

## SALUD Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ¿GENERADORES DE TURISMO?

*Francisco Ruiz Martínez-Corbalán\**

Hospital Morales Meseguer. Murcia

### RESUMEN

La enfermedad coronaria es la causa más frecuente de mortalidad en España y en el resto de los países occidentales. Esta enfermedad puede tener diversas manifestaciones clínicas tales como la angina de pecho y el infarto agudo de miocardio; y hay una serie de factores, conocidos como factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tabaquismo que aumentan la probabilidad de padecer esta patología. En este artículo se revisan estos factores de riesgo, las formas de prevenirlos y se concluye que la prevención ya sea primaria o secundaria, además de ser el medio más eficaz para disminuir la incidencia de enfermedad coronaria, puede convertirse en una actividad generadora de turismo.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, enfermedad coronaria, turismo, prevención, Mediterráneo, salud.

### SUMMARY

Coronary artery disease remains the most common cause of death among men and women in the Spain and in the western hemisphere. Coronary heart disease can manifest itself as many well-described clinical syndromes such as angina and myocardial infarction. There are a number of factors, so-called coronary heart disease risk factors: hypertension, hipercholesterolemia, diabetes mellitus and smoking, that increases the probability of ischemic heart disease. In this article I review the cardiovascular risk factors, both primary and secondary prevention of coronary artery disease, and I conclude that both forms of prevention can afford tourism.

**Key words:** Risk factors, coronary heart disease, tourism, prevention, Mediterranean, health.

---

Fecha de Recepción: 26 de mayo de 1998.

\* Hospital Morales Meseguer, Sección de Cardiología, Avda. Marqués de los Vélez s/n, 30005 MURCIA.

Hablar de salud es un trabajo difícil, sobre todo porque vamos a entrar en el segundo milenio y todavía no hay unanimidad a la hora de definirla. ¿Qué es la salud? Cada persona particular, cada investigador o incluso organizaciones internacionales dentro del ámbito de la salud, tienen su propia definición y éstas habitualmente son discrepantes. Como ejemplo, les daré la definición de salud de D. Pedro Lain Entralgo, académico de la lengua y persona versada en temas médicos y de salud. Dice así: Edad, sexo, raza, biotipo, situación histórica y social, la personalidad y la ocasión biográfica modulan notablemente la concreta realización de todos los elementos del sentimiento de estar sanos. Todos ellos pertenecen a la compleja vivencia en que subjetivamente se nos patentiza la salud propia. Pero esto no puede ser condición suficiente; hay que tener en cuenta: a. criterios objetivos (morfológico, etiológico, funcional, utilitario, rendimiento vital para el trabajo, para el estudio, etc. y conductualmente sano significa también estar socialmente integrado. b. Criterio subjetivo y c. Criterios socioculturales (no menos influencia moduladora poseen unidos entre sí, el grupo social y la sensibilidad personal; compárese a este respecto al hombre de la gran ciudad con el campesino, al norteamericano con un tuareg o a un sacerdote con un químico. Una definición completa pero farragosa y extensa, que se escapa del ámbito estricto de la medicina para entrar en un terreno multidisciplinar, filosófico al fin. En general, sin entrar en definiciones metafísicas, la salud es la ausencia de enfermedad. Este artículo va encaminado precisamente a eso, es decir a como preservar la salud; para ello les expondré las causas más frecuentes de mortalidad, los factores predisponentes y cómo modificarlos. En nuestra sociedad occidental, hay una serie de patologías concretas causantes de la mayoría de muertes; a la cabeza de ellas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, cuyos dos exponentes principales son la enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. En la génesis de las dos patologías ejercen una notable influencia factores ambientales, territoriales-socioculturales y alimenticios. Factores todos ellos potencialmente modificables que, en una zona mediterránea como la nuestra, llena de alicientes tanto deportivos como acuáticos, de esparcimiento con variedad de ofertas turísticas que ofrecen tranquilidad, reposo, ocio y buenas costumbres culinarias como la dieta mediterránea, pueden encontrar a su mayor adversario.

