

Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España: importancia de la dislipidemia

José R. Banegas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

Nefrología Sup Ext 2013;4(4):4-8

doi: 10.3265/NefrologíaSuplementoExtraordinario.pre2013.Nov.12337

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal es el tratamiento de elección en la enfermedad renal terminal. El riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y morir por esta causa, sobre todo en el primer año tras un trasplante renal, es alto. Los factores de riesgo cardiovascular lo son también en pacientes con trasplante renal. Además, la modificación de los factores de riesgo cardiovascular en la población general es probablemente también eficaz en pacientes postrasplante renal.

En esta primera parte del artículo comentamos las evidencias sobre la magnitud de las enfermedades cardiovasculares en España, y las evidencias sobre la magnitud y el manejo de la dislipemia en España, con una especial referencia a la enfermedad renal crónica y postrasplante renal.

EVIDENCIAS SOBRE LA MAGNITUD DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA

Las enfermedades cardiovasculares en España, al igual que en el resto de los países occidentales, constituyen la primera causa de muerte en el conjunto de la población. En 2009, causaron 120 057 muertes [329 muertes cada

día] (54 815 en varones y 65 242 en mujeres), lo que supone el 31 % de todas las defunciones (28 % en varones y 35 % en mujeres)¹.

Las tres principales enfermedades cardiovasculares son la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca, que en conjunto producen el 75 % de toda la mortalidad cardiovascular.

Desde el año 1996, en España la enfermedad isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (30 % en total, un 37 % en varones y un 23 % en mujeres). Este predominio de la enfermedad isquémica del corazón sobre la cerebrovascular se debe al mayor descenso relativo de la mortalidad cerebrovascular respecto de la mortalidad coronaria, invirtiéndose así el llamado patrón mediterráneo de mortalidad cardiovascular, en el que predominaba el ictus. En los varones, este fenómeno se produjo casi diez años antes, en 1987. Por el contrario, en las mujeres todavía predomina la enfermedad cerebrovascular sobre la coronariopatía. De toda la enfermedad isquémica del corazón, la rúbrica infarto agudo de miocardio es la más frecuente, con un 55 % (56 % en los varones y 53 % en las mujeres). El segundo lugar lo ocupa la enfermedad cerebrovascular, que representa el 26 % de toda la mortalidad cardiovascular. Este porcentaje es mayor en las mujeres (28 %) que en los varones (24 %). La tercera enfermedad cardiovascular importante como causa de muerte es la insuficiencia cardíaca, que ocasiona el 15 % de la mortalidad cardiovascular total (11 % en varones y 18 % en mujeres). La mortalidad registrada por insuficiencia cardíaca

Correspondencia: José R. Banegas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
joseramon.banegas@uam.es

puede subestimar el verdadero impacto de esta causa de muerte, por cuanto es la vía final común de muchas enfermedades que afectan al corazón.

En el contexto internacional, las tasas de mortalidad ajustadas por edad de España para el total de las enfermedades cardiovasculares, y para la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, son relativamente más bajas que las de otros países occidentales². España presenta un patrón de muerte coronaria semejante al de otros países mediterráneos, claramente inferior al de los países del centro y norte de Europa y Norteamérica. Las razones no son bien conocidas y se ha apuntado recientemente que los países del sur de Europa, como España, pueden tener placas de ateroma en las arterias coronarias más estables que las de los países del norte de Europa y Norteamérica, y así ser menos proclives a romperse y causar infarto de miocardio³.

El riesgo de morir por las enfermedades cardiovasculares está disminuyendo en España desde mediados de los años setenta, sobre todo debido al descenso de la mortalidad cerebrovascular. Sin embargo, y debido fundamentalmente al envejecimiento de la población, el número de muertes por coronariopatía se ha incrementado⁴. Por ello, el impacto demográfico, sanitario y social de estas enfermedades probablemente aumentará a lo largo de las próximas décadas.

