

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

**Estilos de vida en personas con Infarto Agudo de
Miocardio y Angina de pecho**

AUTOR: Sira García Carvajal, enfermera en área de Radiología de
Hospital Infantil Miguel Servet.

DIRECTOR: Isabel Aguilar Palacio, Departamento de Medicina Preventiva
y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

Facultad de Medicina de Zaragoza
Máster Universitario en Salud Pública

2015/2016

ÍNDICE PARTES DEL TRABAJO

Resumen	pág. 6-7
Introducción	pág. 8-12
Objetivos	pág. 13
Metodología	
Tipo de Estudio	pág. 14
Población incluida en el estudio y fuente de información	pág. 14
Variables incluidas	pág. 15-19
Análisis estadístico	pág. 19-20
Consideraciones éticas	pág. 20
Resultados	
Nivel global	pág. 21-24
Por sexo	pág. 25-30
Según el momento en que tuvo lugar el episodio de IAM o angina	pág. 31-36
Factores asociados a hábitos no saludables	pág. 37-48
Discusión	pág. 49-53
Conclusiones	pág. 54
Bibliografía	pág. 55-57

ÍNDICE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho.

Pág. 22

Tabla 2. Factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho.

Pág. 24

Tabla 3. Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho estratificado por sexo.

Pág. 27

Tabla 4. Factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho estratificado por sexo.

Pág. 30

Tabla 5. Características sociodemográficas de los Hombres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

Pág. 32

Tabla 6. Características sociodemográficas de las Mujeres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

Pág. 33

Tabla 7. Factores de riesgo y estilos de vida de los Hombres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

Pág. 34

Tabla 8. Factores de riesgo y estilos de vida de las Mujeres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

Pág. 35

Tabla 9. Variables asociadas al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

Pág. 38

Tabla 10. Variables asociadas al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

Pág. 41

Tabla 11. Variables asociadas al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

Pág. 44

Tabla 12. Variables asociadas al consumo diario de frutas, verduras y zumos naturales en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

Pág. 47

Figura 1: Histograma variable Edad.	Pág. 23
Figura 2: Histograma variable Edad en Hombres.	Pág. 28
Figura 3: Histograma variable Edad en Mujeres.	Pág. 28
Figura 4: Histograma variable Edad en Hombres que han padecido IAM o angina de pecho hace más de un año.	Pág. 36
Figura 5: Histograma variable Edad en Hombres que han padecido IAM o angina de pecho hace menos de un año.	Pág. 36
Figura 6: Histograma variable Edad en Mujeres que han padecido IAM o angina de pecho hace más de un año.	Pág. 36
Figura 7: Histograma variable Edad en Mujeres que han padecido IAM o angina de pecho hace menos de un año.	Pág. 36
Figura 8. Enfermedades asociadas al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 39
Figura 9. Tratamientos asociados al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 39
Figura 10. Enfermedades asociadas al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 42
Figura 11. Tratamientos asociados al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 42
Figura 12. Enfermedades asociadas al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 45
Figura 13. Tratamientos asociados al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 45
Figura 14. Enfermedades asociadas al no consumo de frutas, verduras y hortalizas a diario en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 48
Figura 15. Tratamientos asociados al no consumo de frutas, verduras y hortalizas a diario en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis Regresión logística.	Pág. 48

SIGLAS

- CI: Cardiopatía Isquémica.
- DM: Diabetes Mellitus.
- ECV: Enfermedades Cardiovasculares.
- FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- IAM: Infarto Agudo de Miocardio.
- IC: Intervalo de Confianza.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- Colesterol-HDL: Lipoproteínas de alta densidad.
- Colesterol-LDL: Lipoproteínas de baja densidad.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OR: Odd Ratio.

RESUMEN

Objetivos: Conocer el perfil sociodemográfico, los factores de riesgo y los estilos de vida de las personas que han tenido un IAM o angina de pecho en España, analizando las diferencias por sexo y por momento en que tuvo lugar, y estudiar los factores asociados a los estilos de vida no saludables.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal que utiliza la Encuesta Europea de Salud de España de 2014 (ESEE-14) como fuente de información. Seleccionamos a 909 individuos que habían sido diagnosticados de Infarto Agudo de Miocardio o Angina de pecho. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado para conocer las características sociodemográficas, clínicas y de estilos de vida, y análisis de regresión logística para explorar los factores determinantes de la existencia de estilos de vida no saludables.

Resultados: Las personas que habían sido diagnosticadas de un IAM o angina fueron mayoritariamente hombres españoles con una mediana de edad de 72 años, nivel bajo de estudios, jubilados, casados, con lugar de residencia en núcleo urbano, cobertura sanitaria pública y que cuentan con apoyo social. También suelen padecer otras patologías como HTA, tienen alto consumo en fármacos para el corazón, no fuman a diario, presentan sobrepeso y tienen un consumo moderado de alcohol. No se observaron diferencias según el momento en que había ocurrido el evento. En el análisis de regresión logística se vieron como factores más influyentes para los hábitos de vida no saludables el residir en núcleo rural respecto al urbano para el hábito tabáquico, el sexo masculino respecto al femenino para el alcohólico y, así como el ser extranjero frente a la nacionalidad española aumenta el riesgo de sedentarismo, disminuye el de no consumo de frutas, verduras y zumos naturales.

Conclusiones: Pese a la existencia de un episodio cardiovascular previo, en un alto porcentaje de sujetos existen estilos de vida no saludables. Es necesario hacer un mayor hincapié en la Educación para la Salud en estos pacientes para concienciarlos en la importancia de mejorar sus estilos de vida y así favorecer su salud cardiaca y evitar el riesgo de reinfarto o incapacidad.

Palabras clave: Infarto Agudo de Miocardio; Angina de pecho; Estilo de vida; Encuestas de salud.

ABSTRACT

Objectives: To study socio-demographic profile, risk factors and lifestyles of patients with a myocardial infarction (AIM) or angina pectoris in Spain, analyzing differences by sex and moment of occurrence, and to explore the factors associated with unhealthy lifestyles.

Methods: Descriptive cross sectional study. The source of information was the European Health Survey 2014 Spain (ESES-14). We selected 909 subjects who had been diagnosed with AIM or angina. We conducted descriptive and bivariate analyses to know the socio-demographic and clinical characteristics and lifestyles, and logistic regression analyses to explore the determinant factors of the unhealthy lifestyles.

Results: People who had been diagnosed with AIM or angina were mostly Spanish men with a median age of 72 years, low level of education, retired, married, who resided in the town center, have public health insurance and social support. They suffer other diseases such as hypertension, have high heart drugs consumption, overweight, not smoke daily and have moderate alcohol consumption. No differences were observed according to the time when the event had occurred. The variables that showed the strongest association with unhealthy lifestyles were residing in rural nucleus (smoke habit), being a man (alcohol habit) and being a foreigner (sedentary lifestyle). On the other hand, being a foreigner increases fruits, vegetables and juices consumption.

Conclusions: Despite the existence of a previous cardiovascular event, a high percentage of subjects have unhealthy lifestyles. It is necessary to emphasize health education in these patients to aware them of the importance of improving their lifestyles and heart health in order to reduce the risk of reinfarction or disability.

Keywords: Acute Myocardial Infarction; Angina pectoris; Life styles; Health surveys.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son trastornos orgánicos o funcionales que tienen un curso clínico prolongado, no se resuelven espontáneamente, pueden presentar secuelas y no confieren inmunidad¹. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, entre las que se encuentran las enfermedades cardiovasculares (ECV), son las responsables de las dos terceras partes de todas las muertes a nivel mundial. En los últimos años la mortalidad por ECV (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardiaca) ha mostrado una tendencia decreciente en los países desarrollados. A pesar de ello, éstas siguen siendo la principal causa de muerte^{2, 3, 4}. Además, la cardiopatía isquémica (CI) es la segunda causa a nivel global, por detrás de la depresión, de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad⁵.

A nivel europeo, la mortalidad por CI estandarizada por edad, es muy superior en Rusia y los países del Este de Europa. 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^{1, 6, 7}. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2010, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en España, suponiendo el 31% del total de defunciones. En 2010, el 27% de las muertes en hombres fueron causadas por enfermedades cardiovasculares (37% de ellas por Infarto agudo de miocardio (IAM)), siendo el porcentaje en mujeres del 35% (23% por IAM y 27% por ICTUS). Tanto en hombres como en mujeres, la principal causa de “años de vida perdidos” y de “años vividos con discapacidad” fue la enfermedad isquémica del corazón⁸. En España, la mortalidad por CI estandarizada por edad es muy superior en Extremadura, margen izquierdo de Andalucía, Islas Canarias y Baleares, Murcia y Comunidad Valenciana. Por otra parte, Madrid, Navarra, Castilla y León y Aragón son las comunidades que presentan menores tasas ajustadas de mortalidad, según datos del Centro Nacional de Epidemiología⁸.

Dentro de las ECV se incluyen un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón. Algunos ejemplos son la enfermedad coronaria y sus complicaciones asociadas, como la angina de pecho, el IAM, el fallo cardíaco congestivo, la hipertensión arterial (HTA) y los trastornos cerebrovasculares⁹.

La CI se produce por un inadecuado suministro de sangre al corazón, causado principalmente por el endurecimiento o pérdida de elasticidad de las arterias coronarias, favoreciendo el depósito de placas de ateroma en su superficie interna. Al reducirse la luz o interior del vaso

por la aterosclerosis, disminuye el flujo sanguíneo al miocardio y aparecen las complicaciones mencionadas, la angina de pecho y el IAM son las dos patologías estudiadas en este trabajo^{9, 10}.

La angina de pecho es la expresión clínica más común de la CI crónica sintomática y la manifestación inicial de la enfermedad coronaria. Es un síndrome caracterizado por sensación de malestar o dolor en el pecho, que puede o no irradiarse al miembro superior izquierdo, mandíbula, hombros, espalda y epigastrio^{10, 11}. La causa más común es la isquemia miocárdica que se produce por la falta de oxígeno o hipoxia transitoria, desencadenada por el ejercicio y las emociones. Sus síntomas se alivian con el reposo y la administración de nitroglicerina sublingual. La limitación declarada por los pacientes suele ser de ámbito físico y su percepción sobre la enfermedad es de mayor gravedad que la percibida por su médico^{5, 10}.

El IAM se produce si la isquemia miocárdica se mantiene. Este desequilibrio entre el suministro y la demanda de oxígeno acaba provocando la necrosis o muerte de las células del miocardio irrigadas por la arteria obstruida^{10, 12}. La sintomatología es parecida a la angina de pecho pero puede aparecer en reposo. Algunas de sus complicaciones posteriores son la existencia de perforaciones, aneurismas y arritmias^{12, 13}. Además de por las características clínicas, el electrocardiograma (ECG) se utiliza como herramienta diagnóstica. Los marcadores bioquímicos enzimáticos también se utilizan para el diagnóstico del IAM, ya que proporcionan la evidencia más fiable de necrosis miocárdica. Por último, se puede observar mediante el ecocardiograma^{12, 13}.

Se estima que cada año se producen en España más de 24.500 paradas cardíacas, lo que equivale a una media de una cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico, muchas de ellas se producen antes de llegar al hospital. El reingreso tras un IAM es frecuente, y se da en un 8-20% en el primer año^{14, 15}. La prevalencia de la angina de pecho se estima en un 2-4% en la mayoría de los países europeos, con una mortalidad del 0,9 al 1,4% anual. Hay un número significativo de pacientes con angina de pecho a los que no se puede controlar de manera eficiente. Éstos muestran discapacidad y deterioro de su calidad de vida, siendo una causa frecuente de incapacidad permanente en edades tempranas.^{5, 11}

Las ECV tienen un origen multifactorial, y su aparición está influenciada por la presencia de distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los factores de riesgo se pueden definir como características biológicas o conductas que incrementan la probabilidad de padecer o morir de una enfermedad en aquellos individuos que la presentan. Describen exposiciones a las que se someten los individuos durante sus vidas, aumentando la probabilidad de que ocurran o no los eventos a los cuales se pretenden asociar, casi siempre a largo plazo en el

caso de las enfermedades crónicas. En el caso de la enfermedad coronaria, se pueden clasificar en FRCV inherentes o no modificables, en FRCV tradicionales o modificables y FRCV emocionales, psicológicos o psicosociales¹⁶.

Los FRCV inherentes o no modificables son los no susceptibles a prevención ni tratamiento, como la edad, el sexo, la genética y los antecedentes familiares. La edad mantiene una relación directa con el riesgo, existiendo, además, un peor pronóstico a medida que aumenta la edad del paciente. En relación con el sexo, los hombres presentan un mayor riesgo de ECV, pero, por el contrario, la mortalidad es mayor en mujeres. En mujeres posmenopáusicas, aumenta el riesgo debido a la reducción de la acción protectora de los estrógenos^{2, 9, 10}.