En España, según las estadísticas de salud desde el año 1978 hasta 1987 editadas en 1991, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, las últimas de que se dispone, y que recogen datos de toda la población española, las enfermedades del aparato circulatorio ocupan el primer lugar con una tasa de mortalidad del doble que las producidas por neoplasias que están en segundo lugar. Concretamente provocan el 49 % de todas las defunciones; esto supone que cada día mueren en nuestro país aproximadamente 370 personas por esta dolencia, lo que nos da idea de la magnitud del problema. Nuestra región, y según un estudio realizado por la Sociedad Española de Arterioesclerosis en 1993, que recoge datos de 1989, está a la cabeza en mortalidad por enfermedad cerebrovascular y ocupa el cuarto lugar en muertes por causa cardiovascular, después de Baleares, Canarias y la Comunidad Valenciana. En las estadísticas básicas de mortalidad en la Región de Murcia en 1994, últimas de la región y publicadas a finales del 1996, la mortalidad por causas cardiocirculatorias ocupa el primer lugar y afecta al 40% de la población de ambos sexos: 33.8% en hombres en los cuales la enfermedad isquémica del

corazón es la primera causa de muerte, y 47,8 en mujeres en las que predomina la enfermedad cerebrovascular. Estos datos tan preocupantes para nuestra Región, han generado en nuestra provincia junto con otras un estudio para conocer de forma más fiable la mortalidad por causas cardiovasculares: el estudio IBERICA (registro poblacional de infarto agudo de miocardio).

Por otra parte, la tasa de mortalidad por causas cardiocirculatorias en España es muy baja en relación al resto de países desarrollados. Así, en un estudio publicado en 1989, donde se comparaban la mayoría de los países desarrollados, nuestra mortalidad era de las más bajas, sólo Francia y Japón, por este orden tenían menos; sin embargo, en los últimos años España tiende al aumento, debido fundamentalmente al cambio en la dieta y en el estilo de vida, más occidental.

En realidad lo que produce la muerte de casi el 50 % de la población española es un pequeño acúmulo de glóbulos rojos y fibrina llamado trombo que, instalado en la luz arterial, impide el riego sanguíneo y produce la muerte del tejido que depende de la arteria afectada. Cuando esto se produce en una arteria coronaria o en vaso del cerebro se produce un infarto agudo de miocardio o un infarto cerebral, dos procesos graves que ponen en peligro la vida. Llegado este punto, en adelante, me centraré exclusivamente en la enfermedad coronaria sin entrar en la enfermedad cerebrovascular, aunque esta comparta muchas de las características de aquella y su etiopatogenia sea similar.

La enfermedad coronaria se manifiesta en la población como angina de pecho, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca o muerte súbita. La muerte causada por un infarto agudo de miocardio suele ocurrir aproximadamente en el 40% de los casos dentro de las seis horas siguientes desde el inicio del dolor; por tanto, como la capacidad de disminuir la mortalidad es muy limitada es esencial la prevención de la enfermedad, que necesariamente debe consistir en el control más estricto posible de los llamados factores de riesgo coronarios. Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto unos rasgos comunes en los sujetos con enfermedad coronaria, demostrándose una relación estadística entre determinados factores (diabetes tabaquismo, etc.) y un aumento de la probabilidad de desarrollar la enfermedad. A estos marcadores estadísticos que identifican al grupo de población con mayor riesgo de presentar la enfermedad se les conoce como factores de riesgo cardiovascular, nombre que se acuñó por primera vez a raíz del estudio Framingham, un amplio estudio epidemiológico que comenzó en 1948 y se realizó tomando como muestra la población de la ciudad de su mismo nombre situada en Massachusetts, EEUU (28.000 habitantes); se trata pues, de un término cuyo origen está basado en estudios epidemiológicos y, conceptualmente, puede definirse como una condición que aumenta el riesgo o probabilidad de padecer una determinada enfermedad, en nuestro caso la cardiopatía isquémica. De esta forma, los sujetos que los poseen tienen más probabilidades de ser cardiopatas que el resto de la población que no los tiene. Las características por las que a un determinado factor se le atribuye un papel etiológico son: 1. Presencia del factor antes del comienzo de la enfermedad. 2 Relación dosis dependiente. 3 Mantenimiento del valor predictivo en poblaciones diferentes. 4 Posibilidad patogenética y 5. Reducción o supresión de la enfermedad al hacerlo el factor. Se clasifican dependiendo de que sean independientes o no y de que se puedan modificar o no. El término independiente es estadístico y hace alusión a que el factor «per se» pueda de forma autónoma, es