Según los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en el año 2009 las enfermedades cardiovasculares originaron más de 600 000 altas hospitalarias (339 589 en los varones y 271 538 en las mujeres), con una tasa de morbilidad hospitalaria de 1331 por 100 000 habitantes (1498 en los varones y 1167 en las mujeres)¹, causando cerca de cinco millones de estancias hospitalarias. La tendencia temporal de las tasas de morbilidad hospitalaria de las enfermedades cardiovasculares ha sido de un constante aumento hasta el año 2003, observándose un leve descenso a partir de ese año. En España, se pueden obtener también datos poblacionales sobre incidencia de la cardiopatía isquémica del proyecto MONICA-Cataluña y del estudio IBÉRICA. A partir de estos datos se observa que la incidencia del infarto agu-

do de miocardio, al igual que ocurre con la mortalidad, es más baja que en otros países occidentales⁵.

EVIDENCIAS SOBRE LA MAGNITUD Y EL MANEJO DE LA DISLIPEMIA EN ESPAÑA

La prevalencia de la dislipemia, como la de otros importantes factores de riesgo cardiovascular, al igual que en el resto de los países occidentales, es alta en España. El Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA), estudio transversal representativo de la población española de 18 y más años de edad, realizado de 2008 a 2010, ha obtenido una prevalencia de colesterol plasmático > 200 mg/dl del 50 % (48 % en varones y 52 % en mujeres) y un 45 % tenía el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) elevado (≥ 130 mg/dl o tratamiento farmacológico), sin diferencias importantes entre sexos⁶. Además, un 25 % de los varones presentaba colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) < 40 mg/dl y el 26 % de las mujeres colesterol-HDL < 50 mg/dl. Asimismo, el 23 % de los varones y el 12 % de las mujeres tenía triglicéridos ≥ 150 mg/dl. La frecuencia de dislipemia aumentó hasta los 65 años, excepto la de colesterol-HDL bajo, que no varió con la edad.

Entre los que tenían el colesterol-LDL elevado, el 54 % lo sabían; de ellos, el 44 % estaba tratado con hipolipemiantes (24 % de todos los hipercolesterolémicos), y de estos últimos el 56 % estaba controlado (13 % de todos los hipercolesterolémicos) (figura 1). El control del colesterol-LDL elevado aumenta con la edad; sin embargo, es menos frecuente en los diabéticos y en las personas con enfermedad cardiovascular. Por todo ello, aproximadamente la mitad de los españoles tiene colesterolemia elevada; además, el control del colesterol es bajo, en especial en aquellos con mayor riesgo cardiovascular, como las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular.

Al igual que lo que ocurre dentro de España, se aprecian importantes diferencias de los niveles altos de colesterolemia entre países. Por ejemplo, las prevalencias de valores elevados de colesterol sérico en España (proyecto MONICA-Cataluña) son algo más altas que en algunas regiones de Estados Unidos, aunque la incidencia y la mor-

