

## EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

La enfermedad coronaria permanece la primera causa de mortalidad en los países desarrollados<sup>1,2</sup>. Aunque la tasa de mortalidad asociada a la enfermedad coronaria varía de un país al otro<sup>2,3</sup>, esta enfermedad, desgraciadamente, continuará siendo la primera causa de mortalidad en todo el mundo de aquí al año 2030, especialmente, en los países desarrollados y la tercera causa en los países en vías de desarrollo<sup>4,5</sup>.

En España, las enfermedades cardiovasculares y sus dos principales componentes, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular, constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población. Además, la enfermedad coronaria, principalmente, el infarto agudo de miocardio, angina de pecho, se mantiene como primera causa de muerte, con 38.788 defunciones al año<sup>6</sup>. Marrugat y colaboradores<sup>7</sup> consideran que, del 1997 al 2005, el número de casos de infarto del miocardio habrá aumentado anualmente un 2,28% (o un total de 9.847 casos) y el número de hospitalizaciones tras un episodio coronario, de 1,41% (o 8.817 casos). En 2002, el número de pacientes víctimas de un infarto del miocardio ascendía a 68.500; un 66% de ellos se habían hospitalizado, los otros muriendo antes de haber sido hospitalizados. Más de la mitad de estos pacientes tenían 75 años o más. Por otro lado, estas enfermedades toman cada vez más importancia ya que las enfermedades coronarias aumentarían poco a poco, a medida que se manifiesten dos fenómenos: el envejecimiento de la población como resultado del aumento de la esperanza de vida y la coexistencia de los factores de riesgo<sup>7,8</sup>.

Entre 1995 y 1996, Lopez-Bescós y colaboradores<sup>9</sup> realizaron un estudio epidemiológico que revela que un 34,6% de los 10.000 pacientes cardíacos interrogados eran fumadores lo que es sensiblemente más elevado que los 31% observado en la población en general, 31,1% eran hipertensos, 24,2% sufrían de hiperlipemia y un 14,3% de diabetes. En fin, el control de la enfermedad y la prevención exigen un buen conocimiento de los factores de riesgo<sup>10</sup> como el sedentarismo, la alimentación poco sana y el tabaquismo, factores responsables de 75 % de los casos de la enfermedad cardíaca<sup>11</sup>.

## PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria de la enfermedad coronaria pretende conseguir una disminución de las recidivas cardíacas, una mejora en la gestión de los tratamientos

y los factores de riesgo<sup>1,12,13</sup>. A este respecto, el estudio de Hunink y colaboradores<sup>14</sup> revela una reducción del 3,4% de la tasa de mortalidad por año en los Estados Unidos entre el 1980 al 1990, siendo el 57 % atribuible a las medidas de prevención primaria y secundaria y el 43%, a la mejora de los tratamientos. A este hecho, la lucha contra la enfermedad se sitúa, pues no sólo en el tratamiento, sino también en la prevención<sup>15</sup>. En efecto, más allá de la eficacia del tratamiento urgente, de la angioplastia o la cirugía, la prevención debería combatir y controlar los factores de riesgo de la enfermedad coronaria.

A pesar de la evidencia sobre los beneficios en un cambio de hábitos, el abandono de las prácticas nocivas para la salud resulta difícil<sup>15</sup>. A este respecto un gran número de especialistas elaboró programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca que incluían estrategias para combatir los factores de riesgo así como directivas para los profesionales de la salud con el fin de ayudar al paciente a adoptar nuevos comportamientos<sup>1,13</sup>.

Los programas de prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca pretenden, según Plaza<sup>12</sup>, controlar los factores de riesgo, el entrenamiento físico programado, el tratamiento psicológico y por último, el estudio de familiares de primer grado de pacientes con alto riesgo de cardiopatía isquémica (CI). Además, los programas, también pretenden mejorar la capacidad funcional cardíaca del enfermo para permitirle recobrar su estima de sí mismo frente a sus familiares, a sus colegas de trabajo y a sus allegados en general. La agrupación de todas estas medidas tienden a disminuir la tasa de mortalidad, de morbilidad y de las complicaciones de la enfermedad coronaria<sup>12,13</sup>.

