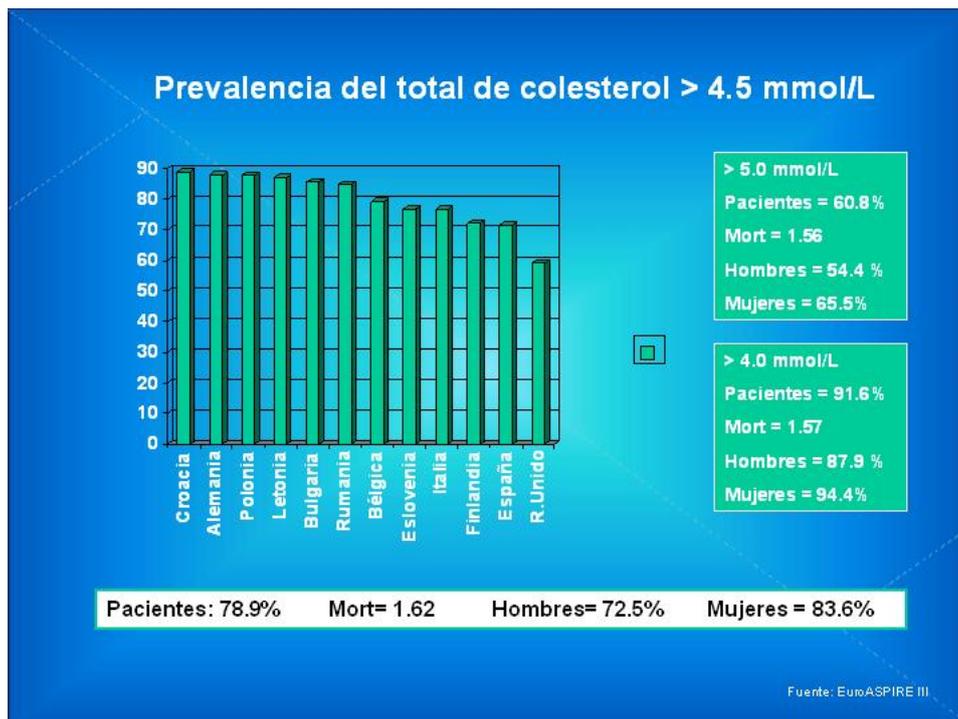
superando únicamente a Bulgaria; mientras que en Italia un 43% de los pacientes medicados tienen controlada su HTA, en nuestro país este porcentaje se reduce a cifras que no llegan al 19%. Además, hay un 72% de españoles hipertensos que no son conscientes de tener las cifras de presión arterial elevadas.

(Diapositiva 7)



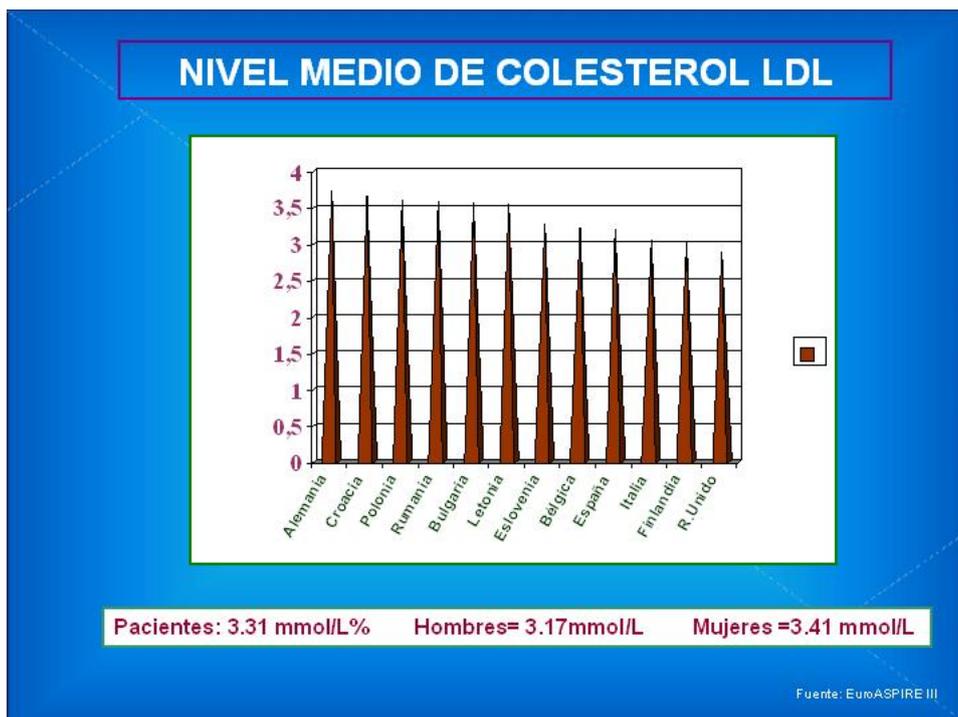
Más alentador es el control lipídico en los participantes españoles en este estudio. La media de colesterol total es de 5.08 mmol/L o, lo que es lo mismo, sitúa a España en la parte baja de la lista de países evaluados (por debajo de la media, que es de 5.41 mmol/L), tan sólo por delante del Reino Unido; en este caso, los croatas y los polacos son los que presentan unas cifras de colesterol total más altas. Un 71.6% de los españoles participantes tienen cifras de colesterol total ≥ 4.5 mmol/L (considerados por las guías internacionales como sujetos hipercolesterolémicos), situándose como uno de los países con unas tasas más bajas (tan sólo superado por el Reino Unido: 59.1%).