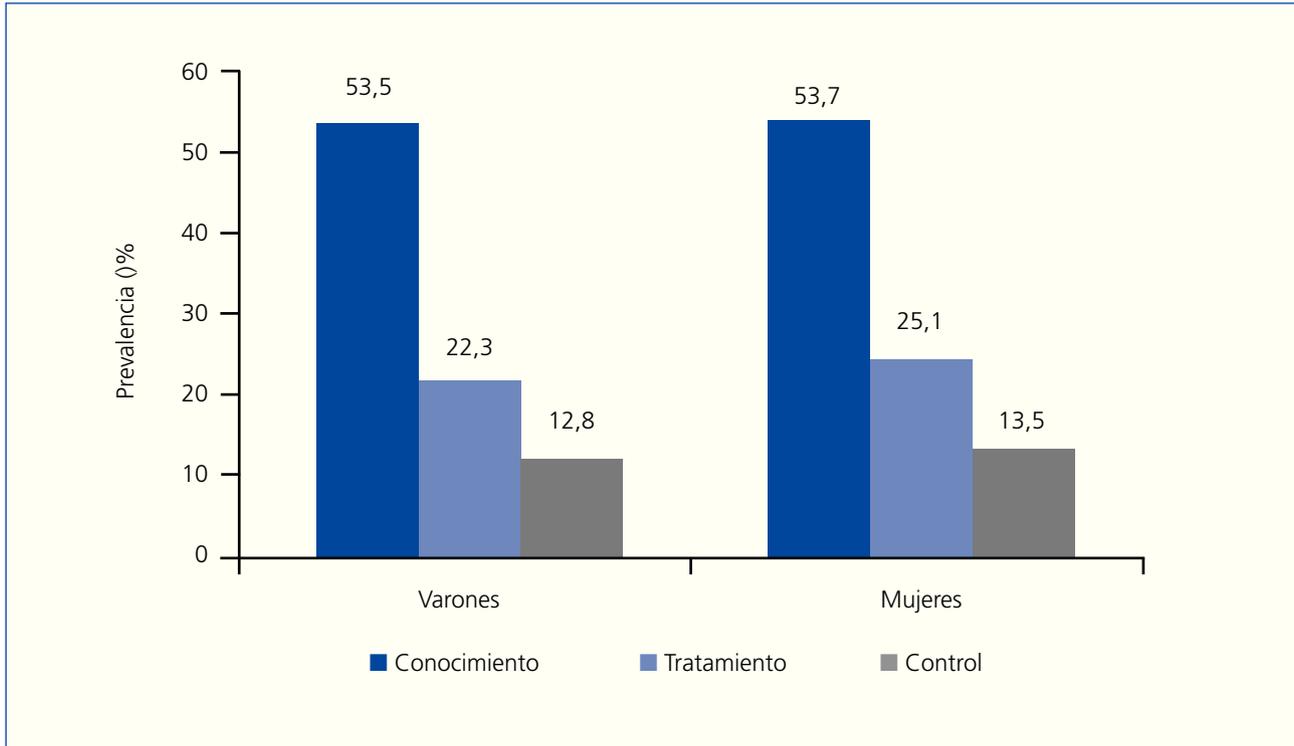


Figura 1. Conocimiento, tratamiento farmacológico y control de la hipercolesterolemia en la población española de 18 y más años en 2008-2010.

Control de la colesterolemia: colesterol LDL < 130 mg/dl (< 100 mg/dl en diabéticos o con enfermedad cardiovascular). Los porcentajes se han calculado sobre todos los sujetos con colesterol LDL alto (≥ 130 mg/dl o en tratamiento con fármacos hipolipemiantes).

Fuente: adaptado de la referencia 6.

talidad por enfermedad isquémica del corazón siguen siendo más bajas en España⁴. Esta «paradoja» podría deberse a un mejor perfil lipídico (menor índice de colesterol total/colesterol-HDL), quizá por la influencia de la dieta mediterránea u otros factores protectores no bien conocidos. De todos modos, la epidemia de sobrepeso y sedentarismo en tiempo libre, así como el deterioro de ciertos hábitos dietéticos saludables que viene ocurriendo en nuestro país en las últimas décadas, no vaticina que esta relativamente buena situación cardiovascular de España en el contexto internacional se mantenga.

En cuanto a las razones del escaso control de la dislipemia, hay que considerar que el colesterol elevado, como la hipertensión arterial, no duele. Ello dificulta el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes y favorece la denominada inercia clínica. Entre los factores asociados al mal control de la dislipemia figuran la sobrestima-

ción del control real de los pacientes por parte de los médicos, la inercia clínica terapéutica (conducta terapéutica más conservadora ante pacientes realmente mal controlados), el incumplimiento terapéutico de los pacientes, la diabetes, el tabaquismo, la escasa actividad física y la presencia de enfermedades cardiovasculares o nefropatía^{7,8}.

En cuando a la conducta terapéutica del médico, en el estudio asistencial LIPICAP se observó que dos terceras partes de los médicos (66 %) mantienen el mismo tratamiento farmacológico en la visita y la causa que más frecuentemente aducen para conservarlo es el, en su opinión, control adecuado de la dislipemia (el 68 % en los casos de buen control del colesterol-LDL y el 54 % en los de mal control)⁸. Además, los médicos de Atención Primaria suelen sobrestimar el control de la dislipemia y tienden a mantener cierta «inercia terapéutica» que ya se ha encontrado en otros estudios. Se ha observado que, cuando el