El grupo de FRCV tradicionales o modificables es el grupo más amplio y comprende aquellos que tienen un mayor componente físico/biológico, éstos son: HTA, por un aumento de la resistencia coronaria reduciendo el flujo de sangre que llega al miocardio; Colesterol y triglicéridos, se favorece el proceso aterosclerótico por niveles elevados de lipoproteínas de baja densidad (colesterol-LDL), niveles reducidos de lipoproteínas de alta densidad (colesterol-HDL) y por niveles altos de triglicéridos; Diabetes Mellitus (DM), la macroangiopatía en las arterias coronarias provoca disfunción endotelial y aterosclerosis; Sobrepeso/Obesidad, existe una asociación positiva entre el peso y la incidencia de enfermedad coronaria, relacionándose la distribución del tejido graso abdominal con la cardiopatía isquémica^{7, 9, 10, 15}.

También se incluyen los relacionados con los estilos de vida de los individuos, que son: Tabaco, existe evidencia de sus efectos tanto en los procesos ateroscleróticos como trombóticos; Sedentarismo/Ejercicio Físico, la inactividad está asociada con un incremento del riesgo de trastornos coronarios ya que las personas sedentarias son propensas también a presentar otras de las patologías mencionadas anteriormente; Alcohol, su consumo moderado actúa como agente cardioprotector, pero a grandes dosis puede ser cardiotoxico y producir cardiopatías; Alimentación, el aumento del número de calorías consumidas, junto con el de grasas transgénicas y productos preelaborados, favorece el aumento en las cifras de sobrepeso/obesidad en la población, y con ello, la aparición de otras patologías^{9, 10, 15}.

El último grupo de FRCV son los emocionales, psicológicos o psicosociales. Algunas de las emociones que actúan aumentando el riesgo cardiovascular son la ira, hostilidad, ansiedad, depresión, sensación de falta de apoyo social, impaciencia, agresividad y estrés laboral, familiar o social, entre otros. El aislamiento en personas que viven solas acentúa el riesgo y la depresión se ha relacionado con un incremento 4 veces mayor en el riesgo de mortalidad

durante los primeros 6 meses después de un IAM. Todos estos factores empeoran el pronóstico de los pacientes con CI y dificultan el control de los factores de riesgo^{9, 15, 17, 18}.

El nivel socioeconómico, definido por variables como la educación, los ingresos o la ocupación, es un importante FRCV. Se puede observar que la educación mantiene una relación inversamente proporcional con el nivel de riesgo y la probabilidad de reinfarcto¹⁹.

La OMS, en 1986, definió “Estilo de vida” como: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”²⁰. En las ECV se ha estimado que hasta el 80% de la morbilidad asociada a estas enfermedades podría evitarse con modificaciones de los estilos de vida, ya que la mayoría de los FRCV son controlables o evitables^{3, 9, 10}. El 75% de los casos de ECV pueden predecirse si existen FRCV en los estilos de vida como la inactividad física, el uso de tabaco y dietas inapropiadas^{2, 10, 21}.

Existen una serie de recomendaciones acerca de los estilos de vida que los pacientes deben adoptar para que actúen como factores protectores de riesgo cardiovascular¹⁶: En primer lugar, se encuentra el control de la HTA, el colesterol y la DM dentro de sus niveles de normalidad, bien mediante dieta o mediante la utilización de fármacos^{10, 15}. Eliminar tóxicos como el hábito de fumar y restringir el alcohol a un consumo moderado es, potencialmente, la medida preventiva más eficaz tras sufrir IAM^{10, 15, 18}.

Se debe mantener un peso adecuado y evitar la obesidad abdominal, mediante una alimentación saludable consumiendo las calorías necesarias para mantener las necesidades energéticas del organismo (10-20% de calorías totales en forma de proteínas, menos del 30% en lípidos y 50-60% en carbohidratos), abundantes vitaminas y minerales en frutas y verduras, ácidos grasos omega 3 en pescados, aceite de oliva y limitar los productos ricos en azúcares refinados, carnes rojas y grasas saturadas^{3, 9, 10, 15}. Practicar regularmente actividad física produce efectos beneficiosos a nivel cardiovascular, ayuda a mantener el peso ideal, reduce el riesgo de mortalidad y mejora la calidad de vida. Se recomienda evitar el sedentarismo e incrementar la actividad física paulatinamente, llegando a realizar al menos 30 minutos de actividad moderada al día^{9, 10, 15}. Por último, se debe animar a los pacientes a realizar ejercicio físico, aficiones y actividades sociales, además de los programas específicos de rehabilitación cardíaca. Es crucial la participación de la familia y el entorno social más cercano en este proceso de rehabilitación, reducir el estrés y dormir las horas de sueño adecuadas^{9, 10, 17}.

El hecho de producirse de manera súbita un evento cardiovascular hace que, en ocasiones, personas que eran antes reticentes a modificar de sus estilos de vida, empiecen a tomar conciencia de su importancia^{3, 16}. Se ha comprobado que los reingresos por IAM recurrente son muy frecuentes, sobre todo en los varones. 1 de cada 4 pacientes que abandona el hospital tras un episodio de síndrome coronario agudo sufrirá IAM u otra crisis cardiaca en los próximos cinco años, siendo el riesgo postinfarto mayor durante los 12 primeros meses^{4, 14, 22, 23}. De ahí que cobre especial importancia la rehabilitación cardiaca, que pretende reducir el riesgo de los pacientes y fomentar su reincorporación a una vida normal. Entre sus objetivos se encuentra controlar los FRCV con la adquisición de estilos de vida saludables, interfiriendo en las áreas física, psicológica y social de los individuos^{14, 15, 24, 30}.

Los factores que condicionan la adopción de estilos de vida saludables por parte de los pacientes pueden clasificarse en:

- Factores sanitarios, el acceso al sistema sanitario es clave ya que recibir un programa/estrategia educativa por parte del sistema sanitario les induce a adoptar hábitos de vida más saludables^{25, 26}.
- Socioeconómicos, el nivel educativo junto con la capacidad monetaria hacen más atractiva y factible la adquisición de comportamientos y formas de vida saludables mediante decisiones informadas, se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, etc^{19, 26, 27, 28, 29}.
- Psicosociales, tener un proyecto de vida, la autoestima y autonomía alta, el disfrute del tiempo libre, la integración social, apoyo familiar, el estado de salud percibido y la capacidad de autocuidado influyen favoreciendo la adquisición de estilos de vida saludables^{18, 28}.
- Biológicos, existen características y factores individuales que influyen en la percepción de beneficios de una determinada acción y que mantienen una relación significativa con la adopción de estilos de vida saludables, como son el sexo (las mujeres tienen un estilo de vida más promotor de salud) y la edad (a mayor edad es más difícil cambiar los comportamientos y estilos de vida)^{20, 26, 30}.

Tras revisar la información recogida acerca de las enfermedades cardiovasculares, su elevado impacto social y la importancia de la adquisición de hábitos de vida saludables por parte de los pacientes para su prevención, nos lleva a plantearnos los objetivos enunciados a continuación.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Conocer el perfil sociodemográfico, los factores de riesgo y los estilos de vida de las personas que han sido diagnosticadas de un IAM o angina de pecho en España, y estudiar los factores asociados a los estilos de vida no saludables en estos pacientes.

- **Objetivos específicos:**

1. Estudiar las características sociodemográficas, la presencia de factores de riesgo y los estilos de vida de las personas con IAM o angina.
2. Explorar si existen diferencias por sexo en el patrón sociodemográfico, factores de riesgo y estilos de vida en este tipo de sujetos.
3. Evaluar las diferencias según el momento del infarto en el patrón sociodemográfico, factores de riesgo y estilos de vida en los individuos estudiados.
4. Conocer los factores asociados a los estilos de vida no saludables en hombres y mujeres con IAM o angina de pecho.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio:**

El presente trabajo es un estudio descriptivo transversal. Se utilizó como fuente de información la Encuesta Europea de Salud de España de 2014 (ESEE-14).

- **Población incluida en el estudio y fuente de información:**

La ESEE-14 ha sido realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), siendo la adaptación española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por Eurostat y regulada por Reglamento (EC) 1338/2008 y Reglamento de la Comisión 141/2013.

El cuestionario para España fue adaptado conjuntamente por el INE y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para permitir la comparación con los principales indicadores de la Encuesta Nacional de Salud, añadiéndose además una serie de variables. La metodología utilizada permite continuar las series de los principales indicadores nacionales.

Es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a los hogares, donde se recoge información sanitaria relativa a la población residente en España de 15 y más años mediante un cuestionario común europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales.

- Población: Personas de 15 y más años residentes en viviendas familiares principales.
- Ámbito geográfico: Nacional.
- Trabajo de campo: Enero 2014 - febrero 2015.
- Tamaño muestral: 22.842 entrevistas personales.

El cuestionario consta de 4 módulos: módulo sociodemográfico (hogar e individual), módulo de estado de salud, módulo de asistencia sanitaria y módulo de determinantes de la salud.

Para este estudio se seleccionaron, de entre todos los entrevistados en la ESEE-14, los individuos diagnosticados por un médico de IAM o angina de pecho.

- **Variables incluidas:**

Las variables seleccionadas para el estudio pertenecieron a los módulos sociodemográficos, módulo de estado de salud y módulo de estilos de vida.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

- **Edad:** Se trata de una variable cuantitativa discreta y tiene una medida en escala: años.
- **Sexo:** Se trata de una variable cualitativa dicotómica y tiene una medida nominal que en que se divide en 1. Hombre y 2. Mujer.
- **Nivel educativo:** La pregunta en la EES-14 acerca de esta variable se formula: “Por favor, detalle a continuación cuál es el mayor nivel de estudios que ha obtenido”. Se trata de una variable cualitativa politómica, con nueve categorías diferentes de respuesta. Esta variable se recodificó en una nueva variable de tres categorías siguiendo la “Clasificación Internacional Normalizada de la Educación” (ISCED).

Las 3 nuevas categorías fueron: 1. Nivel educativo Bajo (Incluye: No sabe leer o escribir; Educación primaria incompleta, ha asistido menos de cinco años a la escuela; Educación primaria completa). 2. Nivel educativo Medio (Incluye: Primera etapa de enseñanza secundaria, con o sin título. 2ºESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental; Estudios de Bachillerato; Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes). 3. Nivel educativo Alto (Incluye: Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalente; Estudios Universitarios o equivalentes).

- **Situación laboral:** Se trata de una variable cualitativa politómica, con 8 categorías: 1. Trabajando; 2. En desempleo; 3. Jubilado o prejubilado; 4. Estudiando; 5. Incapacitado para trabajar; 6. Las labores del hogar; 7. Otros; 8. No Contesta (NC). Debido al bajo número de individuos de las categorías 4, 7 y 8, éstas serán eliminadas y pasaremos a recodificarla en una nueva variable cualitativa politómica con 5 categorías y 7 individuos perdidos.
- **País de nacimiento:** Se trata de una variable cualitativa dicotómica, y las dos categorías posibles son: 1. España y 2. Extranjero.
- **Lugar de residencia:** Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 7 categorías diferentes, según el número de habitantes del lugar de residencia. Para facilitar el análisis de esta variable se recodificó en una nueva variable, agrupando en tres categorías.

Las nuevas categorías son las siguientes: 1. Núcleo urbano (Incluye: Municipio de más de 500.000 habitantes; Municipio capital de provincia, excluyendo los anteriores;

Municipios con más de 100.000 habitantes, excluyendo los anteriores). 2. Núcleo semiurbano (Incluye: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes; Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes; Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes). 3. Núcleo rural (Incluye Municipios con menos de 10.000 habitantes).

- **Estado civil legal:** Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 4 categorías diferentes: 1. Casado; 2. Soltero; 3. Viudo; 4. Divorciado.
- **Cobertura sanitaria público-privada (accesibilidad a servicios de salud):** “¿Podría decirme ahora, de cuál o cuáles de las siguientes modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o privado) es usted titular o beneficiario?”. Esta variable se recodificó en cuatro categorías: 1. Individuos con posibilidad exclusiva de acudir a la Sanidad Pública; 2. Individuos con posibilidad exclusiva de acudir a un seguro médico privado, (que no cumpliesen criterios de inclusión en el grupo 1); 3. Individuos con cobertura tanto del “Grupo 1” como del “Grupo 2” no incluidos en los anteriores apartados. 4. Individuos con criterios de exclusión y por tanto omitidos del análisis estadístico. Debido al bajo número de individuos incluidos en los grupos 2. Privada y 4. Sin cobertura; la variable se recodificó en dos categorías: 1. Sólo cobertura sanitaria pública y 2. Cobertura sanitaria privada o doble. Se prescindió de la categoría “sin cobertura sanitaria” ya que solo había un individuo en ella.
- **Apoyo social (factor psicosocial):** En la EESE-14 la pregunta se plantea: “En caso de problema personal grave, ¿con cuántas personas podría contar?”. Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 4 categorías diferentes según la respuesta del entrevistado. Se recodificó en una nueva variable dicotómica según tenga apoyo social o no. Las nuevas categorías son: 1. Sin apoyo social (Incluye Ninguna) y 2. Con apoyo (Incluye: 1 o 2 personas; De 3 a 5 personas; Más de 5 personas).