(Diapositiva 8)



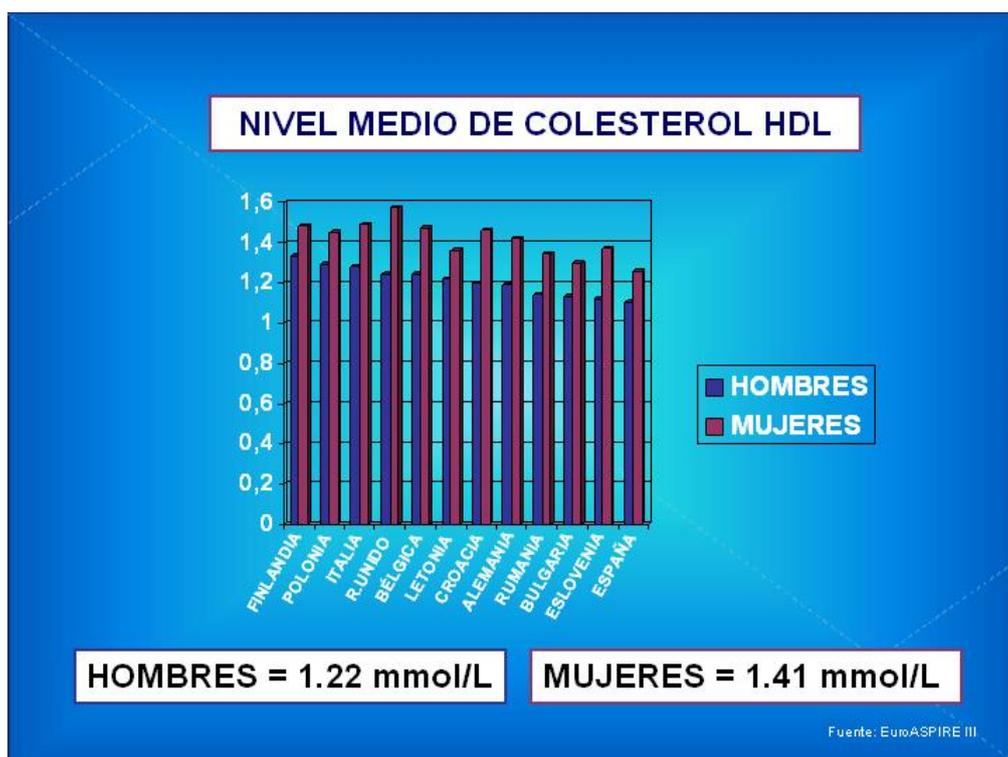
Respecto al colesterol LDL (“el malo”), España se sitúa por debajo de la mayor parte del resto de países, con tasas de 3.19 mmol/L (vs 3.31 mmol/L de la media de las naciones europeas participantes en el estudio).

(Diapositiva 9)



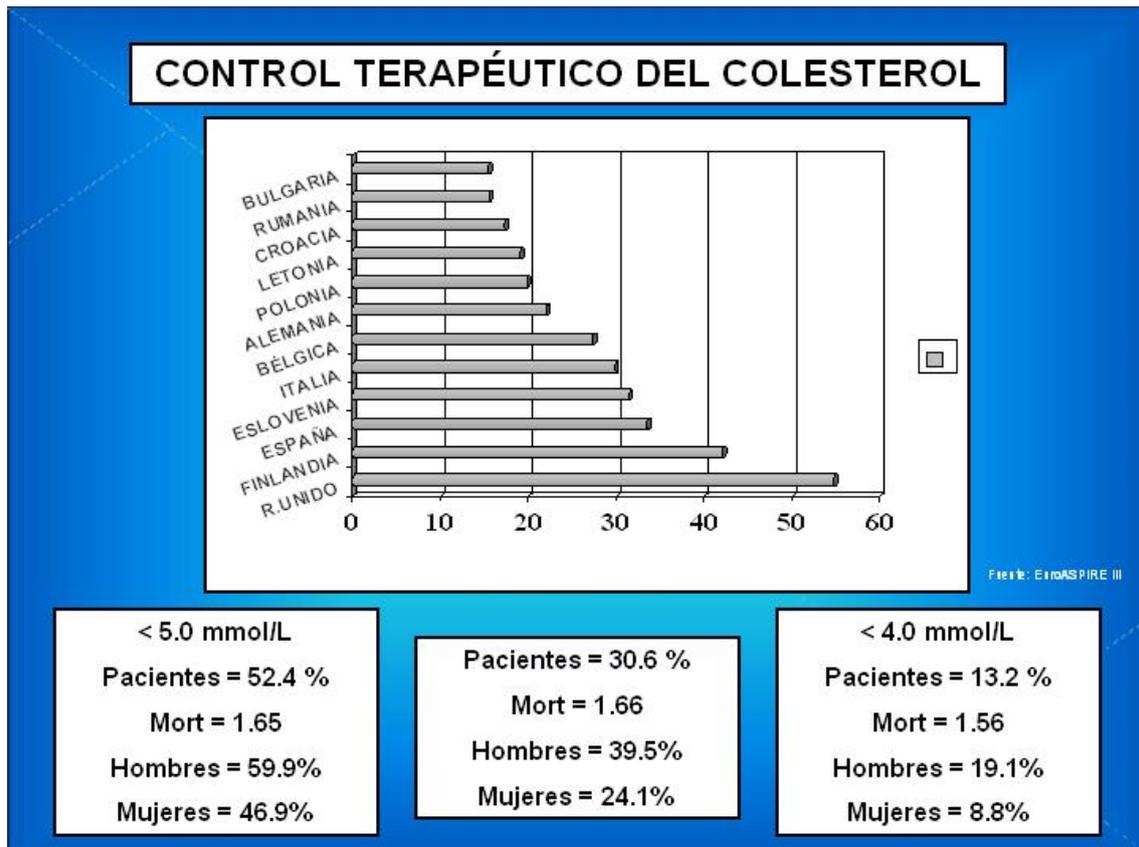
Sin embargo, los niveles de colesterol HDL (“el bueno”, ya que tiene efectos protectores) de los españoles se encuentran muy por debajo de la media europea. Tanto en hombres como en mujeres españolas, las cifras de colesterol protector son las más bajas de los países evaluados en el EuroAspire III (1.10 mmol/L para hombres y de 1.26 mmol/L en mujeres).