decir sin otros factores coadyuvantes, causar la patología para la cual es objeto de riesgo. Los factores de riesgo modificables e independientes más importantes son: la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y el tabaquismo; los no modificables e independientes son: herencia, edad, antecedentes familiares, menopausia y el sexo; por último hay otros factores de riesgo secundarios en importancia y que son fácilmente modificables: obesidad, dieta, sedentarismo, consumo de alcohol, factores psicosociales, hiperuricemia, hipertrigliceridemia y consumo de sal. Expondré los factores modificables sobre los cuales se puede influir de una u otra forma, de los no modificables sólo diré que el primero en importancia es la edad y después el sexo masculino; el riesgo de enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica, son términos sinónimos, aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres más para todos los grupos de edad la incidencia es más elevada en los varones.

Antes de adentrarme en la evaluación de los factores de riesgo, es necesario esbozar el proceso que conduce, favorecido por los factores de riesgo, al desarrollo de la cardiopatía isquémica. Este proceso se denomina aterosclerosis y fue propuesto en 1904 por Marchaud, para designar la acumulación de lípidos en las membranas internas de las arterias, en la llamada íntima arterial. Inicialmente se consideró como un proceso degenerativo propio de la edad, pero en la actualidad, se sabe que esta degeneración tiene un origen multifactorial. La lesión vascular comienza en etapas precoces de la vida, aunque las manifestaciones clínicas no aparecen hasta la edad media de la vida, afecta preferentemente a arterias de mediano y gran calibre, especialmente a las arterias coronarias, a los vasos cerebrales y a la aorta. La lesión se localiza en la pared interna del vaso y progresivamente ocluye la luz vascular, lo que da lugar a la disminución del flujo sanguíneo y con ello a una reducción en el aporte de oxígeno provocando isquemia en los tejidos dependientes y causando dolor (angina de pecho); cuando esta acumulación de lípidos y otros componentes, llamada placa de ateroma, se rompe en el interior de la arteria, la sangre tiende a reparar la lesión formando un trombo que, en ocasiones, ocluye por completo la luz arterial dando lugar a una necrosis del tejido distal a la oclusión, es decir a un infarto agudo de miocardio. Éste es en síntesis el proceso fisiopatológico que provoca la enfermedad arterial coronaria.

Dentro de los factores de riesgo modificables analizaremos en primer lugar la hipercolesterolemia, las pruebas que relacionan los niveles elevados de colesterol plasmático con un mayor riesgo de cardiopatía isquémica son abrumadoras. Estudios epidemiológicos, clínicos, genéticos y en experimentos animales indican, que los niveles de colesterol elevados guardan una relación causal con la aterosclerosis coronaria y con un mayor riesgo de enfermedad coronaria, además se ha demostrado que en los portadores de enfermedad coronaria el valor medio del colesterol sanguíneo es superior que en sujetos sanos de la misma población; así mismo, se sabe que sus niveles varían entre los diferentes grupos étnicos del planeta, siendo más elevados en los países occidentales debido, fundamentalmente a la dieta rica en grasas y colesterol y con pocos residuos. Hay un acuerdo general en que las concentraciones plasmáticas medias de colesterol están demasiado elevadas en América del Norte y en Europa y que un descenso de la media en la población tendría un impacto sustancial sobre la enfermedad coronaria y sobre los costes sanitarios. Actualmente, se considera una concentración de colesterol elevada cuando se superan los 200 mg/dl y, según diferentes estudios prospectivos con un total de 15.000 personas

estudiadas a lo largo de 20 años, con niveles de colesterol entre 200 y 250 mg/dl el riesgo de enfermedad coronaria permanece constante; sin embargo, a partir de 250mg/dl hay una inflexión en la curva y el riesgo de enfermedad aumenta significativamente. En nuestro país la prevalencia de hipercolesterolemia, considerando esta como cifras mayores que 250 mg/dl, es del 24%, una de las más bajas de Europa, aunque en los últimos años se observa una tendencia al alza debido a los cambios en los hábitos de vida de nuestra sociedad actual. Las medidas ya sean farmacológicas o dietéticas que reducen las cifras de colesterol plasmático conducen a una disminución de la incidencia de la enfermedad cardiovascular y como consecuencia reducen la mortalidad global de la población.

