



<https://www.revclinesp.es>

## RV-006 - ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA EN EL SIGLO XXI. ¿SE HA CONSUMADO YA LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA?

J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, A. Pérez<sup>1</sup>, L. Rodríguez-Ferreira<sup>1</sup>, G. Rey<sup>2</sup>

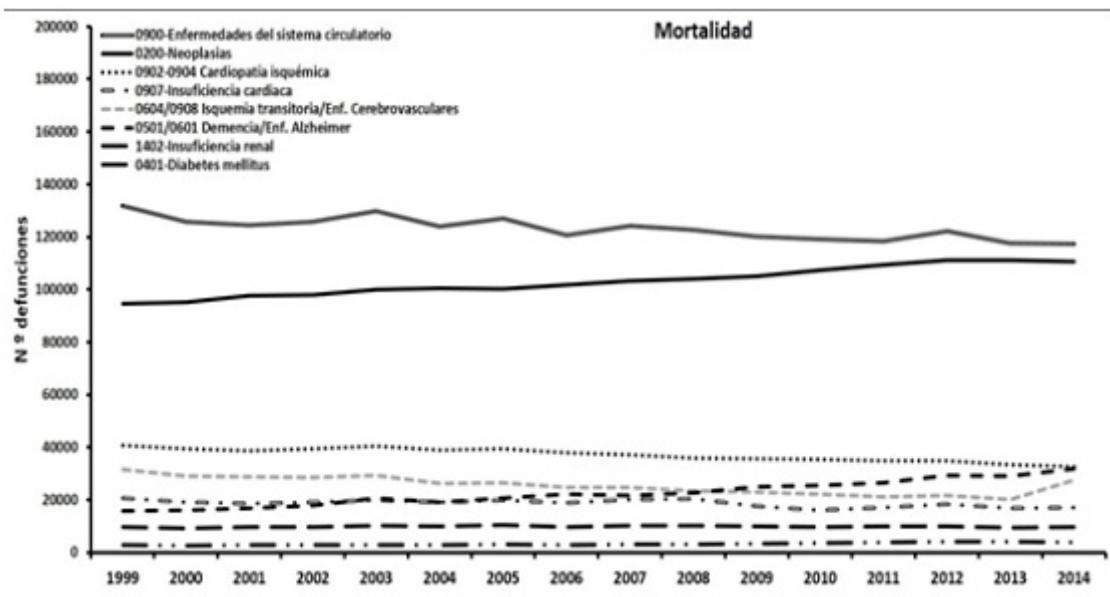
<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario. Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos 30 años se ha descrito en países occidentales una transición epidemiológica en la mortalidad de enfermedades cardiovasculares (ECV), si bien son escasos los estudios sobre sus hospitalizaciones. Tal transición consiste en que manifestaciones más crónicas y de estadio final [fibrilación auricular (FA), enfermedad renal crónica (ERC), demencia e insuficiencia cardiaca (IC)] se han vuelto más frecuentes que otras más agudas como cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad cerebrovascular aguda (ACVA). En todos estos procesos los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más prominentes son hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). Este estudio analiza las tendencias por hospitalización y mortalidad por ECV y de sus FRCV en España en los últimos 15 años a fin de determinar su perfil epidemiológico en el siglo XXI.

**Material y métodos:** Se realizaron los siguientes análisis. 1. Análisis secular de % de mortalidad por causas más prevalentes [enfermedades infectocontagiosas (EIC), ECV y neoplasias] durante los siglos XX y XXI. 2. Estudio de hospitalizaciones y mortalidad por ECV, CI, IC, ACVA, demencia, ERC, y DM en el periodo 1999-2014. Las fuentes fueron: 1. Encuesta anual por causas de defunción [(INE, 2016) y Ministerio de Sanidad (MS, 2016), codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)]. 2. Hospitalizaciones para dichos procesos según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria (MS, 2016)], según la misma clasificación 3. Respecto a HTA, DM como FRCV y FA como factor coadyuvante de morbimortalidad, se estudiaron sus proporciones de aparición como diagnósticos 2<sup>a</sup> en los Grupos Relacionados de Diagnóstico [GRDs, 2013, (MS, 2016)], correspondientes a ACVA, IC y arritmias cardíacas (ArC).

**Resultados:** Al comienzo de los años 40 la bajada de mortalidad por EIC [del 52,1% (1901) al 1,6% (2014)] se cruzó ya con el ascenso de la ECV. En 2014 la mortalidad por neoplasias (27,9%) está cerca de la ECV (29,7%). En figura se observa que la CI sigue siendo la 1<sup>a</sup> causa de muerte (> 32.000), pero la demencia (multifactorial + Alzheimer) se sitúa como 2<sup>a</sup> causa (> 31.000), por delante de ACVA (> 27.000). Hay aumento de hospitalizaciones por IC (> 114.000), ERC (> 25.000) y DM (> 25.000), estabilización en las de ACVA (> 110.000) y disminución en CI (> 119.000). Existe alta prevalencia de HTA, DM y FA en pacientes con altas por ECV (59%, 24%, 23%), IC (39%, 29%, 49%) y ArC (47%, 21%, 55%), respectivamente.



**Discusión:** España (ESP) es, tras Francia (FRA), el 2º país de Europa con menor mortalidad cardiovascular [Europa (53 países), mortalidad CV ajustada por edad por 100.000: 292,4 (ESP); 275,2 (FRA)]. En FRA la mortalidad por neoplasias ya supera la mortalidad CV y en ESP está cerca de ello. Además en 2015 se ha producido por primera vez un saldo vegetativo poblacional negativo (-2.753; INE). España se asemeja epidemiológicamente a los países de su entorno y este análisis encuentra que en hospitalizaciones/mortalidad por ECV hay un desplazamiento hacia procesos más crónicos (demencia, IC, ERC), muy dependientes del proceso de envejecimiento.

**Conclusiones:** En España parece consumarse ya la transición epidemiológica pues la demencia figura ya como 2ª causa de muerte (tras CI y delante de ACVA). Aumentan las hospitalizaciones por DM, ERC e IC y se estabilizan por ACVA y CI. Deben instaurarse medidas para controlar FRCV prevenibles como HTA, DM y FA y orientadas hacia la atención de formas más crónicas de enfermedad, como demencia, IC o ERC.