(Diapositiva 12)



Un 43.3% de los españoles encuestados que son hipercolesterolémicos utilizan agentes farmacológicos indicados para reducir los lípidos (un 42.3% en el resto de países). La tasa de utilización de estos fármacos varía mucho de unos países a otros (un 4.3% en Bulgaria y un 58.9% en Italia). Un 33.5% de los españoles con hipercolesterolemia y que están siendo tratados con fármacos específicos para hacer frente a esta enfermedad consiguen un control terapéutico de este trastorno, erigiéndose como uno de los países del viejo continente que alcanzan unos resultados más óptimos en este caso (tan sólo por detrás del Reino Unido y Finlandia). La tasa de control del LDL-c es ligeramente inferior en nuestro país (26.3%, siendo la media del 31.4%).

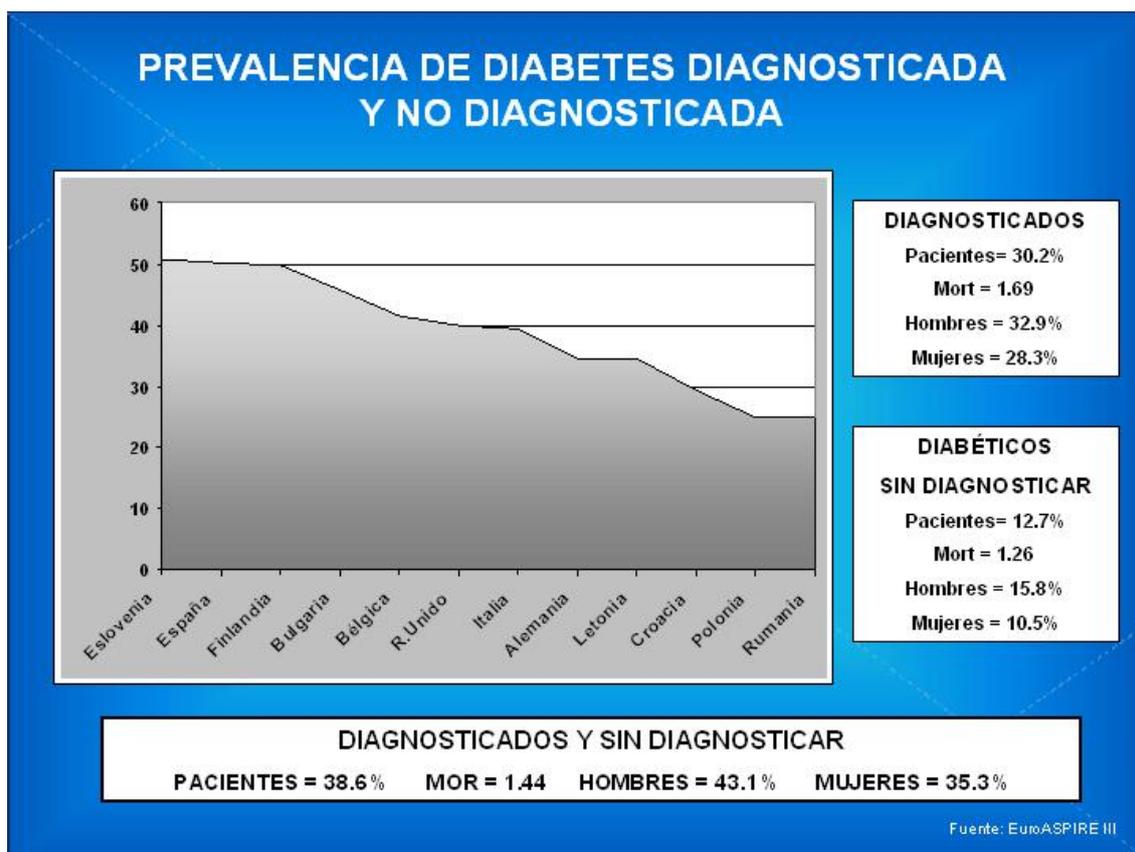
(Diapositiva 13)



Con todo, aproximadamente la mitad de los españoles evaluados en este estudio desconocen que son hipercolesterolémicos (aunque la tasa aún es superior en la media de países europeos analizados: un 60.2%). Más de un 93% de los españoles con colesterol elevado aseguran mantener una dieta especial (recomendada por su médico o por otro profesional de la salud) para reducir estos niveles (muy por encima de la media: 72.3%).

