



AVANCES EN MEDICINA

Riesgo cardiovascular e ingresos

Cardiovascular risk and income

C. Escobar^{a,*}, J.A. Divisón^b y M. Seguí Díaz^c

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, UBS Es Castell, Menorca, España



Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al.; PURE Investigators. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med*. 2014;371:818-27.

Resumen

Introducción: Desde mediados de los años 70 se ha observado un descenso marcado de la mortalidad por causa cardiovascular en muchos países de altos ingresos, principalmente debido a un mejor control de los factores de riesgo y de la enfermedad cardiovascular. En cambio, la incidencia de la enfermedad cardiovascular ha aumentado en los países con ingresos bajos o intermedios durante este tiempo, de tal forma que se estima que más del 80% de las muertes de causa cardiovascular ocurren en países con ingresos bajos o intermedios. Con el objetivo de conocer la situación actual, se realizó el presente estudio.

Métodos: se incluyeron un total de 156.424 sujetos de 17 países: 3 países con altos ingresos (Canadá, Suecia, Emiratos Árabes Unidos), 10 con ingresos intermedios (Argentina, Brasil, Chile, China, Colombia, Irán, Malasia, Polonia, Sudáfrica y Turquía) y 4 con bajos ingresos (Bangladés, India, Pakistán y Zimbabue). El riesgo cardiovascular se determinó

mediante la escala de riesgo INTERHEART (mayor puntuación = mayor riesgo). El seguimiento medio fue de 4,1 años.

Resultados: La puntuación media de la escala INTERHEART fue mayor en los países de altos ingresos (12,89), en comparación con los de ingresos intermedios (10,47), y bajos (8,28; $p < 0,001$). El uso de antiagregantes, beta-bloqueantes, inhibidores del sistema renina-angiotensina, y estatinas fue mayor en los países con altos ingresos y menor en los de ingresos más bajos. Lo mismo se observó con la frecuencia de revascularización (quirúrgica o percutánea).

En cambio, los eventos cardiovasculares mayores (muerte por causa cardiovascular, infarto de miocardio, ictus o insuficiencia cardíaca) fueron menores en los países con altos ingresos (3,99 eventos por 1.000 personas/año), frente a los de ingresos intermedios (5,38 eventos por 1.000 personas/año) y a los de bajos ingresos (6,43 eventos por 1.000 personas/año; $p < 0,001$). La misma tendencia se observó con las tasas de mortalidad.

Conclusiones: Aunque la carga de riesgo es menor en los países con menores ingresos, el riesgo de eventos cardiovasculares y muerte son mayores en estos países. Esto se debe probablemente a un mejor control de los factores de riesgo, y a un mejor uso de las terapias farmacológicas y de revascularización de los países con altos ingresos.

Comentario

Las conclusiones del estudio de Yusuf et al. son muy claras. A pesar de que los factores de riesgo son más frecuentes en los países de mayores de ingresos, la mortalidad y el riesgo de eventos cardiovasculares son menores debido a un mejor

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: escobar.cervantes.carlos@hotmail.com (C. Escobar).

control de los factores de riesgo y a un mejor/mayor uso de los tratamientos farmacológicos que han demostrado ser beneficiosos en este contexto¹.

En un estudio relativamente reciente realizado en España, ya se había observado una reducción de la mortalidad por cardiopatía isquémica en los últimos años, debido principalmente tanto al mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, como al mayor uso de los tratamientos cardiológicos específicos, lo que de alguna manera está en la línea del estudio de Yusuf et al.².

Desafortunadamente, en los últimos años España está inmersa en una crisis económica muy importante. Trabajos recientes realizados tanto en Grecia como en Islandia han mostrado los efectos negativos que tiene la crisis sobre el aumento de los eventos cardíacos^{3,4}.

La crisis económica ha traído consigo una disminución de la renta *per cápita*, un aumento de los índices de pobreza y de la precariedad laboral, junto con una disminución del gasto sanitario, lo que ha llevado a un menor uso de los servicios preventivos y a un retraso en la incorporación de los nuevos tratamientos más eficaces, entre otros. Solo era cuestión de tiempo. La consecuencia ha sido tan clara como devastadora: la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España aumentó en el año 2012, tras 20 años de descensos consecutivos.

Como consecuencia de la disminución de los ingresos, los presupuestos en sanidad han tenido que ajustarse. Las diferentes Sociedades Científicas han estado advirtiendo de que los recortes en materia sanitaria, sobre todo si se hacían de manera poco lógica y sin tener en cuenta a los profesionales sanitarios iban a tener repercusiones muy negativas en términos de salud. Desafortunadamente, en ocasiones esto ha sido así, y ha primado la visión cortoplacista. Para poder optimizar los recursos sanitarios al máximo es necesario contar con los profesionales sanitarios, que son los que mejor conocen la situación.

Dicho esto, también es importante destacar que no solo es imprescindible que el gestor deba tener en cuenta y colaborar con el profesional sanitario para optimizar al máximo la gestión, sino que también todos los profesionales sanitarios deberíamos ser conscientes de lo importante que es la gestión en nuestro quehacer diario, y que la optimización de los recursos comienza en la consulta de cada uno.

Igualmente, el paciente es y debe ser parte fundamental en todo este proceso. Aunque para el control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular es imprescindible un tratamiento adecuado, no lo es menos la actitud del paciente (adherencia al tratamiento, dieta, ejercicio físico, acudir a las citas programadas, etc.).

Aunque en esta crisis se hayan hecho cosas mal, la realidad es que todavía estamos inmersos en ella, y debemos colaborar todos para hacer sostenible nuestra Sanidad. En caso contrario, en los próximos años los datos del Instituto Nacional de Estadística nos volverán a poner en nuestro sitio.

Bibliografía

1. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al., PURE Investigators. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med*. 2014;371:818-27.
2. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, Ramos R, Elosua R, Violan-Fors C, et al. Análisis de la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria en una población mediterránea: España 1988-2005. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:988-96.
3. Makaris E, Michas G, Micha R, Gkotsis D, Panotopoulos C, Pisimisi I, et al. Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese. *Int J Cardiol*. 2013;168:4886-7.
4. Guðjónsdóttir GR, Kristjánsson M, Ólafsson Ö, Arnar DO, Getz L, Sigurðsson JÁ, et al. Immediate surge in female visits to the cardiac emergency department following the economic collapse in Iceland: An observational study. *Emerg Med J*. 2012;29:694-8.