Aunque de manera general, las investigaciones efectuadas en el ámbito de la prevención secundaria y la rehabilitación cardíaca hayan demostrado las ventajas de la terapia, solamente del 2% al 4% de los pacientes afectados por una enfermedad coronaria participan en un programa de rehabilitación en España<sup>16,12</sup>, contrariamente a otros países occidentales donde la participación en tales programas alcanza un 36%. Es posible que este escaso tipo de participación se deba a la edad, a la complejidad de su enfermedad o a los múltiples factores de riesgo a los cuales se enfrentaban<sup>15</sup>.

En definitiva, el éxito de estos programas preventivos dependerá de la implicación de los profesionales de la salud, los enfermos y de su familia. Nos parece importante considerar la prevención secundaria y la rehabilitación cardíaca como un todo, cuyo fin es controlar los factores de riesgo tales como los lípidos, la hipertensión arterial, la alimentación inadecuada, la diabetes, la obesidad, el tabaquismo y el exceso de alcohol, sin dejar de lado, el ejercicio físico y los factores psicológicos y sociales que influyen en el enfermo y su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamín, E.J.; Smith, S.C.; Cooper, R.S.; Hill, M.N.; Luepker, R.V.; Task Force#1-Magnitude of the prevention problem: opportunities and challenges. *J Am Coll Cardiol.* 2002; 40: 588-640.
2. Murray, C.; Lopez, A.; Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. *J Lancet.* 1997; 349: 1269-1276.
3. Tunstall-Pedoe, H.; Kuulasmaa, K.; Mähönen, M.; Tolonen, H.; Ruokokoski, E.; Amouyel, P.; *et al.* Contribution of trends in survival and coronar y-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *J Lancet.* 1999;353:1547-1557.
4. World Health Statistics 2008. En: Future Trends in global mortality: major shifts in cause of death patterns (pp.29-31). World Health Organization.
5. Murray, C.; Lopez, A.; Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *J Lancet.* 1997; 349:1498-1504.
6. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003). Defunciones según la causa de muerte 2001. Notas de prensa.
7. Marrugat, J.; Elosua, R.; Mati, 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: 337-346.
8. Marrugat, J.; Medrano, M.J.; Tresserras, R.; La cardiopatía isquémica como causa principal de muerte en España: Realidad epidemiológica, necesidades asistenciales y de investigación. *Clin Investig Arterioscler.* 2001; 13: 262-270.
9. López-Bescós, L.; Cosín, J.; Elosua, R.; Cabadés, A.; Reyes, M.; Arós, F.; *et al.* Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. *Rev Esp Cardiol.* 1999; 52:1045-1056.
10. Magnus, P.; Beaglehole, R.; The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics. *Arch Intern Med.* 2001;161:2657-60.
11. Murray, C.; Lopez, A.; Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Gobar Bureden of Disease Study. *J Lancet.* 1997; 349:1436-1442.
12. Plaza, I.; Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56: 757-760.
13. Velasco, J.A.; Cosin, J.; Maroto, J.M.; Muñoz, J.; Casanovas, J.A.; Plaza, I.; *et al.* Guías de práctica clínica de la sociedad española de cardiología en prevención secundaria cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53:1095-1120.
14. Hunink, G.M.; Goldman, L.; Tosteson, A.; Mittleman, M.A.; Goldman, P.A.; Williams, L.; *et al.* The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. *Jama.* 1997;227:535-542.
15. Gulanick, M.; Bliley, A.; Perino, B.; Keough, V.; Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. *Heart Lung.* 1998;27:253-262.
16. Espinosa, S.; Bravo, J.C.; Gómez-Doblas, J.J.; Collantes, R.; González, B.; Martínez, M.; *et al.* Rehabilitación cardiaca post-infarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57: 53-58.