Tabla 1. Magnitud y control de la dislipemia en postrasplante renal

Estudio (autor)	n	Edad en trasplante renal	Ámbito	Período	Prevalencia de hipercolesterolemia	Tratamiento	Control (LDL < 100)
Arjona, et al.	356		Pre-T	2005-2009	57 %		
Díaz, et al.	250	48	Pos-TR	1980-2004 (seg. 8 años)	> 70 %	Estatinas (24-40 %)	(19-27 %)
Fernández, et al.	526	53	Pos-TR	9,6 años	70 % (c-LDL)	50 %	49 %
Marcén, et al.	2160		Pos-TR			Estatinas 50%	Siguen Guías en población general: 40 %

c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; TR: trasplante renal.

Fuente: adaptado de las referencias 9-12.

médico modifica el tratamiento, el motivo más frecuente es la falta de eficacia (68 %) ^{7,8}. Además, se dispone de evidencia de que muchos pacientes tratados no alcanzan los objetivos lipídicos recomendados por las guías de práctica clínica como resultado del uso de dosis insuficientes de estatinas o uso inadecuado de las menos eficaces o potentes; pero no hay que olvidar la importancia de actuar sobre otros factores de riesgo como el tabaquismo.

Finalmente, cabe reseñar que en España los estudios disponibles realizados en pacientes con trasplante renal estiman una prevalencia de hipercolesterolemia del 60-70 % ⁹⁻¹², superior a la encontrada en la población general ⁶. El grado de tratamiento con hipolipemiantes es muy variable según los diversos estudios (25-50 %) y el de control (LDL < 100 mg/dl) fue también muy variable (20-50 %) (tabla 1), en todo caso una proporción de logro de objetivos terapéuticos más baja que en la población general ⁶.

Así pues, hay todavía un amplio potencial de mejora en el manejo de la dislipemia en todos los pacientes, siendo especialmente importante en los enfermos de alto riesgo, como los pacientes renales trasplantados, tal como repetidamente señalan las guías de práctica clínica ¹³.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. INEbase. Available at: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
2. World Health Organization. WHO Global Infobase. Available at: <https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx>
3. Dégano IR, Elosua R, Kaski JC, Fernández-Bergés DJ, Grau M, Marrugat J. Plaque stability and the southern European paradox. *Rev Esp Cardiol* 2013;66:56-62.
4. Villar F, Banegas JR, Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2007.
5. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, et al. 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.
6. Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitude and management of hypercholesterolemia in the adult population of Spain, 2008-2010: The ENRICA study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2012;65:551-8.
7. Banegas JR, Serrano P, Luengo E, Vegazo O, Mantilla T, Civeira F. Dyslipidemia in outpatients' clinics: the gap between control perceived by physicians and objective control patterns. *Atherosclerosis* 2006;180:420-4.
8. Rodríguez-Roca G, Llisterri JL, Barrios V, Alonso J, Banegas JR, Lou S, et al. Grado de control de la dislipemia en los

- pacientes españoles asistidos en atención primaria. Estudio LIPICAP. Clin Invest Arterioscl 2006;18:226-38.
9. Arjona Barrionuevo JD, Gonzáles Vargas-Machuca MF, Gómez Pulido F, Gil Sacaluga L, Gentil Govantes MA, Martínez-Martínez A. Prevalence of cardiovascular disease in kidney transplant candidates: outpatient cardiac evaluation. Transplant Proc 2010;42:3126-7.
 10. Díaz JM, Gich I, Bonfill X, Solà R, Guirado L, Facundo C, et al. Prevalence evolution and impact of cardiovascular risk factors on allograft and renal transplant patient survival. Transplant Proc 2009;41:2151-5.
 11. Fernández-Fresnedo G, Gómez-Alamillo C, Ruiz JC, de Francisco AL, Arias M. Chronic renal disease in renal transplant patients: management of cardiovascular risk factors. Transplant Proc 2009;41:1637-8.
 12. Marcén R, del Castillo D, Capdevila L, Fernández-Fresnedo G, Rodrigo E, Cantarell C, et al. Achieving chronic kidney disease treatment targets in renal transplant recipients: results from a cross-sectional study in Spain. Transplantation 2009;87:1340-6.
 13. Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011;32:1769-818.