La diabetes mellitus, otro factor de riesgo cardiovascular modificable, es la enfermedad metabólica más frecuente en la raza humana; su frecuencia varía de uno a otro país oscilando entre el 2 y el 6% de la población adulta. Esta enfermedad que, a lo largo de la vida lesiona los vasos sanguíneos por un mecanismo desconocido pero probablemente multifactorial, en el cual estarían involucrados la excesiva cantidad de glucosa circulante y la insulina, produce alteraciones de órganos vitales como el corazón, el riñón, la retina etc. Así, en el órgano que nos atañe, aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria; de hecho, la incidencia de enfermedad coronaria es dos veces más frecuente en los varones diabéticos y tres veces más frecuente en las mujeres, siendo la principal causa de mortalidad en los diabéticos mayores de 40 años. Globalmente el impacto de la diabetes sobre la mujer, comporta un peor pronóstico desde el punto de vista cardiovascular, además probablemente es el único factor de riesgo que elimina la protección hormonal que poseen las mujeres antes de la menopausia. Por tanto un control adecuado de la glucemia y por ende dietético conlleva una menor incidencia de aterosclerosis, de enfermedad coronaria y aumenta la supervivencia.

La hipertensión arterial es un importante factor facilitador de enfermedad coronaria. Es un síndrome de etiología desconocida definido por la OMS como: la elevación persistente de la presión arterial por encima de 140mm de mercurio de presión arterial sistólica y/o de 90mm de mercurio de presión arterial diastólica. La distribución de tensión arterial en la población sigue una curva gaussiana y el número de hipertensos varía dependiendo del país y del área geográfica, con cifras más elevadas en occidente y que afecta del 10 al 20% de la población adulta mundial. En nuestro País, según datos de la Liga Española contra la Hipertensión, su prevalencia se sitúa alrededor del 20% de la población, una cifra elevada que la convierte cuantitativamente en el factor de riesgo más importante. En la génesis de la hipertensión los factores constitucionales y hereditarios ocupan un lugar destacado; sin embargo, factores culturales y ambientales como la ingesta de sal, el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, los anovulatorios, el estrés crónico y el sedentarismo, influyen de manera importante en su desarrollo. La hipertensión arterial provoca alteraciones morfológicas y funcionales en el endotelio de la pared vascular que favorecen el inicio de la aterosclerosis. Ser hipertenso aumenta siete veces las probabilidades de tener un accidente cerebrovascular y unas tres veces el riesgo de enfermedad coronaria. Tras los estudios realizado a lo largo de treinta años que demostraron que la cifra sistólica era un factor de riesgo independiente, se relegó la tensión arterial diastólica a un segundo plano; esta situación ha sido revisada recientemente, para ello se han utilizado nueve estudios en los cuales el 96% de la población incluida eran menores de 70 años,

salvando las diferencias metodológicas, los resultados han sido bastante uniformes y las conclusiones del metaanálisis muestran que la presión arterial diastólica es un factor de riesgo cardiovascular independiente. Por lo tanto, tener cifras de tensión arterial elevadas, sobretudo por encima de 160/90 mmHg, influye de forma negativa en la supervivencia de la población y su permanencia por debajo de esta cifras ya sea con tratamiento farmacológico o dietético, entendiendo por dieta no solamente la ingesta de alimentos sino el llevar un régimen de vida ordenado, disminuye la incidencia de cardiopatía isquémica y la mortalidad.