Especialmente alarmante resulta la alta prevalencia de diabetes diagnosticada o no diagnosticada en España, ocupando el segundo lugar en el ranking europeo. Más de un 50% de los españoles participantes en este trabajo tenían diabetes (en muchos casos no diagnosticada previamente), un porcentaje sensiblemente superior a la media de los países europeos (38.6%)

(Diapositiva 14)



Un 72% de los diabéticos españoles siguen dieta específica y un 70% reciben fármacos antidiabéticos orales, siendo un 18.6% los que son tratados con insulina (más que la media europea, que es del 12.4%).

6.- ROMPIENDO MITOS, CAMBIANDO PARADIGMAS

Nuevos estudios están derrumbando algunas concepciones tradicionales sobre el impacto de la enfermedad cardiovascular en Europa, modificando la herencia de protección cardiovascular que habitualmente exhibían los países mediterráneos. Así, de la cartesiana distinción entre norte y sur y este-oeste, debido a sus diferentes grados de protección/riesgo frente a la ECV, ahora se ha pasado a un mapa más ambiguo y menos definido geográficamente. Con todo, se aprecia una clara tendencia a un mayor riesgo cardiovascular en las zonas del norte y este europeo, siendo menor en el sur y oeste del viejo continente.

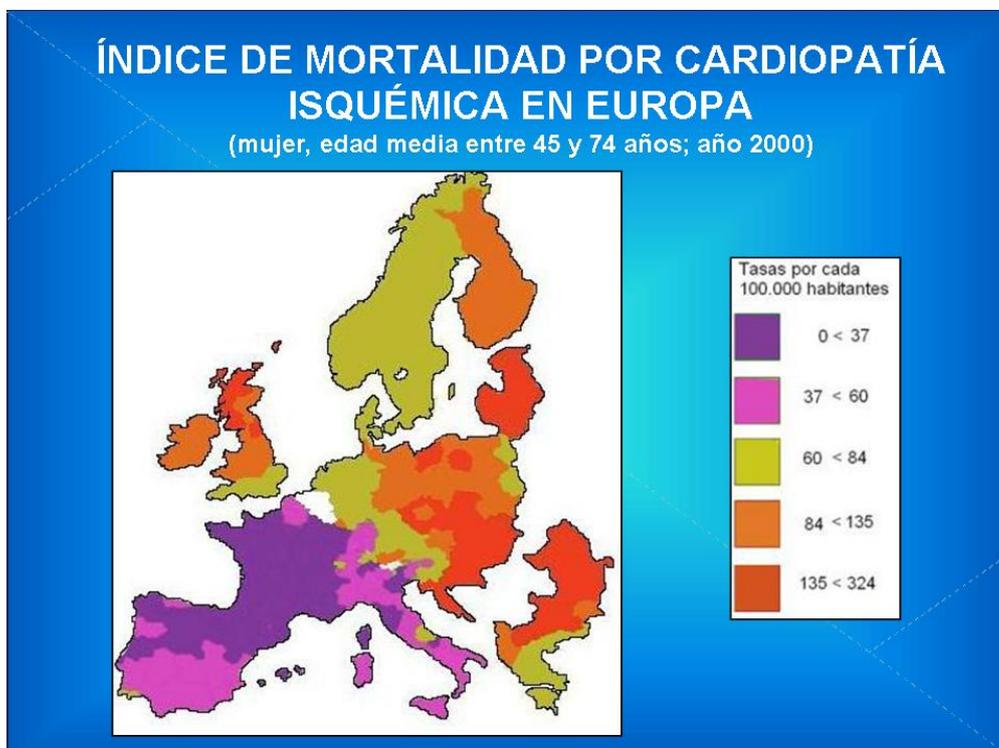
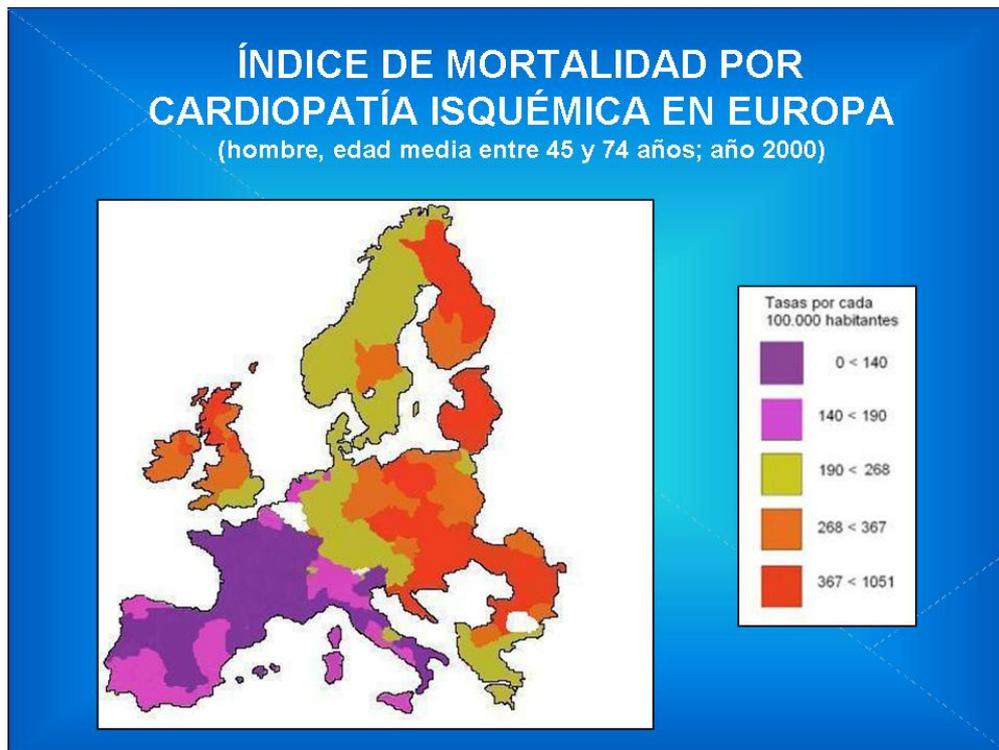
Datos publicados recientemente en el *European Heart Journal* (12), la publicación científica oficial de la Sociedad Europea de Cardiología, destacan diferencias significativas de la enfermedad cardiovascular en los países de Europa. Sin embargo, existe un hecho que permanece igual: las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la Unión Europea, con más de dos millones de personas por año. El equipo de investigadores de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Red Europea Cardiovascular, liderado por Jacqueline Müller-Nordhorn, ha comparado las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en diferentes países europeos.

