

EDITORIAL**LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA****Fernando Villar Alvarez, José Ramón Banegas Banegas**

En términos generales, para el estudio de la frecuencia de una enfermedad la mortalidad no es la mejor de las medidas existentes, por cuanto se considera que la incidencia nos aproxima más a la cuantificación de la ocurrencia de la enfermedad ¹. Sin embargo, en el estudio de las enfermedades del aparato circulatorio la mortalidad constituye una muy buena medida de su frecuencia, ya que estas enfermedades tienen una alta letalidad y, por otra parte, no existen datos valorables sobre su incidencia.

Centrándonos en la mortalidad, las enfermedades cardiovasculares tienen una importancia primordial, produciendo ellas solas casi tantas muertes como el resto de enfermedades juntas. En 1986 el 43,8% de todas las defunciones producidas estuvieron causadas por las enfermedades cardiovasculares ². De tal forma que durante ese año fallecieron de promedio 372 personas cada día por estas enfermedades.

Algunos factores de riesgo cardiovascular est n bien establecidos, fundamentalmente el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial ³. Estos tres factores principales, junto con la obesidad, el sedentarismo y algunos factores psicosociales constituyen lo que se denomina factores de riesgo modificables, sobre los que se puede y debe actuar para disminuir la mortalidad cardiovascular.

Cabe hacerse la pregunta de si la mortalidad, debida a las enfermedades cardiovasculares, est  aumentando o disminuyendo en España. La respuesta a esta cuestión debe plantearse desde una triple perspectiva. En primer lugar, si nos fijamos en el número de defunciones por enfermedades del aparato circulatorio, observamos un aumento en relación a las muertes que había hace 15 años ², y esta percepción es la que tiene el médico clínico que, de día en día, observa como se produce un mayor número de consultas, ingresos y defunciones por estas patologías. Sin embargo, en este período se ha producido un incremento en el número de habitantes en España, por lo cual, para corregir este hecho, se pueden emplear las tasas por 100.000 habitantes. Estas tasas brutas no se han modificado de forma apreciable en los últimos años ². Pero en este período no sólo se ha producido un incremento de la población, sino que también se ha dado un envejecimiento de la misma. Teniendo en cuenta que el riesgo de morir por estas enfermedades aumenta con la edad, el cambio en la estructura etaria de la población debe ser controlado a la hora de hacer la comparación entre las tasas. Para ello se utilizan las tasas ajustadas por edad (empleadas para comparar tasas entre grupos con estructuras etarias distintas, o entre distintos períodos de una misma población, la cual ha sufrido modificaciones en su composición por edad, como es el caso que ahora nos ocupa). Las tasas ajustadas

de mortalidad de las enfermedades del aparato circulatorio muestran una disminución en los últimos 15 años ⁴. Otra forma de obviar el problema de la diferente estructura etaria de las poblaciones a comparar, es mediante el uso de tasas de mortalidad específicas por grupo de edad. Estas tasas específicas corroboran la tendencia a la baja de la mortalidad cardiovascular observada en este período ⁴.

Por tanto, el riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio está disminuyendo (fundamentalmente debido al descenso de las enfermedades cerebrovasculares), por lo que si se hubiera mantenido constante el riesgo de muerte cardiovascular del año 1976 hasta 1986, se habrían producido unas sesenta mil muertes más de las que han acaecido durante este período ⁴, es decir, se ha salvado potencialmente este importante número de vidas, presumiblemente gracias a las modificaciones en algunos estilos de vida, a los avances terapéuticos y diagnósticos producidos (que han aumentado la supervivencia y mejorado el pronóstico) y al efecto de otros posibles factores no bien conocidos.