El reto más importante, desde el punto de vista de la salud, de los gobiernos de los países desarrollados y en vías de desarrollo, es la lucha contra el tabaquismo. Este hábito, recientemente se ha demostrado que es una drogodependencia ya que la nicotina provoca una adicción potente, produce o precipita la mayoría de las enfermedades de los países occidentales. Desde hace algunos años, la lucha contra el tabaquismo se ha convertido en un objetivo prioritario para los ministerios de sanidad de los países con mayor consumo y España está entre ellos. En nuestro país la venta de cigarrillos aumento el 146% desde 1953 a 1983 y en 1987 fumaban el 54 % de los hombres y el 23% de la mujeres; actualmente los españoles fumamos, como media, 2.500 cigarrillos al año, ocupando uno de los primeros puestos en el consumo de cigarrillos del mundo; sin embargo, la tendencia es hacia la estabilización, fundamentalmente por la disminución del número de fumadores masculinos aunque en las mujeres el número de fumadoras sigue aumentando. El tabaco es junto con la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, uno de los factores de riesgo independientes más estrechamente relacionados con diferentes tipos de cancer y con el desarrollo de aterosclerosis. El fumar guarda una clara y consistente relación con las manifestaciones de aterosclerosis como son la cardiopatía isquémica y la enfermedad arterial periférica, así como con el aumento de la mortalidad global. El riesgo provocado por el tabaco se correlaciona estrechamente con la edad de inicio, con el número de cigarrillos diarios y con la inhalación o no del humo. Los mecanismos patogénicos mediante los cuales el tabaco incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica son diversos, aumenta la actividad plaquetaria, modifica los lípidos plasmáticos, produce lesión del endotelio vascular, altera los mecanismos nerviosos y humorales de control cardiovascular provocando vasoconstricción arterial y taquicardia, aumenta los niveles de fibrinógeno, la viscosidad sanguínea y la agregabilidad de los hematíes. Los fumadores tienen por lo menos el doble de probabilidad de morir antes de los 65 años que los no fumadores; en el estudio de Framingham el riesgo de infarto agudo de miocardio y de muerte súbita coronaria fue diez veces mayor entre hombres fumadores y de 4,5 veces mayor entre mujeres fumadoras, que en personas no fumadoras del mismo sexo; además, se demostró que entre las personas fumadoras de ambos sexos, las lesiones coronarias eran más frecuentes y de mayor gravedad que en las no fumadoras. A pesar de este panorama desolador, diversos estudios prospectivos demuestran que dejar de fumar disminuye, desde el primer día, el riesgo de cardiopatía isquémica, de forma que al año el riesgo se reduce a la mitad y a los diez años del abandono del tabaco el riesgo se equipara al de la población que no ha fumado nunca.

Además de estos factores de riesgo independientes, existen otros llamados coadyuvantes sobre los cuales no está demostrado que por sí solos aumenten la probabilidad de padecer

patología coronaria; pero sí que cuando se asocian con alguno de los factores anteriormente expuestos, producen un incremento del riesgo y al contrario, su ausencia lo reduce. Son factores fácilmente modificables y entre ellos se encuentra la obesidad y la dieta, el sedentarismo, la ingesta de alcohol, factores psicosociales, el consumo de sal, la hiperuricemia y la hipertrigliceridemia.

La obesidad se está convirtiendo en un problema importante en los países desarrollados, los últimos estudios han demostrado que no es un factor de riesgo coronario independiente, sin embargo se sabe que condiciona la aparición de otros factores que favorecen la enfermedad coronaria, como la diabetes, cifras de tensión arterial elevadas e hiperlipidemias. En nuestro país, la cifra de obesos alcanza al 17 % de la población con una relación de tres a uno a favor de las mujeres, destacando el sobrepeso que afecta a más del 40 % de la población; éste aumento de peso tiene dos causas fundamentales, una el estilo de vida cada vez más sedentario y la otra el consumo excesivo de calorías, hidratos de carbono y grasas. En España, sobre todo en el litoral mediterráneo, una de las zonas con mayor incidencia de enfermedad coronaria, se está sustituyendo la dieta tradicional a base de hortalizas, leguminosas, patatas, cereales, frutas y aceite de oliva, por el consumo indiscriminado de productos precocinados, por grasas de origen animal cuyo mayor exponente son las comidas rápidas, por productos de alta densidad energética, refinados con gran cantidad de azúcares, elevado consumo de bebidas alcohólicas y por el mantenimiento de hábitos alimentarios pasados que no se ajustan a las necesidades energéticas del momento, provocando un aumento en el número de obesos. Una situación paradójica, en definitiva, pues la mayoría de los países occidentales excluido el Japón, llevan años intentando concienciar a su población de la necesidad de llevar una dieta antiateroesclerótica, como la nuestra, mientras que nosotros la abandonamos de forma inexorable. Una dieta equilibrada que cubra las ingestas recomendadas de nutrientes, que alcance los objetivos nutricionales para la población española y que cumpla el criterio de servir a la prevención de enfermedad coronaria, es imprescindible para mantener un peso corporal adecuado y eliminar así la obesidad como factor de riesgo.