VARIABLES CLÍNICAS:

- **Enfermedades diagnosticadas:** Dentro de este apartado se incluyen 6 variables diferentes. La pregunta planteada en la EESE-14 es: “si de las siguientes enfermedades o problemas de salud, le ha dicho un médico que la padece”, por tanto, han sido diagnosticadas por un médico.

Las 6 enfermedades que utilizaremos como variables de nuestro estudio son: **1. HTA; 2. Otras enfermedades del corazón; 3. DM; 4. Hipercolesterolemia; 5. Ansiedad y 6. Depresión.**

Todas ellas son variables cualitativas dicotómicas y categorías de respuesta 1. Sí y 2. No. Se seleccionaron estas variables al ser patologías relacionadas con la existencia de la enfermedad de estudio (IAM o angina de pecho).

- **Tratamientos/Consumo de fármacos:** Dentro de este apartado también se incluyen 6 variables diferentes. La pregunta planteada en la EESE-14 es: “A continuación voy a leerle una lista de tipos de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?”. Se seleccionaron 6 tipos de medicamentos que habían sido recetados por un médico. Son los siguientes: **1. Fármacos para el corazón; 2. Para la TA; 3. Hipolipemiantes; 4. Para la DM; 5. Antidepresivos y Estimulantes y 6. Tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir.**

Todas ellas son variables cualitativas dicotómicas y categorías de respuesta 1. Sí y 2. No. El motivo de selección fue el mismo que para las patologías.

- **Tiempo transcurrido desde el evento:** Calculado a partir de la variable categórica “¿Ha padecido la patología en los últimos doce meses?”. Se obtuvo una variable dicotómica según si el IAM o angina de pecho se habían producido en el último año o si había transcurrido más de un año.

VARIABLES DE ESTILOS DE VIDA:

- **Fumador diariamente:** En la EESE-14 se pregunta: “¿Podría decirme si fuma?”. Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 4 categorías diferentes según la respuesta del entrevistado. Se recodificó en una nueva variable, agrupando en dos categorías, variable cualitativa dicotómica según fume a diario o no. Las nuevas categorías son: 1. Fumador (Incluye Sí, fumo a diario) y 2. No fumador (Incluye: Sí fumo, pero no a diario; No fumo actualmente, pero he fumado antes; No fumo ni he fumado nunca de manera habitual).
- **IMC \geq 25:** Se trata de una variable cuantitativa continua con medida en escala y un decimal, su unidad de medida es kg/m². Es una nueva variable calculada a partir de las

variables –Altura en metros (tras transformar la variable de altura en cm a m) y -Peso en kg. Se divide el Peso en Kg entre el cuadrado de la Altura en m. Tras obtener la variable IMC, se recodificó en una nueva variable cualitativa dicotómica con dos categorías diferentes: 1. Sobrepeso (si los valores son \geq de 25) y 2. Sin sobrepeso (valores $<$ de 25).

- **Ejercicio físico habitual:** En la EESE-14 se pregunta: “¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”. Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 4 categorías diferentes según la respuesta del entrevistado. Esta variable se recodificó en una variable cualitativa dicotómica, según realice ejercicio físico o no (sea sedentario).

Las nuevas categorías son: 1. Sedentario (Incluye: No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria) y 2. No sedentario (Incluye: Hago alguna actividad física o deportiva ocasional; Hago alguna actividad física varias veces al mes; Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana).

- **Alimentación:** En la EESE-14 la pregunta se plantea: “¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?”. Existen 6 opciones diferentes de respuesta para cada tipo de alimento, que son: -Una o más veces al día; -De cuatro a seis veces a la semana; -Tres veces a la semana; -Una o dos veces a la semana; - Menos de una vez a la semana; - Nunca.

Se seleccionaron las variables de consumo de **fruta fresca, verduras, ensaladas y hortalizas y zumos naturales** una o más veces al día al considerarse como hábito saludable. Estas tres variables son cualitativas politómicas que se dividen en las 6 categorías anteriormente comentadas. Se recodificaron agrupando en dos categorías, variable cualitativa dicotómica con medida nominal, según su consumo se realice una o más veces al día o no. Las nuevas categorías son: 1. Diario (Incluye la opción una o más veces al día) y 2. No diario (Incluye al resto de opciones de respuesta).

Para realizar el análisis de regresión logística se creó una sola variable resumen en la que se incluían el consumo de fruta fresca, de verduras, ensaladas y hortalizas y de zumos naturales a diario.

- **Consumo de alcohol diariamente:** En la EESE-14 se pregunta: “Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)?”. Se trata de una variable cualitativa politómica que se divide en 9 categorías diferentes

según la respuesta del entrevistado. Se recodificó en una variable cualitativa dicotómica según su consumo fuera a diario o no.

Las nuevas categorías son: 1. Alto consumo (Incluye: A diario o casi a diario) y 2. Consumo moderado (Incluye: 5-6 días por semana; 3-4 días por semana; 1-2 días por semana; 2-3 días en un mes; Una vez al mes; Menos de una vez al mes; No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol; Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida).

- **Análisis estadístico.**

Para responder al primer objetivo específico planteado: “Estudiar las características sociodemográficas, la presencia de factores de riesgo y los estilos de vida de las personas con IAM o angina”, se llevó a cabo un análisis descriptivo. Las variables categóricas se describieron mediante el número de veces que se observa un resultado, porcentaje sobre la población total a estudio e intervalo de confianza al 95%. Para la variable “Edad” se comprobó la normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov. Al no cumplir criterios de normalidad ($p < 0,05$) se describió utilizando la Mediana, el Mínimo y Máximo y el Rango Intercuartílico.

Para explorar si existen diferencias por sexo en el patrón sociodemográfico, factores de riesgo y estilos de vida en este tipo de sujetos, se realizó un análisis bivariado con tablas de contingencia, utilizando el test de Chi cuadrado, considerando como diferencias estadísticamente significativas los valores $p < 0,05$. Para la variable “Edad” se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Estos análisis se repitieron utilizando como variable de estratificación el momento del episodio cardiovascular.

El último objetivo específico: “Conocer los factores asociados a los estilos de vida en hombres y mujeres con IAM o angina de pecho”, se estudió mediante la realización de análisis de regresión logística considerando como variables independientes cada una de las cuatro variables de estilos de vida no saludables (hábito tabáquico, sedentarismo, hábito alcohólico y no consumo de frutas, verduras y zumos a diario). Para cada modelo se obtuvieron las Odds Ratios (OR) y los IC al 95% crudas (papel de las variables de manera individual) y ajustadas (incluyendo todas las variables consideradas). Las variables correspondientes a las enfermedades diagnosticadas y al consumo de fármacos se analizaron agrupadas (número de patologías y número de fármacos) y por separado.

Para evitar sesgos relacionados con la metodología de la encuesta, principalmente ligados a la no respuesta, se utilizó el factor de ponderación proporcionado por el INE, corregido por el método Normal. Este método permite mantener el tamaño muestral existente pero proporciona una corrección no sesgada de los resultados.

Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22 para llevar a cabo todos los análisis de datos precisos. Para realizar algunos cálculos, como la obtención de Intervalos de Confianza de proporciones, se empleó el programa EPIDAT (versión 3.1).

- **Consideraciones éticas:**

Para este estudio se utilizaron los microdatos proporcionados por el INE. Estos microdatos son de acceso público y están debidamente anonimizados, no siendo por tanto necesaria la autorización del Comité de Ética para la realización de este estudio.

RESULTADOS

NIVEL GLOBAL:

916 pacientes declararon haber sido diagnosticados de IAM o angina en la EES-14. 7 de ellos tenían edades inferiores a 30 años, por lo que se optó por eliminarlos del estudio, ya que podía tratarse de errores de registro o de casos no relacionados con los estilos de vida. Por tanto, la muestra final del estudio fue de 909 individuos.

Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho.

En la **tabla 1** se encuentran las características sociodemográficas de las personas que declararon tener un diagnóstico de IAM o angina de pecho. Así, la mediana de edad de las personas con IAM o angina fue de 72 años (prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov $<0,05$). El sujeto más joven que refirió haber sido diagnosticado de una de estas patologías tenía 33 años y el mayor 98, existiendo un rango intercuartílico de 18. (**figura 1**).

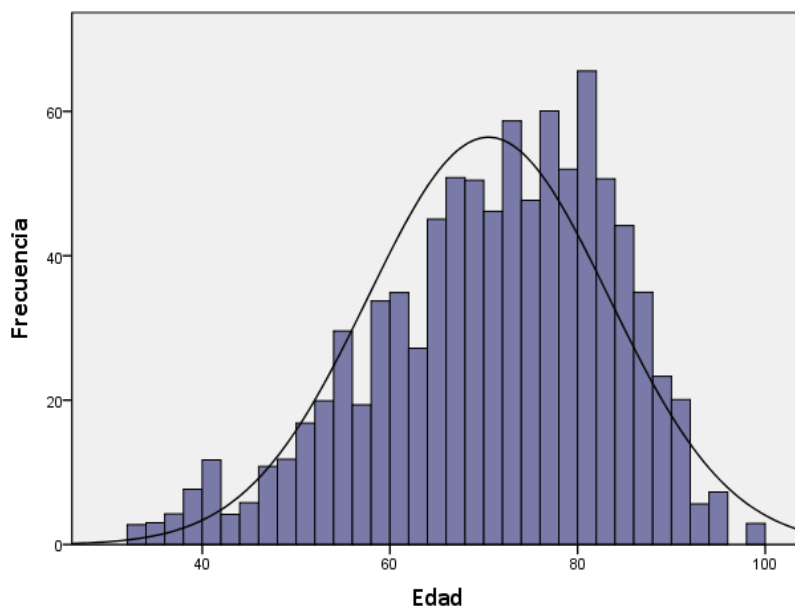
En lo relativo al sexo, la frecuencia de hombres que han sufrido IAM o angina es del 66,2%, IC 95%: (62,9-69,2) y la de mujeres es del 33,8%, IC 95%: (30,7-37,0). Se observó una mayor frecuencia de individuos con nivel bajo de estudios que han sufrido IAM o angina, el 67,1%, IC 95%: (63,9-70,2). Solo el 13,4%, IC 95%: (11,1-15,6), está trabajando en la actualidad y el 70,4%, IC 95%: (67,3-73,4), son jubilados o prejubilados. El 93,7%, IC 95%: (92,1-95,3), de los entrevistados diagnosticados de IAM o angina, son nacidos en España y el 42,6%, IC 95%: (39,3-45,8), residentes en núcleo urbano. Un gran porcentaje, 69,2%, IC 95%: (66,1-72,2), son individuos casados. Respecto a la accesibilidad a servicios de salud, el 89,1%, IC 95%: (87,0-91,2), de los individuos cuentan con cobertura sanitaria pública y el 10,9% (IC 95%: (8,8-13,0), con doble cobertura (tanto pública como privada). Por último, 98%, IC 95%: (97,1-99,0), de los individuos diagnosticados de IAM o angina de pecho cuentan con apoyo social.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho.

	N=909	%	IC 95%
Edad	Mediana=72	Min=33. Máx=98.	Rango IQ=18.
Sexo			
Hombre	601	66,2	62,9-69,2
Mujer	308	33,8	30,7-37,0
Nivel Educativo			
Nivel Bajo	610	67,1	63,9-70,2
Nivel Medio	182	20,0	17,3-22,6
Nivel Alto	117	12,9	10,6-15,1
Situación Laboral			
Trabajando	122	13,4	11,1-15,6
En desempleo	42	4,6	3,2-6,0
Jubilado/Prejubilado	640	70,4	67,3-73,4
Incapacitado para trabajar	37	4,1	2,7-5,4
Labores del hogar	61	6,7	5,0-8,4
País de Nacimiento			
España	852	93,7	92,1-95,3
Extranjero	57	6,3	4,6-7,9
Lugar de Residencia			
Núcleo Urbano	387	42,6	39,3-45,8
Núcleo Semiurbano	303	33,3	30,2-36,4
Núcleo Rural	219	24,1	21,3-26,9
Estado civil			
Soltero	43	4,7	3,3-6,1
Casado	619	69,2	66,1-72,2
Viudo	195	21,5	18,7-24,1
Divorciado	41	4,5	3,1-5,9
Cobertura Sanitaria			
Pública	810	89,1	87,0-91,2
Privada o Doble	99	10,9	8,8-13,0
Apoyo Social			
Sin apoyo	18	2,0	1,0-2,9
Con apoyo	891	98,0	97,1-99,0

N: Número. %: Porcentaje. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Figura 1: Histograma variable Edad.



Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

Factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho.

En la **tabla 2** aparecen los datos referidos a los factores de riesgo y estilos de vida de los individuos entrevistados y diagnosticados de IAM o angina de pecho. Algunos de ellos presentan comorbilidades con otras enfermedades, de las que destacan la HTA, con un 60,7%, IC 95%: (57,5-63,9), la hipercolesterolemia, 50,6%, IC 95%: (47,3-53,9) y la Diabetes Mellitus, 25,9%. IC 95%: (23,1-28,9).

Respecto a los tratamientos farmacológicos, muchos de los individuos consumen fármacos para distintas patologías relacionadas con el IAM y la angina. El 79,4%, IC 95%: (76,6-82,0), de ellos consumen fármacos para el corazón; el 69,9%, IC 95%: (66,9-73,0), para la HTA y el 53,3%, IC 95%: (49,8-56,4), hipolipemiantes.

El 12,3%, IC 95%: (10,1-14,5), de los pacientes que han sufrido IAM o angina de pecho son fumadores a diario en la actualidad y el 24,2%, IC 95%: (21,4-27,0), tienen un alto consumo de alcohol. El porcentaje de individuos con sobrepeso, $IMC \geq 25$, es del 71,7%, IC 95%: (68,7-74,7); el 52,8%, IC 95%: (49,5-56,1) son sedentarios, no realizan ejercicio físico habitualmente y, aunque el 76,2%, IC 95%: (73,9-78,5), consume fruta fresca a diario, solo el 49,7%, IC 95%: (46,3-52,9), consume verduras, ensaladas u hortalizas.

Tabla 2: Factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho.

	N=909	%	IC 95%
Enfermedades diagnosticadas:			
HTA	552	60,7	57,5-63,9
Otras enfermedades del corazón	168	18,4	15,9-21,1
DM	236	25,9	23,1-28,9
Hipercolesterolemia	460	50,6	47,3-53,9
Ansiedad	136	14,9	12,6-17,9
Depresión	179	19,5	16,9-22,2
Tratamientos recetados:			
Fármacos para el corazón	721	79,4	76,6-82,0
Para la TA	636	69,9	66,9-73,0
Hipolipemiantes	483	53,3	49,8-56,4
Para la DM	216	23,7	20,9-26,6
Antidepresivos, estimulantes	130	14,3	12,0-16,7
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	294	32,4	29,2-34,4
Hábito tabáquico			
Fumador a diario	112	12,3	10,1-14,5
Fumador no diario	297	87,7	85,5-89,9
IMC >= 25			
Con sobrepeso	652	71,7	68,7-74,7
Sin sobrepeso	257	28,3	25,3-31,3
Ejercicio físico habitual			
Sedentarios	480	52,8	49,5-56,1
No sedentarios	429	47,2	43,9-50,1
Alimentación: consumo 1 ó más veces al día de:			
Fruta fresca	692	76,2	73,9-78,5
Verduras, Ensaladas y Hortalizas	551	49,7	46,3-52,9
Zumos naturales	112	12,3	10,1-14,5
Hábito alcohólico			
Alto consumo	220	24,2	21,4-27,0
Consumo moderado	689	75,8	73,0-78,6

N: Número. %: Porcentaje. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS POR SEXO:

Se realizó el estudio descriptivo de las variables seleccionadas estratificado por sexo, para conocer las posibles diferencias entre hombres y mujeres. De la muestra de individuos entrevistados en la EESE-14 que han sido diagnosticados de IAM o angina de pecho, 601 son hombres y 308 mujeres.

Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho estratificado por “Sexo”.

En la **tabla 3** se encuentran los datos relacionados con las características sociodemográficas de los individuos estratificado por sexo. Observamos que la mediana de edad de los hombres con IAM o angina de pecho fue de 60 años (prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov $<0,05$), el más joven tenía 33 años y el mayor 95, con un rango intercuartílico de 17. (**figura 2**). Para las mujeres la mediana de edad es de 76 años, la más joven fue diagnosticada de IAM o angina a los 34 años y la más mayor a los 98, existiendo un rango intercuartílico de 17. (**figura 3**). Al ser una variable no paramétrica, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, observándose diferencias estadísticamente significativas en la Edad según el Sexo ($p<0,05$).

Para el resto de características sociodemográficas se utilizó el estadístico Chi-cuadrado y se comprobó que existía una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y las variables Nivel educativo, Situación laboral, Lugar de residencia y Estado civil ($p<0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias para la variable País de nacimiento, Accesibilidad a Servicios de Salud y Apoyo social ($p>0,05$).

Respecto al Nivel educativo es destacable el alto porcentaje de mujeres con nivel bajo de estudios que han sido diagnosticadas de IAM o angina, 76,9%, IC 95%: (72,0-81,2). En los hombres esta cifra no es tan elevada, 55,6%, IC 95%: (51,5-59,6). En la variable Situación laboral las mayores diferencias por sexo se encuentran entre las categorías “trabajando”, 16,0% en hombres, IC 95%: (12,5-18,4), y 8,4% en mujeres, IC 95%: (5,2-11,7); y “dedicados a labores del hogar”, 0,7% en hombres, IC 95%: (0,2-1,7), y 18,4% en mujeres, IC 95%: (14,0-22,9).

En cuanto a las variables País de Nacimiento y Lugar de Residencia no se aprecian grandes variaciones entre sexos en sus diferentes categorías.

Sin embargo, en la variable Estado civil legal, sí que encontramos diferencias por sexo en las categorías “casado”: 83,7%, IC 95%: (80,7-86,7), en hombres y 41,0%, IC 95%: (35,4-46,7), en mujeres; y “viudo”: 8,1%, IC 95%: (5,9-10,4), en hombres y 47,6%, IC 95%: (41,8-53,3), en mujeres.

Respecto a la variable de accesibilidad a servicios de salud existe para ambos sexos una gran mayoría de individuos diagnosticados de IAM y angina de pecho con cobertura sanitaria pública, 88,4%, IC 95%: (85,7-91,0), en hombres y 90,6%, IC 95%: (87,2-94,0), en mujeres. El porcentaje de individuos con cobertura sanitaria doble (pública y privada) es de 11,6%, IC 95%: (9,0-14,3), en hombres y 9,4%, IC 95%: (6,0-12,8), en mujeres.

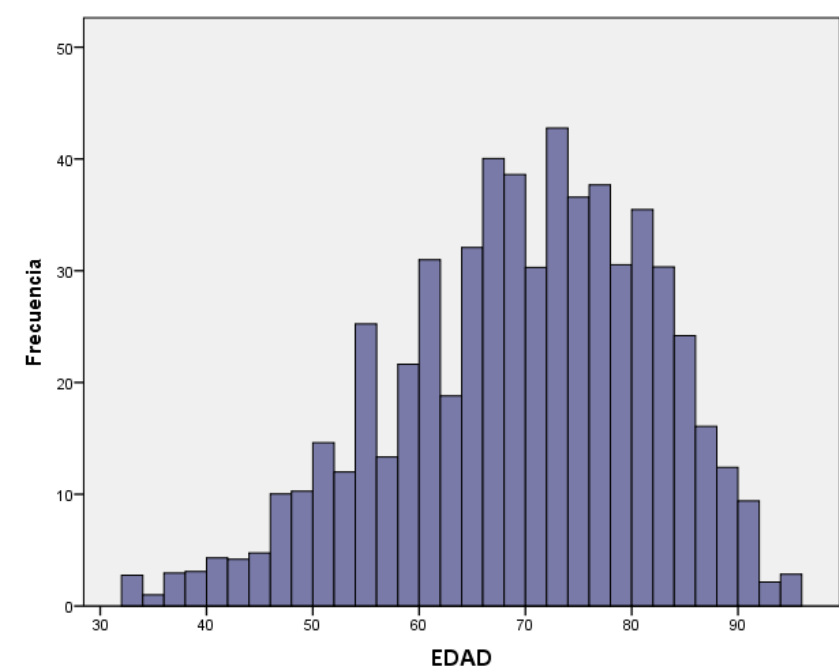
Podemos observar también altos porcentajes, muy cercanos al 100%, de individuos diagnosticados de IAM o angina de pecho que cuentan con apoyo social tanto en hombres como en mujeres. Debido a la baja cifra de individuos sin apoyo social, se prescindirá de esta variable en los siguientes análisis.

Tabla 3: Características sociodemográficas de las personas con IAM o angina de pecho estratificado por sexo.

		Hombre (N=601)		Mujer (N=308)		p
		N (%)	IC95%	N (%)	IC95%	
		Mediana=60. Min=33. Máx=95		Mediana=76. Min=34. Máx=98.		
		Rango IQ=17.		Rango IQ=17.		
Edad						<0,001*
Nivel Educativo						<0,001*
	Nivel Bajo	334 (55,6)	51,5-59,6	237(76,9)	72,0-81,2	
	Nivel Medio	166(27,6)	24,0-31,3	42(13,7)	9,7-17,7	
	Nivel Alto	101(16,8)	13,7-19,9	29(9,4)	6,0-12,9	
Situación Laboral						<0,001*
	Trabajando	96(16,0)	12,5-18,4	26(8,4)	5,2-11,7	
	En desempleo	27(4,5)	2,8-6,2	15(4,9)	2,3-7,4	
	Jubilado/Prejubilado	438(72,9)	69,2-76,5	202(65,7)	60,2-71,1	
	Incapacitado para trabajar	30(5,0)	3,2-6,8	7(2,3)	0,4-4,1	
	Labores del hogar	4(0,7)	0,2-1,7	57(18,4)	14,0-22,9	
País de Nacimiento						
	España	565(94,0)	92,0-96,0	287(93,2)	90,2-96,1	0,613
	Extranjero	36(6,0)	4,1-8,0	21(6,8)	3,9-9,8	
Lugar de Residencia						
	Núcleo Urbano	240(39,9)	35,9-43,9	148(48,1)	42,3-53,8	0,040*
	Núcleo Semiurbano	204(33,9)	30,1-37,8	98(31,8)	26,5-37,2	
	Núcleo Rural	157(26,1)	22,5-29,7	62(20,1)	15,5-24,8	
Estado civil						
	Soltero	25(4,2)	2,5-5,8	18(5,9)	3,1-8,7	<0,001*
	Casado	503(83,7)	80,7-86,7	126(41,0)	35,4-46,7	
	Viudo	49(8,1)	5,9-10,4	147(47,6)	41,8-53,3	
	Divorciado	24(4,0)	2,3-5,6	17(5,5)	2,8-8,2	
Cobertura Sanitaria						
	Pública	531(88,4)	85,7-91,0	279(90,6)	87,2-94,0	0,627
	Privada o Doble	70(11,6)	9,0-14,3	29(9,4)	6,0-12,8	
Apoyo Social						
	Sin apoyo	11(2,0)	0,8-3,2	7(2,3)	0,4-4,1	0,780
	Con apoyo	590(98,0)	96,8-99,2	301(97,7)	95,9-99,6	

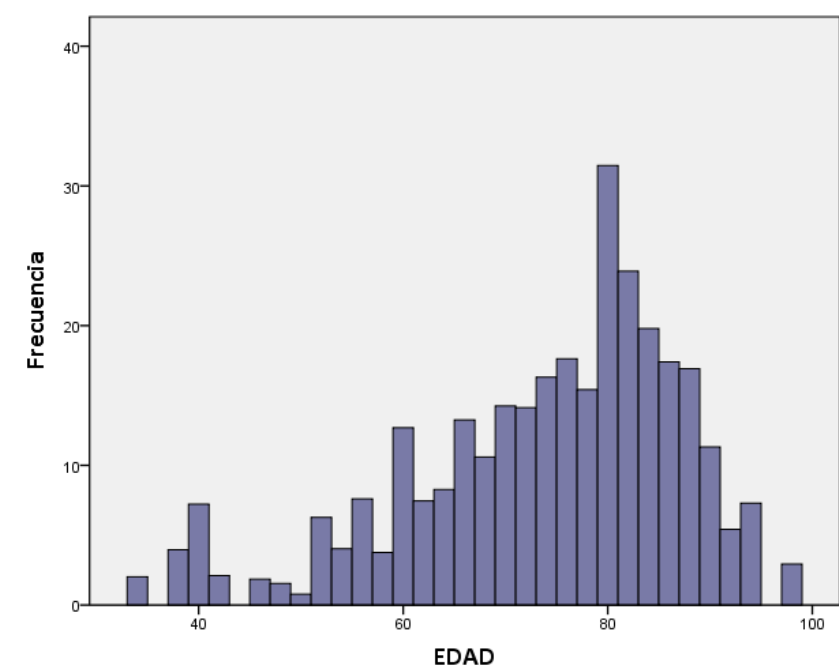
N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p en Variable Edad mediante la prueba U de Mann-Whitney. Valor p en resto de variables mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

Figura 2: Histograma variable Edad en Hombres.