El trabajo ha comparado las muertes en los estados europeos y en las distintas regiones de cada país basándose en los datos estadísticos de Eurostat y los propios de cada nación correspondientes al año 2000. La tasa de fallecimientos se ha ajustado a la población de cada lugar y a varios grupos de edad comprendidos entre los 45 y los 74 años. Tras cruzar los datos se han establecido cinco niveles de riesgo (y de color) en función de las cifras obtenidas, tanto para la posibilidad de morir de un evento coronario (cardiopatía isquémica) como de uno cerebrovascular, o combinando ambos episodios.

En general, los países de Europa occidental muestran una tendencia hacia tasas de mortalidad inferiores en lo que respecta a las ECV. Los peor parados resultan ser los países del este y del centro de Europa: Ucrania, Bulgaria y la Federación Rusa muestran la salud cardiovascular más deficiente del viejo continente.

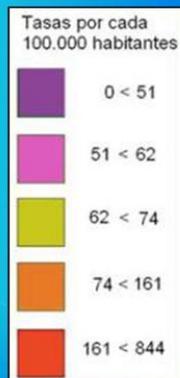
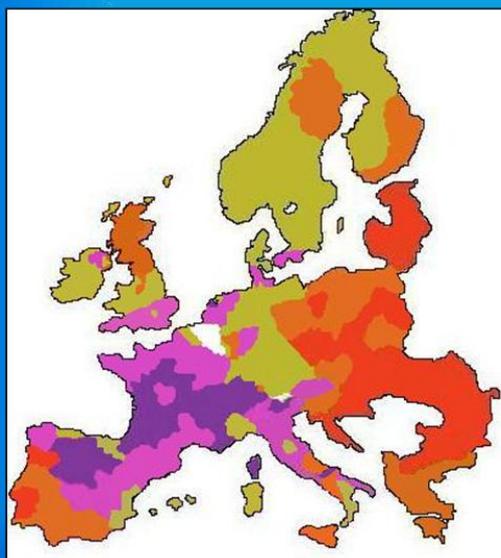
Los investigadores han encontrado que la cardiopatía isquémica es más baja en países del sur y oeste que en el resto (con una especial incidencia en el centro y este europeo). El patrón norte-este y sur-oeste es menos claro para los accidentes cerebrovasculares: parece que hay un círculo de mortalidad reducida en el centro y oeste y especialmente en países como Francia y las regiones del norte de Italia y España; los estados con las tasas más altas rodean ese círculo, así como algunas naciones mediterráneas, incluidas Grecia, Portugal y comunidades del sur de Italia y España

(Diapositivas de la 15 a la 21)



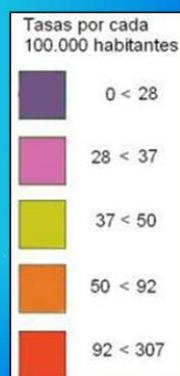
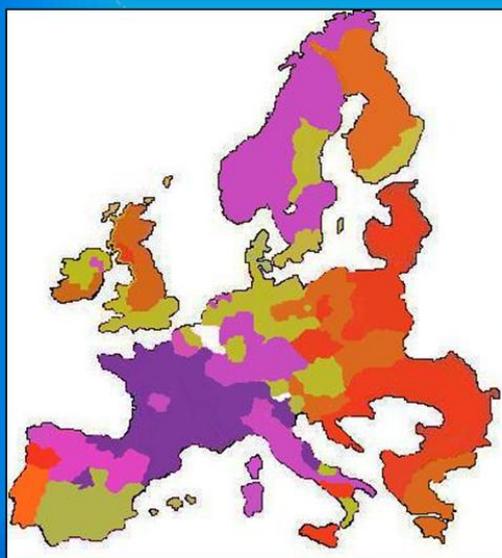
ÍNDICE DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EUROPA

(hombre, edad media entre 45 y 74 años; año 2000)