Una de las asignaturas pendientes de los españoles, esencialmente de los adultos, es el ejercicio físico. En las sociedades preindustriales el ejercicio regular formaba parte integral de la actividad cotidiana de la mayor parte de las personas; en nuestro siglo y más en la actualidad, los avances tecnológicos y el tipo de trabajo han eliminado gran parte de la necesidad de ejercicio, de forma que este ha pasado a ser en nuestra sociedad no una necesidad sino una actividad lúdica. En EEUU con un extenso sistema de control de los factores de riesgo, un estudio realizado en 37 estados concluye que el sedentarismo, definido como menos de tres sesiones semanales de cualquier tipo de ejercicio de al menos veinte minutos de duración, fue el factor de riesgo con mayor prevalencia afectando al 58% de la población estudiada, superando al tabaquismo y a la obesidad. En España el 17% de la población se declara sedentaria y el 33% realiza una actividad ligera (cotidiana), por tanto el 50% de la población es sedentaria; además, para todos los grupos de edad las mujeres son menos activas que los varones, así mientras el 49% de los varones realiza una actividad regular o intensa las mujeres sólo lo hacen en un 25%. Si se analizan los motivos por los que no se realiza ejercicio el primero es la falta de tiempo seguido de la pereza y por último el no considerarlo importante junto con el económico, sin embargo

esta noción del ejercicio debería cambiar. Está demostrado que el ejercicio regular prolonga la supervivencia mediante una disminución de la incidencia de hipertensión arterial, de accidentes cerebrovasculares, de arterioesclerosis y de diferentes tipos de neoplasias, además proporciona bienestar psicológico y disminuye el insomnio y el estrés.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona entre otras muchas enfermedades, con una mayor incidencia de enfermedad coronaria y España es un país en el que el consumo de bebidas alcohólicas es elevado. Aproximadamente el 57 % de los varones españoles y el 37% de las mujeres son bebedores moderados que sumados a un 18% más de hombres con un consumo excesivo, nos convierten en una población bastante bebedora, aunque estamos por debajo de otros países de nuestro entorno. Por otra parte, hay diversos estudios epidemiológicos realizados con diferentes razas, situaciones socioculturales y en países tan distintos como Escocia, Australia, EEUU, Yugoslavia e Israel, que demuestran que el consumo moderado de alcohol, entre 10 y 30 gramos por día (200 ml de vino o 400 mg de cerveza), tiene un mecanismo protector frente a la cardiopatía isquémica y este efecto beneficioso parece estar mediado por una disminución del estrés y a un aumento del colesterol HDL.

Por cuanto a los factores psicosociales está ampliamente demostrado que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares es muy superior en los países industrializados y en occidente. Uno de los motivos fundamentales para este hecho es la edad, en los países desarrollados la esperanza de vida es mayor y la patología de la que tratamos es degenerativa aumentando su incidencia con la edad, el otro es la dieta; no obstante, hay determinadas pautas de conducta y factores laborales, exclusivos de las sociedades desarrolladas que influyen en la incidencia de enfermedad coronaria. Algunas características del trabajo como la libertad de decisión, ambigüedad, conflictividad, autonomía, cambios de trabajo, competitividad, trabajo repetitivo, jubilación o paro, influyen aumentando la incidencia de cardiopatía. El mecanismo de acción es desconocido, pero probablemente actúen de forma indirecta generando estrés y este favorecería el inicio o perpetuaría algunos factores de riesgo cardiovascular. Además, determinadas pautas conductuales se han relacionado con una mayor incidencia de enfermedad coronaria; de esta forma el patrón de comportamiento tipo A, caracterizado por, extroversión, neuroticismo, psicoticismo, rigidez conductual, meticulosidad extrema, escasa autocrítica, intolerancia hacia modos de ser distintos del propio, ambición, frágil nivel de autoestima, hostilidad, impaciencia, adicción al trabajo e impulsividad, tiende a producir en las personas que lo poseen una respuesta fisiológica exagerada ante factores estresantes conduciendo a un aumento entre otras de la enfermedad coronaria.

Otros factores como la hipertrigliceridemia y la hiperuricemia, aunque no se ha demostrado que por sí mismos aumenten la incidencia de enfermedad coronaria, si parece que provocan una predisposición a la enfermedad coronaria en las personas que los tienen.