Edad: Años. Frecuencia: Número de Individuos.

Figura 3: Histograma variable Edad en Mujeres.



Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

Factores de riesgo y los estilos de vida en personas con IAM o angina de pecho según el sexo de los pacientes.

Los datos acerca de los factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho estratificado por sexo se pueden encontrar en la **tabla 4**. Mediante el estadístico Chi-cuadrado observamos que la única enfermedad diagnosticada a pacientes que han sufrido IAM o angina de pecho y que presenta asociación estadísticamente significativa por sexo es la depresión ($p < 0,05$); 12,5%, IC 95%: (9,8-15,2), en hombres y 33,2%, IC 95%: (27,8-38,7), en mujeres.

También cabe destacar que, a pesar de no presentar asociación estadísticamente significativa por sexo ($p > 0,05$), las enfermedades diagnosticadas más presentes tanto en hombres como en mujeres son la HTA, 58,6%, IC 95%: (54,5-62,6), en hombres y 65,1%, IC 95%: (59,7-70,6), en mujeres, y la Hipercolesterolemia, 48,8%, IC 95%: (44,7-52,8), en hombres y 54,7%, IC 95%: (49,0-60,5), en mujeres.

Respecto a los tratamientos farmacológicos recetados por un médico a pacientes diagnosticados de IAM o angina de pecho, no se observa relación estadísticamente significativa entre hombres y mujeres mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p > 0,05$). En ambos sexos, los fármacos más consumidos son para el corazón, 80,9%, IC 95%: (77,6-84,1), en hombres y 76,6%, IC 95%: (71,6-81,4), en mujeres, y para la HTA, 67,7%, IC 95%: (63,9-71,6), en hombres y 74,3%, IC 95%: (69,2-74,3), en mujeres.

Tanto la variable de consumo diario de tabaco como la de alto consumo de alcohol presentan una asociación estadísticamente significativa con el sexo mediante el estadístico Chi-cuadrado ($p < 0,05$). En ambos casos el consumo es superior en hombres.

Para la variable “ejercicio físico habitual” también se observa relación estadísticamente significativa por sexo, existiendo un mayor porcentaje de mujeres sedentarias y de hombres no sedentarios. La variable sobrepeso no presenta diferencias estadísticamente significativas entre sexo, pero en ambos se ven altos porcentajes de personas diagnosticadas de IAM o angina de pecho y que presentan un IMC ≥ 25 ; 72,7%, IC 95%: (69,1-76,4), en hombres y 69,8%, IC 95%: (64,5-75,1), en mujeres. Respecto al consumo de alimentos saludables una o más veces al día, tampoco existe asociación estadísticamente significativa por sexo, siendo el alimento más consumido por ambos la fruta fresca.

Tabla 4: Factores de riesgo y estilos de vida de los pacientes con IAM o angina de pecho estratificado por sexo.

	Hombre (N=601)		Mujer (N=308)		
	N(%)	IC95%	N(%)	IC95%	p
Enfermedades diagnosticadas:					
HTA	352(58,6)	54,5-62,6	200(65,1)	59,7-70,6	0,704
Otras enfermedades del corazón	96(16,0)	13,0-19,0	72(23,4)	18,6-28,4	0,250
DM	149(24,8)	21,3-28,3	87(28,3)	23,1-33,5	0,445
Hipercolesterolemia	293(48,8)	44,7-52,8	168(54,7)	40,0-60,5	0,672
Ansiedad	61(10,0)	7,6-12,5	75(24,4)	19,5-29,4	0,146
Depresión	75(12,5)	9,8-15,2	101(33,2)	27,8-38,7	0,048*
Tratamientos recetados:					
Fármacos para el corazón	486(80,9)	77,6-84,1	235(76,6)	71,6-81,4	0,545
Para la TA	407(67,7)	63,9-71,6	228(74,3)	69,2-74,3	
Hipolipemiantes	324(54,1)	50,0-58,1	158(48,9)	43,1-54,6	
Para la DM	138(23,0)	19,5-26,4	78(25,4)	20,4-30,4	
Antidepresivos, estimulantes	61(10,1)	7,7-12,6	68(22,1)	17,3-27,0	0,169
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	151(25,1)	21,6-28,7	144(46,9)	41,2-52,7	
Hábito tabáquico					0,006*
Fumador a diario	87(14,4)	11,7-17,3	25(8,1)	4,9-11,4	
Fumador no diario	514(85,6)	82,7-88,4	283(91,9)	88,6-95,1	
IMC >= 25					0,357
Con sobrepeso	437(72,7)	69,1-76,4	215(69,8)	64,5-75,1	
Sin sobrepeso	164(27,3)	23,6-30,9	93(30,2)	24,9-35,5	
Ejercicio físico habitual					<0,001*
Sedentarios	274(45,5)	41,5-49,6	206(66,9)	61,5-72,3	
No sedentarios	327(54,5)	50,4-58,5	102(33,1)	27,7-38,5	
Alimentación: consumo 1 ó más veces al día de:					
Fruta fresca	455(75,7)	72,2-79,2	237(77,2)	72,3-82,1	0,618
Verduras, Ensaladas y Hortalizas	297(49,3)	45,3-53,4	155(50,3)	44,6-56,1	0,778
Zumos naturales	71(11,8)	9,1-14,5	41(13,3)	9,4-17,3	0,510
Hábito alcohólico					<0,001*
Alto consumo	196(32,6)	28,8-36,4	23(7,5)	4,4-10,6	
Consumo moderado	405(67,4)	63,6-71,2	285(92,5)	89,4-95,6	

N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

RESULTADOS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE TUVO LUGAR EL EPISODIO DE IAM O ANGINA DE PECHO:

Se realizó un análisis descriptivo estratificando por la variable “tiempo”, en la que se diferenciaban según si el tiempo transcurrido desde que ocurrió el IAM o la angina de pecho es superior a doce meses o no. Los análisis se realizaron por separado para hombres y mujeres.

Los resultados sobre las variables sociodemográficas analizadas para hombres y mujeres se pueden observar en las **tablas 5 y 6**. Mediante el estadístico Chi-cuadrado se observa que existe asociación estadísticamente significativa en hombres según el tiempo en que tuvo lugar el IAM o angina de pecho para las variables “Nivel educativo” y “País de nacimiento” ($p < 0,005$). Así, existió un mayor porcentaje de individuos con nivel educativo bajo y con país de nacimiento España si el episodio tuvo lugar hace menos de doce meses. Sin embargo, en mujeres, no se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el tiempo y ninguna variable sociodemográfica considerada.

Los resultados sobre las variables de estilo de vida de hombres y mujeres se encuentran en las **tablas 7 y 8**. Para hombres se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la variable tiempo y las variables “Fumar” y “Consumo 1 o más veces al día de zumos naturales”, con un mayor número de fumadores a diario y mayor consumo de zumos naturales si el episodio tuvo lugar hace más de doce meses. Para mujeres esta asociación se observó con las variables “Enfermedad diagnosticada: Ansiedad” (más casos diagnosticados de ansiedad si el episodio tuvo lugar hace menos de doce meses) y “Consumo 1 o más veces al día de hortalizas” (mayor consumo de hortalizas si fue hace más de doce meses).

Las **figuras 4 y 5** son los histogramas que representan a la variable Edad en Hombres que han padecido IAM o angina de pecho hace más o menos de un año, éstos presentan medianas de edad de 70 y 72 años respectivamente. Y las **figuras 6 y 7** son los que representan a las mujeres, con medianas de edad de 76 y 77 años.

Tabla 5: Características sociodemográficas de los Hombres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

	Últimos 12 meses (N=203)		Más de 12 meses (N=398)		p
	N (%)	IC95%	N (%)	IC95%	
	Mediana=72. Min=37. Máx=94.	Rango IQ=20.	Mediana=70. Min=33. Máx=95.	Rango IQ=16.	
Edad					0,298
Nivel Educativo					0,04*
Nivel Bajo	127(62,6)	55,7-69,5	207(52,0)	47,0-57,0	
Nivel Medio	45(22,2)	16,2-28,1	121(30,4)	25,8-35,0	
Nivel Alto	31(15,3)	10,1-20,5	70(17,6)	13,7-21,5	
Situación Laboral					0,767
Trabajando	29(13,8)	8,8-18,8	67(17,1)	13,3-29,9	
En desempleo	11(5,5)	2,1-8,8	16(3,8)	1,8-5,8	
Jubilado/Prejubilado	149(73,5)	67,1-79,7	289(72,4)	67,8-76,9	
Incapacitado	12(6,0)	2,4-9,4	18(4,8)	2,6-7,0	
Labores del hogar	1(0,6)	0,0-2,7	3(1,0)	0,3-2,6	
País de Nacimiento					0,012*
España	197(97,0)	94,4-99,6	368(92,5)	87,9-95,2	
Extranjero	6(3,0)	0,8-5,7	30(7,5)	4,8-10,3	
Lugar de Residencia					0,448
Núcleo Urbano	81(40,1)	33,1-47,1	159(39,7)	34,8-44,7	
Núcleo Semiurbano	75(36,6)	29,7-43,5	129(32,7)	27,9-37,4	
Núcleo Rural	47(23,3)	17,2-29,3	110(27,6)	23,1-32,2	
Estado civil					0,13
Soltero	11(5,4)	2,1-8,8	14(3,5)	1,6-5,5	
Casado	157(77,3)	71,3-83,7	346(86,9)	83,5-90,4	
Viudo	24(11,8)	7,1-16,5	25(6,3)	3,8-8,8	
Divorciado	11(5,4)	2,1-8,8	13(3,3)	1,4-5,1	
Cobertura Sanitaria					0,654
Pública	178(88,1)	83,4-93,8	354(88,7)	85,5-91,9	
Privada o Doble	25(12,4)	7,6-17,2	44(11,1)	7,8-14,3	
Apoyo Social					0,974
Sin apoyo	4(2,0)	0,5-5,0	7(2,0)	0,5-3,5	
Con apoyo	199(98,0)	95,0-99,4	391(98,0)	96,5-99,5	

N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p en Variable Edad mediante la prueba U de Mann-Whitney. Valor p en resto de variables mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

Tabla 6: Características sociodemográficas de las Mujeres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

	Últimos 12 meses (N=163)		Más de 12 meses (N=145)		
	N (%)	IC95%	N (%)	IC95%	p
	Mediana=77.		Mediana=76.		
	Min=34.	Rango	Min=40.	Rango	
Edad	Máx=98.	IQ=18.	Máx=94.	IQ=18.	0,571
Nivel Educativo					
Nivel Bajo	129(79,1)	72,6-85,9	108(74,5)	67,0-81,9	
Nivel Medio	23(14,1)	8,5-19,8	19(13,1)	7,3-18,9	
Nivel Alto	11(6,7)	2,6-10,9	18(12,4)	6,7-18,1	
Situación Laboral					
Trabajando	13(8,0)	3,5-12,4	13(9,1)	4,0-14,0	0,938
En desempleo	8(4,9)	1,3-8,5	7(4,8)	1,0-8,7	
Jubilado/Prejubilado	107(66,3)	58,7-73,8	95(65,5)	57,4-73,6	
Incapacitado	4(2,5)	0,7-6,2	3(1,4)	0,7-4,9	
Labores del hogar	31(19,0)	12,7-25,4	26(17,9)	11,3-24,5	
País de Nacimiento					
España	152(93,3)	89,1-97,4	135(93,1)	88,6-97,6	0,874
Extranjero	11(6,7)	2,6-10,9	10(6,9)	2,4-11,4	
Lugar de Residencia					
Núcleo Urbano	73(44,8)	36,8-56,7	75(51,7)	43,2-60,2	0,089
Núcleo Semiurbano	50(30,7)	23,3-38,1	48(33,1)	25,1-41,1	
Núcleo Rural	40(24,6)	17,6-31,5	22(15,2)	9,0-21,4	
Estado civil					
Soltero	13(8,0)	3,5-12,4	5(3,4)	1,1-7,9	
Casado	66(40,5)	32,6-48,6	60(41,4)	33,0-49,7	
Viudo	77(47,2)	39,3-55,2	70(48,3)	39,8-56,8	
Divorciado	7(4,3)	0,9-7,7	10(6,9)	0,4-5,9	
Cobertura Sanitaria					
Pública	143(87,3)	82,4-93,1	135(93,1)	88,6-97,6	0,153
Privada o Doble	20(12,3)	6,9-17,6	10(6,9)	2,4-11,4	
Apoyo Social					
Sin apoyo	5(3,1)	1,0-7,0	3(2,1)	0,4-5,9	0,496
Con apoyo	158(97,0)	93,0-99,0	142(97,9)	94,1-97,6	