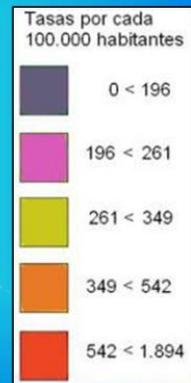
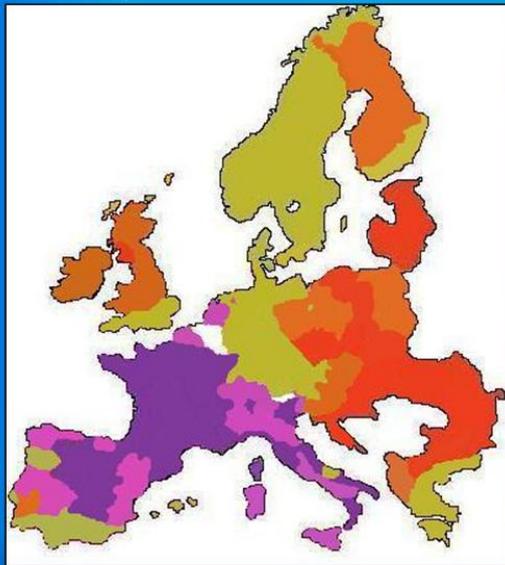


ÍNDICE DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN EUROPA

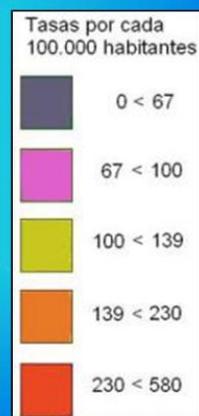
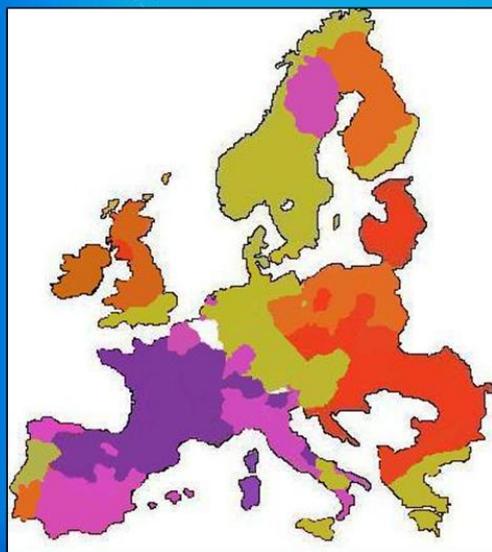
(mujer, edad media entre 45 y 74 años; año 2000)



**ÍNDICE DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
CEREBROVASCULAR Y CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA
ISQUÉMICA COMBINADAS, EN EUROPA**
(hombre, edad media entre 45 y 74 años; año 2000)



**ÍNDICE DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES
CEREBROVASCULAR Y CARDIOVASCULAR Y CARDIOPATÍA
ISQUÉMICA COMBINADAS, EN EUROPA**
(mujer, edad media entre 45 y 74 años; año 2000)



ÍNDICE GENERAL DE MORTALIDAD (45 – 74 AÑOS)
POR CUALQUIER CAUSA, EN EUROPA (2000)

TODOS		
PAÍS	SMR	95% CI
SUIZA	731	711 - 752
SUECIA	765	745 – 786
ITALIA	767	746 -788
ESPAÑA	786	765 – 807
GRECIA	816	795 – 838
NORUEGA	826	804 – 848
FRANCIA	845	823 – 868
AUSTRIA	880	857 – 902
HOLANDA	913	891 – 936
INGLATERRA / GALES	928	906 – 951
FINLANDIA	930	907 - 953
ALEMANIA	935	912 – 958
IRLANDA DEL NORTE	941	919 – 965
PORTUGAL	948	925 – 971
ALBANIA	996	973 – 1019
IRLANDA	1032	1008 – 1058
DINAMARCA	1096	1071 – 1121
ESCOCIA	1180	1155 – 1206
ESLOVENIA	1181	1156 – 1208
REPÚBLICA CHECA	1301	1274 – 1329
POLONIA	1435	1406 – 1464
MACEDONIA	1458	1430 – 1487
CROACIA	1456	1428 – 1484
LITUANIA	1514	1484 – 1545
ESLOVAQUIA	1532	1502 – 1562
RUMANIA	1616	1586 – 1647
BULGARIA	1617	1587 – 1648
HUNGRÍA	1755	1723 – 1788
LETONIA	1759	1727 – 1792
ESTONIA	1763	1731 - 1796

HOMBRES

PAÍS	SMR	95% CI
SUECIA	963	941 – 987
SUIZA	985	962 – 1009
ITALIA	1058	1034 – 1082
NORUEGA	1059	1035 – 1084
GRECIA	1133	1107 – 1158
ESPAÑA	1147	1121 – 1173
INGLATERRA / GALES	1162	1137 – 1188
HOLANDA	1181	1156 – 1207
IRLANDA DEL NORTE	1194	1169 – 1220
AUSTRIA	1209	1183 – 1236
FRANCIA	1221	1195 – 1248
ALEMANIA	1278	1251 – 1305
IRLANDA	1309	1283 – 1336
DINAMARCA	1314	1287 – 1341
FINLANDIA	1321	1294 – 1349
PORTUGAL	1325	1297 – 1353
ALBANIA	1337	1310 – 1363
ESCOCIA	1500	1471 – 1529
ESLOVENIA	1724	1692 – 1755
MACEDONIA	1820	1788 – 1853
REPÚBLICA CHECA	1839	1806 – 1871
POLONIA	2107	2072 – 2142
CROACIA	2130	2096 – 2165
RUMANIA	2206	2170 – 2242
BULGARIA	2222	2186 – 2258
ESLOVAQUIA	2287	2250 – 2323
HUNGRÍA	2576	2537 – 2616
ESTONIA	2735	2694 – 2775
LETONIA	2782	2742 – 2824

