

# La enfermedad coronaria en el sur de Europa

por **Jaume Marrugat**

*Conferencia pronunciada  
el 13 de diciembre de 2005*

Forum Deusto



## La enfermedad coronaria en el sur de Europa

Jaume Marrugat\*

Las enfermedades cardiovasculares no representan un problema de salud pública perceptible si la esperanza de vida de un país no alcanza los 55 años. En la población de países cuya esperanza de vida no ha dejado de crecer en los últimos 100 años como la española, estas enfermedades representan un problema creciente. Desde los años setenta la mortalidad por cardiopatía isquémica (infarto de miocardio) ha ido disminuyendo, pero la incidencia no sólo no se reduce sino que se ha estabilizado y muestra cierta tendencia a aumentar en el futuro.

Sin embargo, no todos los países presentan las mismas tasas de incidencia y mortalidad por estas enfermedades. En particular, el infarto de miocardio afecta a dos de cada mil hombres españoles de 25 a 74 años de edad y al 3 de cada diez mil mujeres cada año. Las tasas son 7 veces mayores en hombres y 17 veces en mujeres de 75 a 84 años. Sin embargo, las cifras en otros países industrializados pueden encontrarse hasta 5 veces por encima de las nuestras en la población de 35 a 64 años.

En las dos últimas décadas se han obtenido informaciones sorprendentes en España: a pesar de sus bajas tasas de incidencia de infarto de miocardio la proporción de la población que presenta factores de riesgo cardiovascular (consumo de tabaco, colesterol elevado, hipertensión y diabetes) es muy elevada. Lo más desconcertante es que existen pruebas de que esto ha sido así desde hace más de 30 años. Países como Estados Unidos, con tasas de inciden-

---

\* Jefe de la Unidad de Lípidos y Epidemiología Cardiovascular, Institut Municipal d'Investigació Mèdica de Barcelona.

cia de infarto que al menos doblan las de España, tienen una media de colesterol total o de tensión arterial similar e incluso mejor que la nuestra.

Hemos descubierto recientemente que las ecuaciones que se construyeron en aquel país para estimar el riesgo a 10 años de desarrollar angina de pecho o infarto de miocardio en función de los factores de riesgo de un paciente, sobrestiman en más de dos veces el riesgo real en España. Para compensar este grave problema se han calibrado estas funciones para que predigan correctamente el riesgo en España. De este modo, a un paciente que antes se le asignaba una probabilidad del 20% de padecer un problema coronario, una vez corregida la ecuación, resulta que lo tiene inferior al 10%.

El hecho de que la mortalidad decline mientras que la incidencia se mantiene estable o tiende a aumentar ligeramente puede indicar que el sistema asistencial está proporcionando una buena reacción a los pacientes que presentan la enfermedad aguda evitando que mueran; pero si el número de casos no baja es porque la prevención primaria podría estar fallando.

Estos conocimientos han llevado a hablar de la paradoja del sur de Europa, que incluye, como mínimo, a España y Francia, para definir aquellos países con una incidencia baja y una elevada prevalencia de factores de riesgo. Un estudio de necropsias en menores de 35 años fallecidos de accidente han revelado que las placas arterioscleróticas de los pacientes españoles podrían ser más estables que, por ejemplo, en Estados Unidos donde también se ha analizado en el estudio Bogalusa. Este dato en relación con la incidencia de infarto de miocardio más baja, pero con una prevalencia poblacional de angina estable similar a la de otros países anglosajones que observamos en nuestro entorno, nos lleva a pensar que nuestra población podría tener un número similar de placas arterioscleróticas a lo largo de la vida y con un desarrollo parecido al de cualquier otro país, pero más estables. Esto explicaría por qué hay menos acontecimientos coronarios agudos y más expresiones de angina estable. Esta hipótesis es difícil de probar, pero en los próximos años la estructura de redes de investigación temática y el CNIC podrían contribuir a desentrañar esta compleja cuestión.