N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p en Variable Edad mediante la prueba U de Mann-Whitney. Valor p en resto de variables mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

Tabla 7: Factores de riesgo y estilos de vida de los Hombres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

		Últimos 12 meses (N=203)		Más de 12 meses (N=398)		
		N(%)	IC95%	N(%)	IC95%	p
Enfermedades diagnosticadas:						
	HTA	124(35,2)	30,1-40,4	228(64,8)	59,6-69,9	0,194
	Otras enfermedades del corazón	40(31,7)	31,3-52,1	56(58,6)	47,9-68,7	
	DM	51(34,5)	26,5-42,5	98(65,5)	57,5-73,5	0,469
	Hipercolesterolemia	92(31,5)	26,0-37,0	201(68,5)	63,0-74,0	0,339
	Ansiedad	25(41,0)	27,8-54,1	36(59,0)	45,9-72,2	0,384
	Depresión	26(34,2)	22,9-45,5	49(65,8)	54,5-77,1	0,952
Tratamientos recetados:						
	Fármacos para el corazón	174(35,8)	31,4-40,2	312(64,2)	59,8-68,6	
	Para la TA	139(34,2)	29,4-38,9	268(65,8)	61,1-70,6	0,166
	Hipolipemiantes	98(30,2)	25,1-35,4	226(69,8)	64,6-74,9	
	Para la DM	49(35,5)	27,2-43,9	89(64,5)	56,1-72,8	
	Antidepresivos, estimulantes	18(29,5)	17,2-41,8	43(70,5)	58,3-82,8	
	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	51(33,8)	25,9-41,6	100(66,2)	58,4-74,1	0,051
Hábito tabáquico						0,001*
	Fumador a diario	16(7,9)	3,9-11,8	71(17,8)	14,0-21,7	
	Fumador no diario	187(92,1)	88,2-96,1	327(82,2)	78,3-86,0	
IMC >= 25						0,485
	Con sobrepeso	144(70,9)	64,4-77,4	293(73,3)	69,2-78,1	
	Sin sobrepeso	59(29,1)	22,6-35,6	105(26,4)	21,9-30,8	
Ejercicio físico habitual						0,197
	Sedentarios	100(49,3)	42,1-56,4	174(43,7)	38,7-48,7	
	No sedentarios	103(50,7)	43,6-57,9	224(56,3)	51,0-61,0	
Alimentación: consumo 1 ó más veces al día de:						
	Fruta fresca	157(34,5)	30,2-39,0	298(65,5)	61,0-70,0	0,595
	Verduras, Ensaladas y Hortalizas	96(32,6)	26,8-37,8	205(67,4)	63,6-74,5	0,39
	Zumos naturales	9(12,7)	4,2-21,1	62(87,3)	78,9-95,8	<0,001*
Hábito alcohólico						0,211
	Alto consumo	73(36,1)	29,1-42,8	123(30,9)	26,2-35,9	
	Consumo moderado	130(64,0)	57,2-70,9	275(69,1)	64,4-73,8	

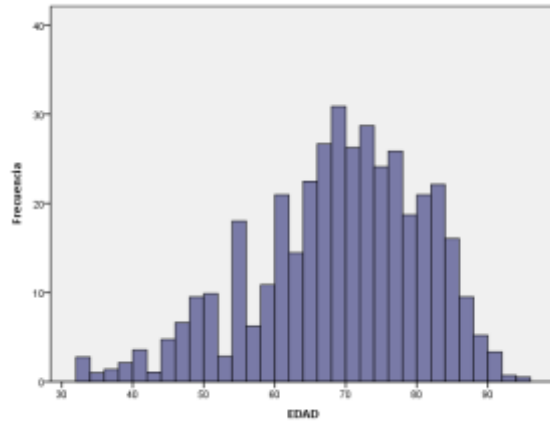
N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

Tabla 8: Factores de riesgo y estilos de vida de las Mujeres con IAM o angina de pecho estratificado por Tiempo en que tuvo lugar episodio de IAM o angina.

		Últimos 12 meses (N=163)		Más de 12 meses (N=145)		
		N(%)	IC95%	N(%)	IC95%	p
Enfermedades diagnosticadas:						
	HTA	102(51,0)	43,8-58-2	98(49,0)	41,8-56,2	0,544
Otras enfermedades del						
	corazón	45(62,5)	50,6-74,4	27(37,5)	26,6-49,4	0,207
	DM	46(56,8)	41,8-63,9	41(47,1)	36,1-58,2	
Hipercolesterolemia		81(48,2)	40,4-56,1	87(51,8)	43,9-53,6	0,299
	Ansiedad	41(54,7)	42,7-66,6	34(45,3)	33,4-54,3	0,035*
	Depresión	51(50,5)	40,2-60,7	50(49,5)	39,3-59,8	0,101
Tratamientos recetados:						
	Fármacos para el corazón	130(55,3)	48,7-61,9	105(44,7)	38,1-51,2	
	Para la TA	121(53,1)	46,4-59,8	107(46,9)	40,2-53,6	
	Hipolipemiantes	74(56,8)	38,7-54,9	84(53,2)	45,1-61,2	
	Para la DM	44(56,4)	44,8-68,1	34(46,3)	31,9-55,2	
	Antidepresivos, estimulantes	33(48,5)	35,9-61,1	35(51,4)	38,9-64,1	
	Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	72(50,0)	41,5-58,5	72(50,0)	41,5-58,5	
Hábito tabáquico						0,761
	Fumador a diario	14(8,6)	4,0-13,2	11(7,6)	2,9-12,2	
	Fumador no diario	149(91,4)	86,8-96,0	134(92,4)	87,8-97,1	
IMC >= 25						0,347
	Con sobrepeso	110(67,5)	60,0-75,0	105(72,4)	64,8-80,0	
	Sin sobrepeso	53(32,5)	25,0-40,0	40(27,6)	20,0-35,2	
Ejercicio físico habitual						0,523
	Sedentarios	112(68,7)	61,3-76,1	94(64,8)	56,7-72,9	
	No sedentarios	51(31,3)	23,9-38,7	51(35,2)	27,1-43,3	
Alimentación: consumo 1 ó más veces al día de:						
	Fruta fresca	123(51,9)	45,3-58,5	114(48,1)	41,5-54,7	0,574
	Verduras, Ensaladas y					
	Hortalizas	73(47,1)	38,9-55,3	82(52,9)	44,7-61,1	0,039*
	Zumos naturales	24(77,4)	61,1-93,8	17(54,9)	35,7-74,0	0,439
Hábito alcohólico						0,096
	Alto consumo	16(9,8)	4,9-14,7	7(4,8)	1,0-8,7	
	Consumo moderado	147(90,2)	85,3-95,1	138(95,2)	91,3-99,0	

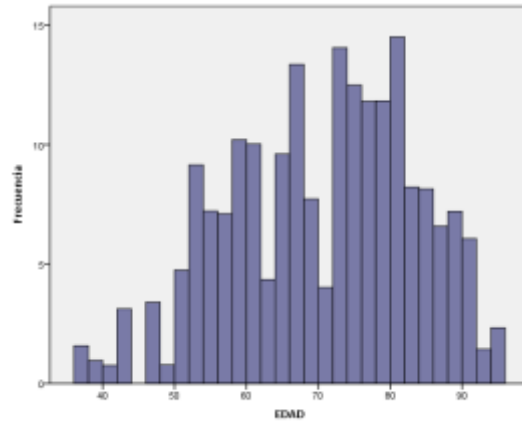
N (%): Número (porcentaje). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%. Valor p mediante prueba de Chi-cuadrado. *: Resultado estadísticamente significativo.

Figura 4: Histograma variable Edad en Hombres que han padecido IAM o angina de pecho hace más de un año.



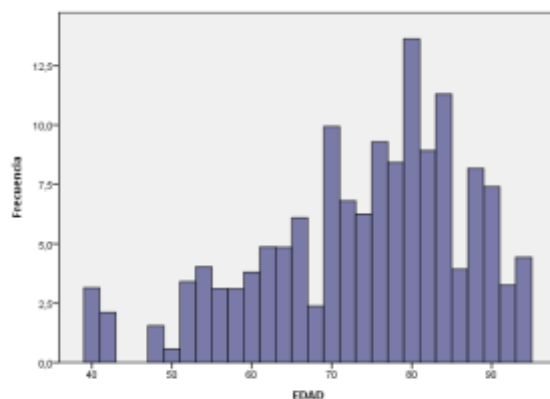
Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

Figura 5: Histograma variable Edad en Hombres que han padecido IAM o angina de pecho hace menos de un año.



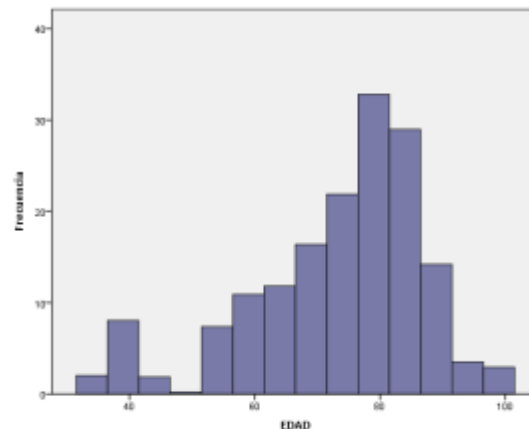
Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

Figura 6: Histograma variable Edad en Mujeres que han padecido IAM o angina de pecho hace más de un año.



Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

Figura 7: Histograma variable Edad en Mujeres que han padecido IAM o angina de pecho hace menos de un año.



Edad: Años. Frecuencia: Número de individuos.

FACTORES ASOCIADOS A HÁBITOS NO SALUDABLES:

- HÁBITO TABÁQUICO:

En la **tabla 9** se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de factores clínicos y sociodemográficos con el hábito tabáquico. A continuación se presentan las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con el hábito tabáquico:

Los individuos con nivel educativo medio tienen menor riesgo de fumar que las personas con nivel educativo bajo, con OR de 0,4 e IC95% de 0,2-0,8. Al igual que los divorciados respecto a los casados, con OR de 0,3 e IC95% de 0,1-0,9.

Las personas que residen en núcleos semiurbano presentan 2,1 veces más riesgo de fumar diariamente que las que lo hacen en núcleos urbanos, y las que residen en núcleos rurales 2,9 veces más. También presentan un riesgo aumentado cuando el episodio se produjo hace más de doce meses, 2,2 veces más riesgo que si fue hace menos de un año.

El hecho de sufrir también una de las patologías comentadas hace que el riesgo de fumar disminuya respecto a no tener ninguna patología (OR=0,2). Analizándolas individualmente vemos en la **figura 8** que sufrir otras enfermedades de corazón o depresión actúan aumentando el riesgo (OR de 2,9 y 2,2).

Consumir tanto uno como más de un fármaco diariamente hace que el riesgo de hábito tabáquico aumente respecto a no consumir nada (OR de 4,6 y 4,0). En la **figura 9** vemos que tanto el consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir como el de antidepresivos aumenta el riesgo (OR de 1,8 ambos), pero el de fármacos para el corazón, para la TA y para la hipercolesterolemia actúan disminuyéndolo (OR de 0,4, 0,5, y 0,6).