Los factores de riesgo se potencian entre sí. Desde el estudio Framingham se sabe que la suma de varios de ellos produce un aumento acumulativo en la probabilidad de desarrollar aterosclerosis; es decir cuantos más factores de riesgo posea una persona determinada mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria; además, la mayoría de los factores están relacionados entre sí y el padecer uno de ellos puede influir y otras veces inducir el desarrollo de otros. Por tanto el intentar combatirlos es una labor primordial, tanto a nivel

personal como institucional, promoviendo campañas de información al ciudadano, suprimiendo determinadas campañas publicitarias y concienciando a la población de la maldad de determinados hábitos así como del autocuidado. Dentro de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares hay dos pilares fundamentales: la prevención primaria, dirigida a toda la población y encaminada a impedir o retasar el desarrollo de la enfermedad, fomentando unas buenas costumbres higiénico dietéticas y eliminando o controlando de la mejor manera posible los factores de riesgo y, la prevención secundaria, que se establece una vez desarrollada la enfermedad y dirige sus esfuerzos, además de lo establecido para la primaria pero estableciendo un control férreo de los factores de riesgo, a instaurar un tratamiento óptimo orientado a disminuir la sintomatología y la progresión de la enfermedad, aumentando tanto la esperanza como la calidad de vida.

Pues bien, en un sentido amplio, ambas formas de prevención pueden ser generadoras de turismo. Frente a los diversos factores de riesgo, concurren otros llamados protectores entre los cuales podemos incluir: la dieta mediterránea, las actividades lúdicas y de relajación, deportes como la pesca, caza, el senderismo o el golf, clínicas especializadas en rehabilitación hoy de psicomotricidad en el futuro para cardíopatas, la balneoterapia y las curas de estrés, los baños de mar y de sol, factores de prevención para los que nuestra Región esta perfectamente adaptada dada su capacidad para ofrecer los establecimientos que proporcionan las diferentes actividades mencionadas o diversos espacios de ocio donde poder desarrollarlas de forma individual. La dualidad espacio que cura, espacio que enferma es ancestral, por tanto el paso de temporadas en zonas de asueto, en balnearios, hoteles con actividades deportivas y antiestrés, el cambio de hábitos cotidianos manteniendo un contacto más íntimo con la naturaleza, en definitiva todo lo que se puede considerar cura de salud y que se ha practicado a lo largo de la historia en espacios considerados saludables, en contraposición a la gran ciudad insana o generadora de estrés, es perfectamente válido para nuestro entorno y para el control de los factores de riesgo cardiovascular. De hecho en los últimos años uno de los mayores avances en cardiología ha sido puesta en marcha de programas de rehabilitación cardíaca moderna, abandonando el tratamiento de reposo y conservador que había prevalecido durante décadas. La rehabilitación cardíaca es un concepto global con un programa multifactorial que incluye ejercicio físico, ayuda psicológica y prevención secundaria, todo ello dirigido a devolver al paciente cardíaco el máximo de posibilidades físicas y mentales, permitiéndole recuperar una vida lo más normal posible en las áreas social, familiar y profesional. La rehabilitación cardíaca aumenta la supervivencia, la calidad de vida, disminuye el miedo y la ansiedad, mejora la sexualidad y el perfil psicológico, disminuye la tensión arterial y reduce o elimina el hábito tabáquico y aumenta la tolerancia a ejercicio; estos beneficios se consiguen siguiendo un protocolo de entrenamiento físico, un protocolo psicológico y otro de consejo. Además no se necesita un ámbito hospitalario, excepto en los episodios cardíacos agudos, por tanto este tipo de rehabilitación para enfermos coronarios, se puede llevar a cabo tanto en clínicas especializadas como en determinados complejos turísticos con el material necesario y un equipo humano adiestrado.

A la vista de los efectos beneficiosos que producen sobre los factores de riesgo cardiovascular ciertas pautas de comportamiento: vida ordenada, alimentación equilibrada, abandono de hábitos tóxicos o la práctica de ejercicio y la forma como estos compor-

tamientos pueden ser iniciados o modulados por estancias en determinados ambientes, playa, montaña, establecimientos de descanso, etc.; no parece descabellado concluir que estos factores pueden generar turismo.