MUJERES

PAÍS	SMR	95% CI
FRANCIA	414	398 – 430
ESPAÑA	466	450 – 483
ITALIA	515	498 – 532
SUIZA	510	493 – 527
GRECIA	533	516 – 550
SUECIA	584	566 – 602
FINLANDIA	588	570 – 606
AUSTRIA	593	575 – 612
NORUEGA	612	594 – 631
PORTUGAL	629	610 – 648
ALEMANIA	629	610 – 648
ALBANIA	663	645 – 683
HOLANDA	672	652 – 692
INGLATERRA / GALES	715	695 – 735
IRLANDA DEL NORTE	723	703 – 743
ESLOVENIA	741	721 – 762
IRLANDA	772	752 – 793
REPÚBLICA CHECA	858	836 – 880
DINAMARCA	895	873 – 918
POLONIA	899	876 – 921
ESCOCIA	904	881 – 926
CROACIA	937	915 – 960
ESLOVAQUIA	944	922 -967
LETONIA	1046	1022 – 1071
ESTONIA	1073	1049 – 1099
BULGARIA	1096	1072 – 1121
RUMANIA	1113	1088 – 1138
HUNGRÍA	1124	1099 – 1150
MACEDONIA	1134	1110 - 1159

Las diferencias nacionales son, en algunos casos, sorprendentes. Así, la probabilidad de que un varón fallezca a causa de un infarto cardiaco es siete veces más alta en Letonia que en Francia, pero si se trata de una mujer asciende a casi 10. La situación empeora en el caso de los accidentes cerebrales: un estonio tiene un riesgo 14 veces superior de morir por este motivo que un suizo (12 veces superior en el caso de las mujeres). Estas disparidades podrían guardar una estrecha relación con las diferencias en la dieta, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, la actividad física, la calidad de la asistencia médica y los factores medioambientales. Pero las clasificaciones actuales no tienen en cuenta las variaciones regionales, ni tampoco las estrategias preventivas están adaptadas para responder a estas diferencias entre países europeos (ni las que se detectan dentro de cada una de su territorio nacional).

El estudio ha permitido también saber cuántos países de Europa han reducido la mortalidad relacionada con las ECV. Los investigadores también han descubierto que las tasas de mortalidad por ECV eran altas en algunos países de Mediterráneo como Grecia, Portugal y regiones del sur de España e Italia. Además, muchos países han pasado de alto a bajo riesgo (Finlandia es un ejemplo de cómo las intervenciones de salud públicas marcan diferencias en la reducción de muertes por causa de enfermedades cardiovasculares). (13)

España forma parte, junto con Francia, Suiza e Italia, del grupo de naciones con menor riesgo de mortalidad por ECV, aunque eso no implica que estemos exentos de peligro. Por ejemplo, aunque los fallecimientos disminuyen, la incidencia de infarto cardiaco en mayores de 65 años continúa aumentando.

Y es que la situación que dibuja este estudio en España no es para ser optimista. A pesar de que las enfermedades cardiovasculares afectan en menor proporción a los españoles que a otros europeos (somos, detrás de los franceses los ciudadanos europeos menos castigados por la patología cardiovascular), ésta sigue siendo la primera causa de mortalidad de la población nacional, no deja de ser la primera causa nacional de muerte y de

cobrase cada año 80.000 vidas; además, crece la incidencia de infartos entre los mayores y el ictus alcanza cifras de alarma en las zonas del sur.

El dibujo que esboza este estudio ofrece muchas tonalidades de color, que revelan al dispersión y variedad del riesgo cardiovascular y, sobre todo, la tendencia hacia colores más “graves” dentro del territorio nacional. Comunidades como Extremadura y Andalucía se sitúan a la cabeza de España en cuanto a riesgo cardiovascular, mientras que la Comunidad Valenciana y las islas Canarias y Baleares se aproximan hacia zonas de “peligro”. Los varones son, además, el grupo de población más damnificado: los de regiones como Andalucía, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Baleares y Canarias presentan cifras de fallecimientos equivalentes a las de las naciones consideradas de mayor riesgo, algo que se repite en zonas norteñas, como Asturias y el País Vasco.

Aunque la protección cardiovascular sigue siendo importante en la mayor parte del territorio, y el riesgo de fallecer por un infarto cardiaco o cerebral es bajo en comparación con otras naciones de nuestro entorno, algunas zonas geográficas exhiben tonalidades que hacen dudar de la extendida creencia en la protección mediterránea.

7.- ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

La ECV no sólo sigue siendo la principal causa de muerte en todo el mundo, sino que el aumento de los factores de riesgo y la elevación de la esperanza de vida de los pacientes reforzará aún más el impacto negativo de estas enfermedades en el ser humano los próximos años. De hecho, se espera que en menos de 50 años se duplicará en el mundo el número de personas con un riesgo cardiovascular elevado.

Se calcula que en 2015 morirán cerca de 20 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte durante próximas décadas.