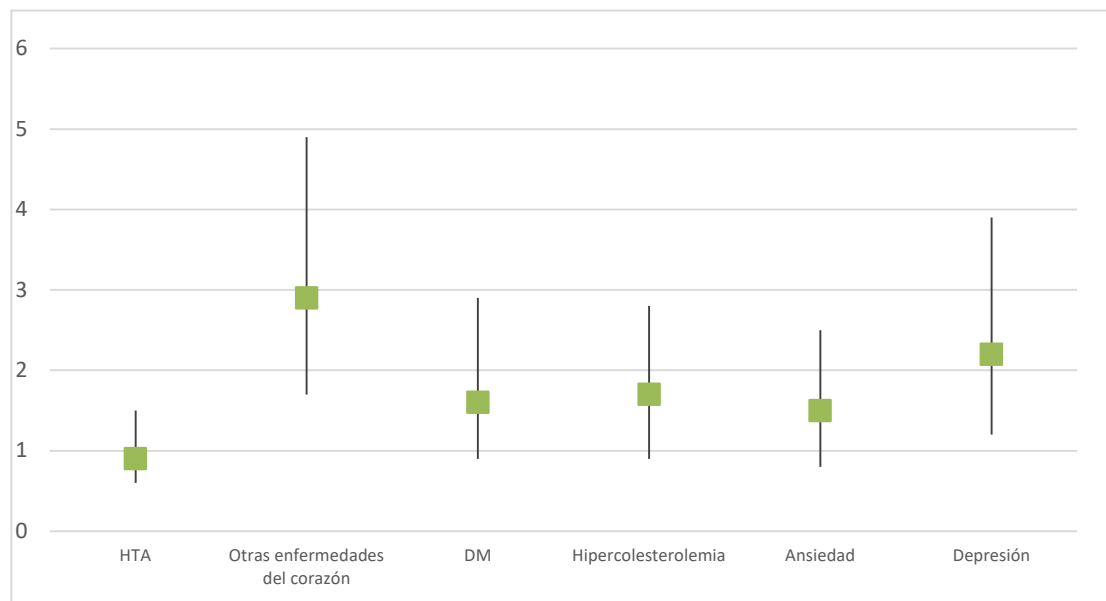
Tabla 9. Variables asociadas al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

	OR crudas (IC95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Edad		
	0,9 (0,9-0,9)*	1,0 (0,9-1,0)
Sexo (Ref: mujer)		
Hombre	1,9 (1,2-3,0)*	1,1 (0,6-2,2)
Nivel educativo (Ref: bajo)		
Medio	0,3 (0,2-0,5)*	0,4 (0,2-0,8)*
Alto	1,4 (0,8-2,4)	1,2 (0,6-2,2)
Situación laboral (Ref: trabajando)		
En desempleo	2,9 (1,2-7,0)*	0,8 (0,3-2,5)
Jubilado/Prejubilado	3,6 (1,3-10,0)*	1,3 (0,4-4,5)
Incapacitado	0,6 (0,3-1,4)	0,7 (0,2-2,0)
Labores del hogar	3,2 (1,1-9,3)*	1,3 (0,3-4,5)
País de nacimiento (Ref: España)		
Extranjero	1,0 (0,4-2,2)	2,4 (0,8-6,5)
Lugar de residencia (Ref: Núcleo urbano)		
Núcleo semiurbano	2,1 (1,1-3,9)*	2,1 (1,1-4,3)*
Núcleo rural	2,4 (1,3-4,4)*	2,9 (1,4-5,7)*
Estado civil (Ref: Casado)		
Soltero	0,9 (0,3-2,6)	0,9 (0,3-3,1)
Viudo	0,5 (0,2-1,1)	0,7 (0,3-1,6)
Divorciado	0,08 (0,02-0,2)*	0,3 (0,1-0,9)*
Cobertura sanitaria (Ref: Pública)		
Privada o Doble	0,9 (0,5-1,7)	1,6 (0,7-3,5)
Momento del IAM o angina (Ref: Últimos doce meses)		
Más de doce meses	2,0 (1,3-3,1)*	2,2 (1,3-3,7)*
Enfermedades (Ref: ninguna)		
1	0,9 (0,5-1,6)	0,2 (0,1-0,5)*
>1	1,6 (0,99-2,5)*	1,0 (0,6-1,7)
Tratamientos (Ref: ninguno)		
1	5,1 (2,7-9,3)*	4,6 (2,0-10,4)*
>1	2,4 (1,4-3,9)*	4,0 (2,1-7,8)*

Ref: categoría de referencia; OR: Odds Ratios; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%.

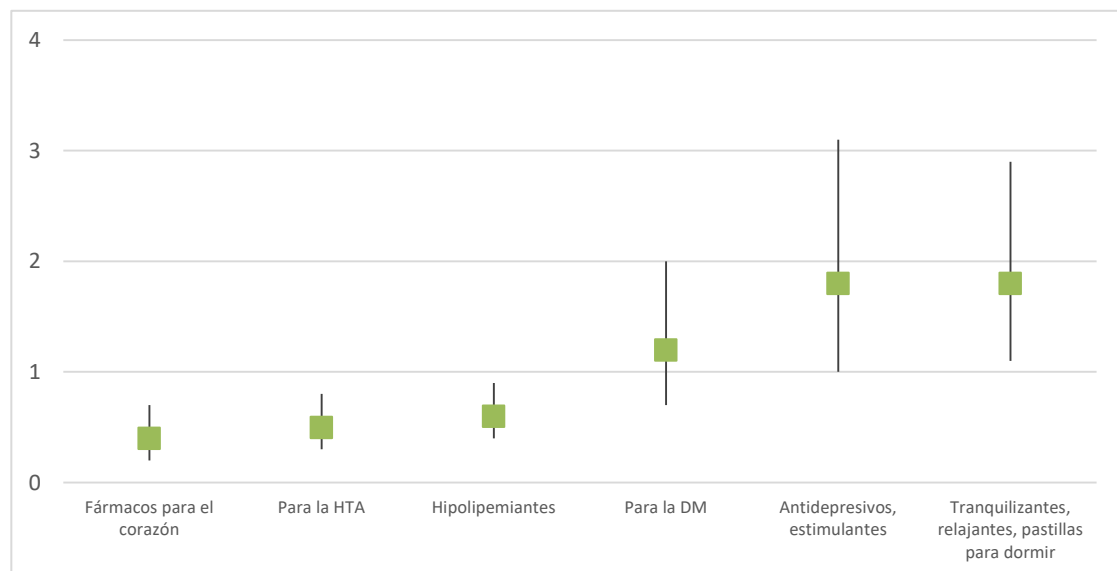
*Resultados estadísticamente significativos.

Figura 8. Enfermedades asociadas al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de tratamientos farmacológicos consumidos.

Figura 9. Tratamientos asociados al hábito tabáquico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de enfermedades padecidas.

- **SEDENTARISMO:**

En la **tabla 10** se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación con el sedentarismo. Podemos observar que los hombres presentan un riesgo disminuido de ser sedentarios respecto a las mujeres ($OR=0,6$ e $IC95\%=0,4-0,9$), y el sufrir más de una patología también lo disminuye ($OR=0,6$ e $IC95\%=0,4-0,8$).

Las personas con nivel educativo medio tienen 1,8 veces más riesgo de presentar sedentarismo que los de nivel educativo bajo y los extranjeros 2,1 veces más riesgo que los españoles. La edad también mantiene una relación directa con el riesgo de sedentarismo ($OR=1,1$).

Analizando específicamente cada patología vemos en la **figura 10** que el padecer DM, ansiedad o depresión actúan disminuyendo el riesgo de sedentarismo (OR de 0,4, 0,6 y 0,5) y, sin embargo, la hipercolesterolemia lo aumenta ($OR=1,5$).

El hecho de consumir un fármaco diariamente para la TA o el colesterol aumenta el riesgo de sedentarismo (OR de 1,7 ambas), pero en la **figura 11** observamos que si son para la DM o antidepresivos lo disminuyen (OR de 0,4 ambas).

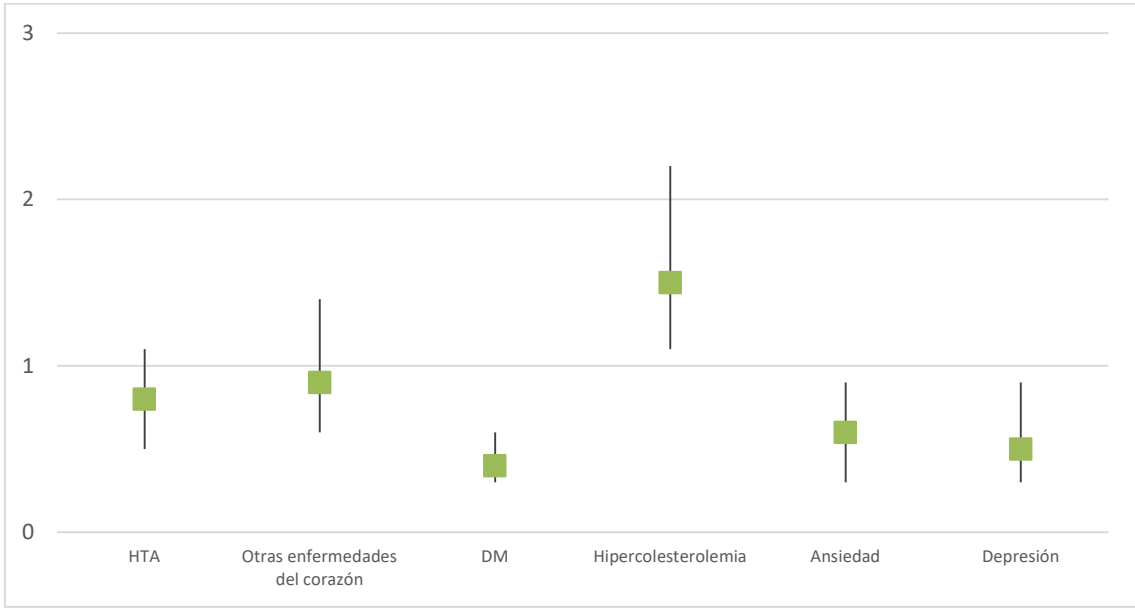
Tabla 10. Variables asociadas al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

	OR crudas (IC95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Edad	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (1,0-1,1)*
Sexo (Ref: mujer)		
Hombre	0,4 (0,3-0,5)*	0,6 (0,4-0,9)*
Nivel educativo (Ref: bajo)		
Medio	3,1 (2,1-4,7)*	1,8 (1,2-2,9)*
Alto	1,5 (0,9-2,3)	1,5 (0,9-2,5)
Situación laboral (Ref: trabajando)		
En desempleo	0,3 (0,2-0,6)*	0,6 (0,3-1,2)
Jubilado/Prejubilado	0,4 (0,2-0,8)*	0,5 (0,2-1,2)
Incapacitado	0,7 (0,4-1,3)	0,9 (0,4-1,7)
Labores del hogar	0,4 (0,2-1,0)	0,6 (0,2-1,6)
País de nacimiento (Ref: España)		
Extranjero	3,4 (1,9-6,3)*	2,1 (1,0-4,1)*
Lugar de residencia (Ref: Núcleo urbano)		
Núcleo semiurbano	0,9 (0,6-1,2)	0,9 (0,6-1,3)
Núcleo rural	0,9 (0,6-1,2)	0,9 (0,6-1,3)
Estado civil (Ref: Casado)		
Soltero	1,1 (0,5-2,7)	0,8 (0,3-2,1)
Viudo	0,8 (0,4-1,6)	0,7 (0,3-1,4)
Divorciado	2,5 (1,3-5,0)*	0,6 (0,3-1,6)
Cobertura sanitaria (Ref: Pública)		
Privada o Doble	2,0 (1,3-3,1)*	1,5 (0,9-2,4)
Momento del IAM o angina (Ref: Últimos doce meses)		
Más de doce meses	0,7 (0,5-0,9)*	0,9 (0,6-1,2)
Enfermedades (Ref: ninguna)		
1	0,9 (0,6-1,3)	1,0 (0,7-1,6)
>1	0,5 (0,4-0,7)*	0,6 (0,4-0,8)*
Tratamientos (Ref: ninguno)		
1	0,8 (0,5-1,4)	1,6 (0,8-3,1)
>1	0,7 (0,5- 0,99)*	0,9 (0,6-1,4)

Ref: categoría de referencia; OR: Odds Ratios; IC 95% : Intervalo de Confianza al 95%.

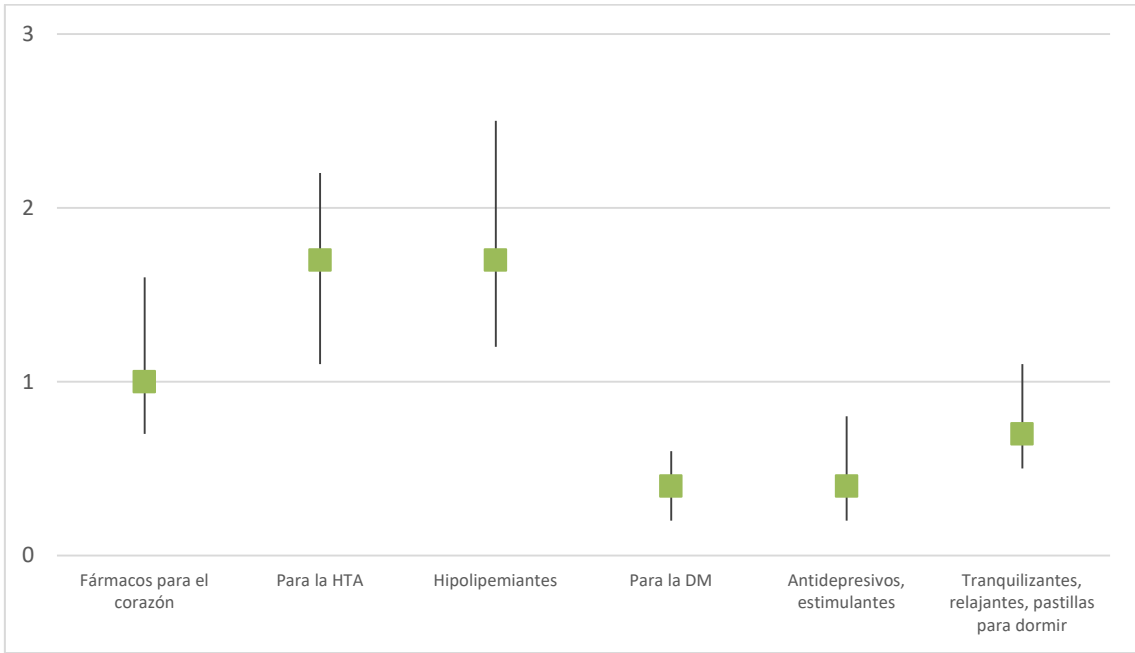
*Resultados estadísticamente significativos.