La estabilidad del ateroma de las placas se centra en dos puntos clave: el estilo de vida y la calidad de los lípidos. Hemos demostrado en ensayos clínicos, es que hay elementos en nuestra dieta mediterránea,

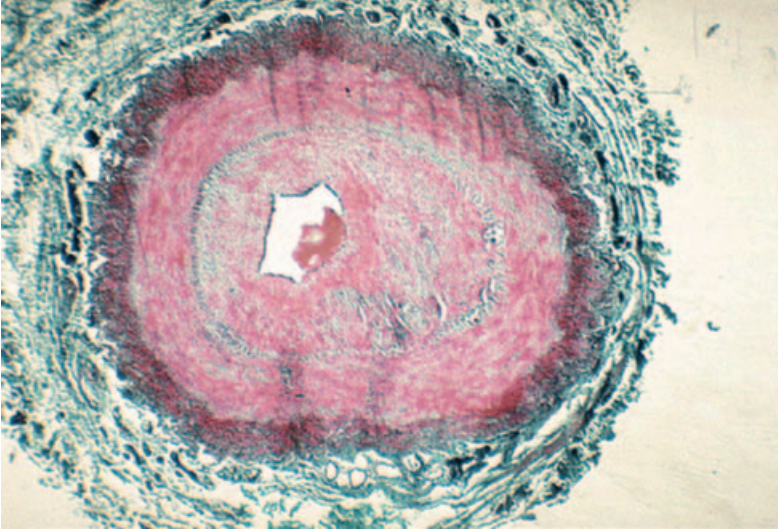
como los polifenoles que se encuentran en el aceite de oliva, que son capaces de proteger a las partículas de LDL (el colesterol «malo») de la oxidación. El colesterol LDL necesita estar oxidado para formar e inestabilizar las placas que se desarrollan sean más estables al no estar tan oxidadas las LDL en nuestra zona.

Sumado a la protección que suponen frente a la oxidación dentro del espacio subendotelial (en la propia arteria) es importante hablar de las cualidades del HDL, ya que el HDL (el colesterol «bueno»), que contiene importantes enzimas antioxidantes que actúan en el espacio subendotelial, podría ser mayor, y por lo tanto a igualdad de cantidad circulante podría tener efectos más beneficiosos.

En cualquier caso se hace necesario adaptar las guías de prevención primaria de la cardiopatía isquémica a nuestras características. En esta línea, los investigadores del grupo REGICOR han adaptado las funciones de riesgo cardiovascular de Framingham. Para ello, han sustituido la prevalencia de factores de riesgo y la tasa de acontecimientos en Framingham por los datos de nuestro medio. Esta adaptación, recientemente validada en el estudio VERIFICA, ha dado lugar a las tablas REGICOR, que estiman sin sesgos el riesgo auténtico de sufrir un acontecimiento coronario a 10 años.

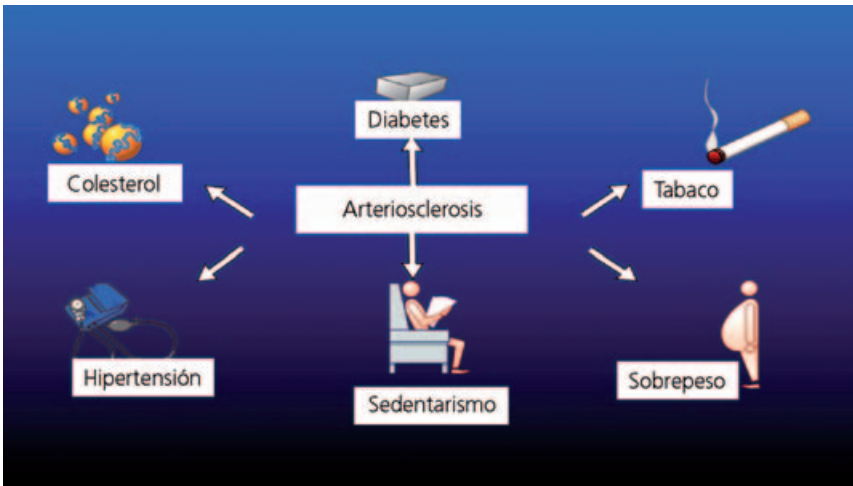
Para considerar el tratamiento de la hipercolesterolemia en función del riesgo obtenido, se sugiere atender a la historia familiar y a otros factores no incluidos en las funciones como la obesidad, el tipo de dieta y el sedentarismo, cuando el riesgo se encuentre entre el 10 y el 20% de cardiopatía isquémica a 10 años.

Más allá del 20% de riesgo ya no hay duda de que hay que instaurar tratamiento. Varias comunidades autónomas, entre ellas Cataluña ya recomiendan su aplicación a los médicos del sistema sanitario público y cuando el riesgo supera el diez por ciento en las tablas adaptadas, considerar el tratamiento farmacológico.



**Figura 1**

Una típica placa de ateroma complicada con una trombosis



**Figura 2**

La arteriosclerosis, una enfermedad multifactorial que puede prevenirse