¿Quieren decir estos datos esperanzadores que la batalla está ganada y que podemos bajar la guardia en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares? Claramente la respuesta debe ser no. Primero porque si el riesgo de morir por estas enfermedades está disminuyendo es debido, en cierta medida, a los esfuerzos que se están realizando. Si estos esfuerzos se dejaran de hacer, probablemente la tendencia se invertiría y el riesgo aumentaría nuevamente. En segundo lugar porque el conocimiento existente de la evolución de algunos factores de riesgo cardiovascular en España (como los niveles altos de colesterol en población infantil ⁵ y el aumento de la prevalencia del tabaquismo en mujeres, sobre todo de edades

jóvenes ⁶) puede hacer pensar en un incremento de la mortalidad cardiovascular dentro de unos años, cuando estos factores de riesgo hayan ido produciendo su efecto. En tercer lugar, y en relación con lo anterior, porque la cardiopatía isquémica no muestra una tendencia tan favorable como el resto de las enfermedades cardiovasculares. El patrón de distribución de las distintas rúbricas que se engloban bajo la denominación de enfermedades del aparato circulatorio está cambiando en España, con un creciente aumento del peso de la enfermedad isquémica del corazón que en los varones ya produce casi el mismo número de muertes que la enfermedad cerebrovascular. De esta forma, España se va aproximando al patrón de distribución de las enfermedades cardiovasculares de los países del centro y norte de Europa y de Estados Unidos, en los cuales la enfermedad isquémica del corazón es la rúbrica más importante ⁷, alejándose, por tanto, del patrón de los países mediterráneos.

Tampoco hay que olvidar que se trata de la primera causa de muerte en España, que la población está aumentando y que, al mismo tiempo, está envejeciendo, con lo cual cada vez van a morir más personas por enfermedades cardiovasculares, a pesar de que el riesgo de morir esté disminuyendo. Por tanto, los esfuerzos a desarrollar deben estar acordes con la magnitud del problema.

Tanto por la importancia de estas patologías, como por el razonable conocimiento que existe sobre sus factores de riesgo y por el hecho de que éstos son modificables, se deben desarrollar acciones dirigidas a la prevención y control de las enfermedades del aparato circulatorio. La estrategia de prevención incluye medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria abarca la lucha contra los factores de riesgo de la enfermedad en la comunidad, mediante la modificación de los estilos de

vida y las características ambientales desfavorables, así como sus determinantes sociales y económicos (estrategia de población) y la identificación y el manejo de los factores de riesgo en los sujetos que están especialmente expuestos (estrategia de alto riesgo). La prevención secundaria aborda la identificación de las personas en las primeras fases de la enfermedad y su correcto tratamiento a fin de aumentar la supervivencia con la mejor calidad de vida posible ^{8,9}.

Para discutir críticamente y consensuar prácticas racionales y homogéneas de actuación, frente a dos de los principales factores de riesgo cardiovascular, se han celebrado sendas Conferencias de Consenso para el Control de la Colesterolemia y la Hipertensión Arterial en España ^{10,11}. Las recomendaciones, emanadas de estas conferencias, tienen un gran valor para orientar los planes y programas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares que formula, elabora y desarrolla la Administración sanitaria ¹².

Finalmente, cabe destacar que las enfermedades cardiovasculares comparten factores de riesgo (fundamentalmente el tabaquismo) con algunos tumores malignos, que constituyen la segunda causa de muerte (en 1986 ocasionaron el 22% de todas las muertes ²). De esta forma, actuando contra estos factores de riesgo, no solo se va a obtener una reducción del número de muertes cardiovasculares, sino también de las producidas, entre otras, por los tumores malignos, con lo cual se va a incrementar la eficacia de las medidas adoptadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown, 1986.
2. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población Española*. Tomo III. Años 1968-1986. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
3. Balaguer Vintró I. *Cardiología Preventiva*. Barcelona: Doyma, 1990.
4. Banegas Banegas JR, Villar Alvarez F, Martín Moreno JM, Rodríguez Artalejo F, González Enriquez J. Relevancia de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en España. *Rev Clin Esp*. En prensa.
5. Moreiras O, Carbajal A, Perea I. Evolución de los hábitos alimentarios en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
6. Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 585-588.
7. Uemura K, Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Stat Q* 1988; 41: 155-178.
8. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de la cardiopatía coronaria*. Serie Informes Técnicos 678. Ginebra: OMS, 1982.
9. Organización Mundial de la Salud. *Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*. Serie Informes Técnicos 732. Ginebra: OMS, 1986.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Consenso para el control de la Colesterolemia en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
12. Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR. Las conferencias de consenso en España y su aplicación práctica. *Atenc Prim* 1991; 8: 273-274.