Muchas de estas muertes pueden ser evitarse eficazmente con la instauración de políticas preventivas adecuadas. La enfermedad cardiovascular se ha convertido en un problema de salud pública de primer orden en Europa y, por eso, las medidas a adoptar no sólo proceden ya de los ámbitos sanitarios, sino también políticos, económicos y sociales.

8.- EN BUSCA DE SOLUCIONES... EUROPEAS

Lo cierto es que los países de alto riesgo deberían tomar medidas urgentes y poner en práctica métodos que reduzcan el problema, pues las elevadas tasas de mortalidad de algunos países europeos son inaceptables desde el punto de vista humano y económico. Como reseña la propia OMS, la enfermedad cardiovascular es un problema de salud crítico en toda Europa, que debe ser tomado en serio y que puede ser prevenido eficazmente: la incidencia de las enfermedades cardiovasculares se reduciría a la mitad si se lograra una modesta reducción en la presión arterial, obesidad, niveles de colesterol y tasas de tabaquismo por parte de la población.

En estos momentos hay decenas de iniciativas, proyectos y programas en cada uno de los estados europeos, y también se han ejecutado medidas conjuntas dentro de la UE. Entre esas medidas, destacan, por ejemplo, el *European Heart Health*, el *EuroHeart Project* y la revisión de las “Guías Europeas para la Prevención de la ECV” en la práctica clínica. El reto es conseguir que los estados miembros implementen todas estas recomendaciones, teniendo en cuenta el impacto sanitario, económico y social de la ECV.

Conscientes de este problema de salud, los miembros del Parlamento Europeo votaron el 12 de julio de 2007, con una mayoría aplastante, una resolución para tratar de abordar la enfermedad cardiovascular. Por ello, en octubre del año pasado se creó oficialmente el MEP Heart Group, un grupo que trabaja con la Red Europea Cardiovascular y la Sociedad Europea de Cardiología para reunir e intercambiar información sobre la salud cardiovascular y estimular así iniciativas por toda Europa que fomenten la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

También son significativas, paradigmáticas y loables iniciativas como el *EuroAction* (14), que pone el acento en la importancia de realizar un esfuerzo multidisciplinario para modificar el estilo de vida de los individuos de alto riesgo y tratar sus factores de riesgo. En seis países europeos (Francia, Italia, Polonia, España, Suecia y Reino Unido), el proyecto *EuroAction* ha demostrado que la mejora de las directrices de las *Joint European Societies* en la prevención de ECV a través de equipos de enfermería puede, mediante un tratamiento basado en la familia y la conducta, conseguir la mejora en el estilo de vida y factores relacionados, reduciendo el riesgo de ataques cardiovasculares futuros.

El propósito de proteger la salud, y mejorar la calidad de vida de la población europea reduciendo el impacto de la enfermedad cardiovascular, está reflejado en su totalidad en el tratado de la UE y en los objetivos de la Agenda Europea de Lisboa. Asimismo, se reflejan en este tratado las perspectivas sobre la futura integración de la salud. La Organización Mundial de la Salud, la *European Heart Network*, y la Sociedad Europea de Cardiología, con el respaldo de la Comisión Europea, han puesto promovido la “Carta Europea sobre la Salud del Corazón”, cuyo principal objetivo es reducir la carga, inequidades y desigualdades que las enfermedades cardiovasculares producen en el ámbito nacional, en la Unión Europea y en la Región Europea de la OMS.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- 1) http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/cardiovascular_es.htm
- 2) Organización Mundial de la Salud. Nota informativa, febrero 2007. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 3) *2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006*
- 4) *European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005*
- 5) European cardiovascular disease statistics 2008. *Steven Allender, Peter Scarborough, Viv Peto and Mike Rayner*, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. *Jose Leal, Ramon Luengo-Fernandez and Alastair Gray*, Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford
- 6) *Estadística de la enfermedad cardiovascular europea en 2008*. Bruselas. Red Europea Cardiovascular. Para ver el informe al completo, ir a: <http://www.ehnheart.org>
- 7) Eurostat, Atlas de mortalidad: enfermedades cardiovasculares. Capítulo 8. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-08-02-008/EN/KS-08-02-008-EN.PDF
- 8) Multinational Monitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease. <http://www.ktl.fi/monica/>
- 9) *Kotseva K y col. Cardiovascular Medicine, NHLI, Imperial College London, UK; Department of Public Health, University of Ghent, Belgium.*
- 10) *David A. Wood. EuroHeart Survey on Preventive Cardiology.* <http://resources.escardio.org/Webcast/ESC%2D2008/914/>
- 11) *Ulrich Keil. Euro Herat Survey on Preventive Cardiology.* <http://resources.escardio.org/Webcast/ESC%2D2008/916/>
- 12) *European Heart Journal.* Para ver el informe al completo: http://www.oxfordjournals.org/our_journals/eurheartj/press_releases/freepdf/ehm604.pdf
- 13) Müller-Nordhorn, J e t al.. An update on regional variation in cardiovascular mortality within Europe. *European Heart Journal*, doi:10.1093/eurheartj/ehm604
- 14) *Wood DA, Kotseva K, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, Connolly S, De Bacquer D, De Backer G on behalf of the EuroAction Study Group. EUROACTION: A European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology. A cluster randomised controlled trial of a multi-disciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their families. Summary of design, methodology, and outcomes. European Heart Journal Supplements. December 2004; Volume 6, Supplement J1)*