Figura 10. Enfermedades asociadas al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de tratamientos farmacológicos consumidos.

Figura 11. Tratamientos asociados al sedentarismo en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de enfermedades padecidas.

- **HÁBITO ALCOHÓLICO:**

En la **tabla 11** se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación con el hábito alcohólico. Los hombres presentan 6 veces más riesgo de presentar hábito alcohólico que las mujeres, con IC95% de 3,4-10,6. Vivir en núcleo rural también presenta 1,8 veces más riesgo que en núcleo urbano, con IC95% de 1,2-2,8.

Sin embargo el tener cobertura sanitaria privada o doble disminuye el riesgo de consumir alcohol a diario, respecto a tenerla pública, con OR=0,4 e IC95%=0,2-0,7.

En las **figuras 12 y 13** analizamos si el sufrir otra patología o el consumo de tratamientos farmacológicos pueden influir en el riesgo de consumir altas tasas de alcohol pero vemos que ninguno de los dos factores presenta una asociación estadísticamente significativa con este hábito.

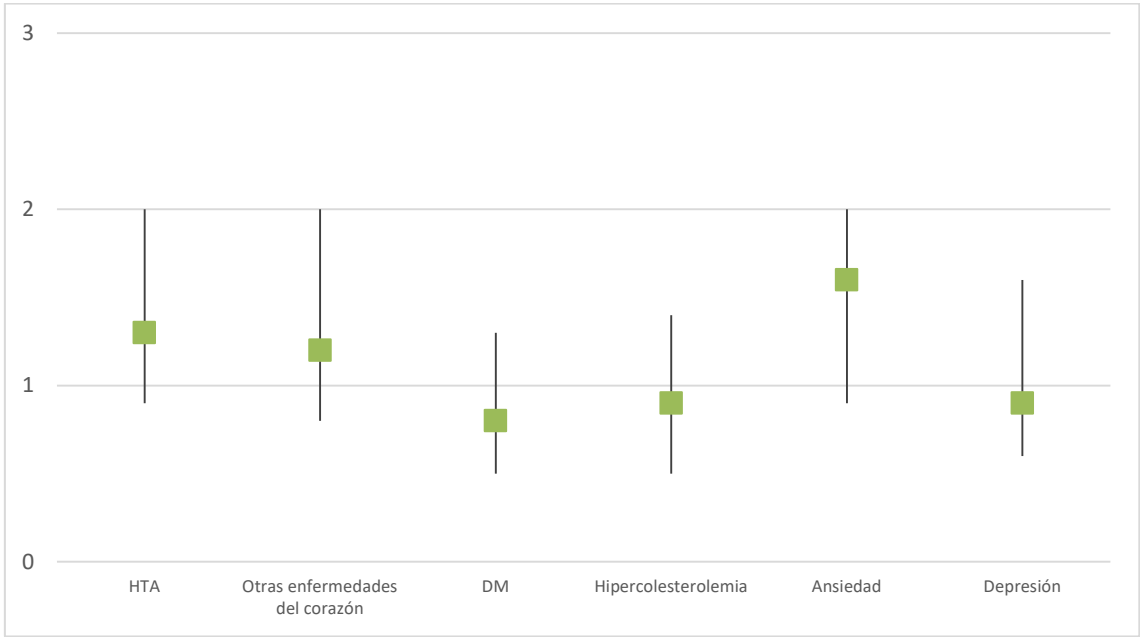
Tabla 11. Variables asociadas al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

	OR crudas (IC95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Edad	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
Sexo (Ref: mujer)		
Hombre	5,9 (3,8-9,3)*	6,0 (3,4-10,6)*
Nivel educativo (Ref: bajo)		
Medio	0,8 (0,5-1,3)	1,3 (0,8-2,2)
Alto	1,0 (0,6-1,6)	1,3 (0,8-2,3)
Situación laboral (Ref: trabajando)		
En desempleo	4,8 (1,5-15,8)*	1,0 (0,3-3,9)
Jubilado/Prejubilado	4,4 (1,2-16,9)*	1,6 (0,4-6,9)
Incapacitado	6,4 (2,1-19,7)*	1,7 (0,5-5,8)
Labores del hogar	4,0 (1,0-15,9)*	0,8 (0,2-3,3)
País de nacimiento (Ref: España)		
Extranjero	1,5 (0,7-2,9)	1,7 (0,7-3,8)
Lugar de residencia (Ref: Núcleo urbano)		
Núcleo semiurbano	1,1 (0,7-1,6)	1,2 (0,7-1,8)
Núcleo rural	1,6 (1,0-2,3)*	1,8 (1,2-2,8)*
Estado civil (Ref: Casado)		
Soltero	0,8 (0,3-2,4)	0,7 (0,2-2,2)
Viudo	0,6 (0,2-1,2)	0,8 (0,3-1,8)
Divorciado	0,5 (0,2-1,2)	0,8 (0,3-2,0)
Cobertura sanitaria (Ref: Pública)		
Privada o Doble	0,4 (0,3-0,7)*	0,4 (0,2-0,7)*
Momento del IAM o angina (Ref: Últimos doce meses)		
Más de doce meses	1,0 (0,7-1,3)	0,8 (0,6-1,2)
Enfermedades (Ref: ninguna)		
1	0,9 (0,6-1,4)	0,8 (0,4-1,3)
>1	1,5 (1,0-2,1)*	1,2 (0,8-1,9)
Tratamientos (Ref: ninguno)		
1	0,4 (0,2-0,9)*	0,4 (0,2-1,0)
>1	1,2 (0,8-1,9)	1,2 (0,7-1,9)

Ref: categoría de referencia; OR: Odds Ratios; IC 95% : Intervalo de Confianza al 95%

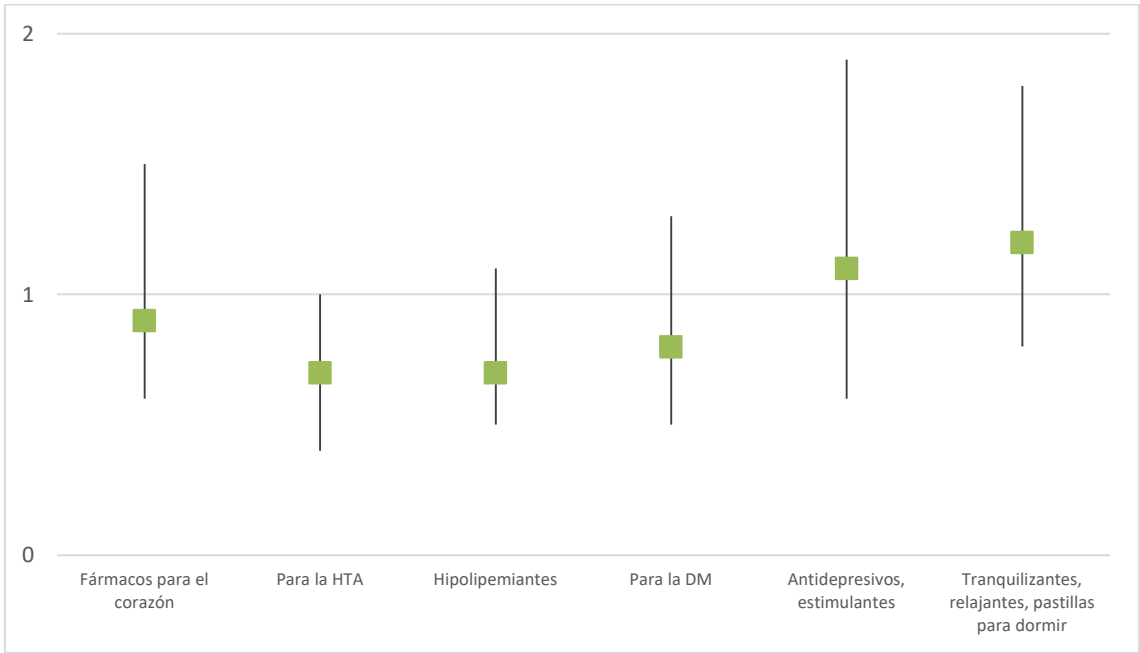
*Resultados estadísticamente significativos.

Figura 12. Enfermedades asociadas al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de tratamientos farmacológicos consumidos.

Figura 13. Tratamientos asociados al hábito alcohólico en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de enfermedades padecidas.

- **NO CONSUMO DIARIO DE FRUTAS, VERDURAS Y ZUMOS NATURALES:**

En la **tabla 12** se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación con el no consumo diario de frutas, verduras y zumos naturales.

Podemos observar que tanto las personas extranjeras, respecto de las españolas, como los viudos, respecto de los casados, presentan un riesgo disminuido del no consumo de frutas, verduras y zumos naturales; con valores de OR e IC95% 0,4 (0,2-0,9) y 0,4 (0,2-0,8) respectivamente. Vemos que la edad también actúa disminuyendo el riesgo, conforme mayor edad, mayor consumo de frutas, verduras y hortalizas (OR=0,9).

En la **figura 14** analizando individualmente el sufrir otras patologías, vemos que la ansiedad aumenta 2,1 veces el riesgo de no consumir frutas, verduras y zumos naturales.

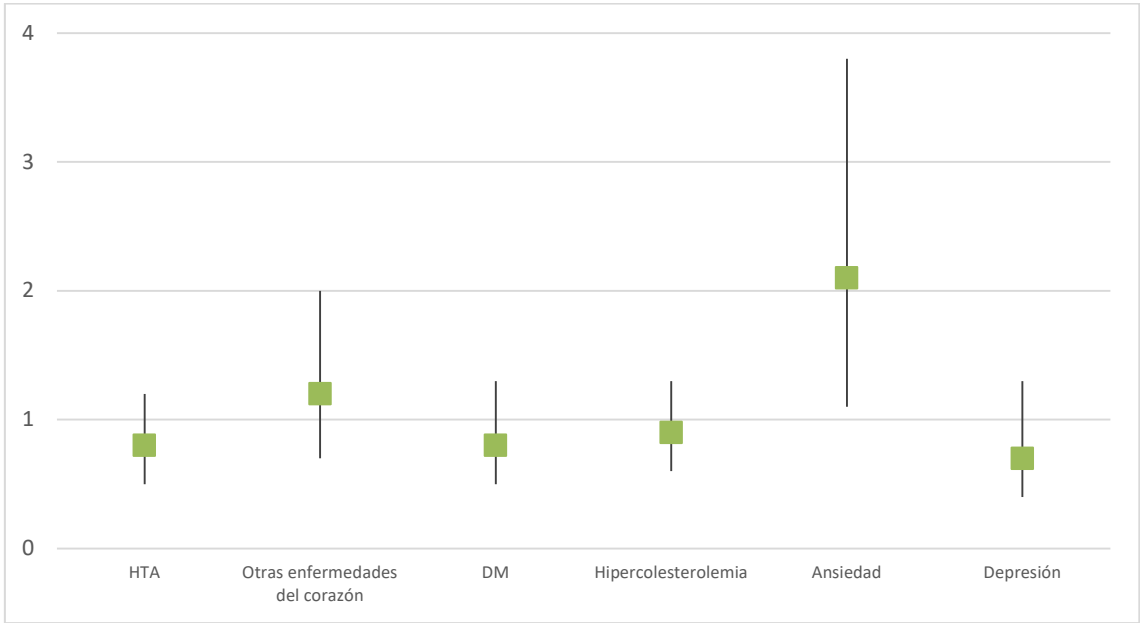
En la **figura 15** se aprecia que el consumo de fármacos no influye significativamente en el consumo de frutas, verduras y zumos naturales.

Tabla 12. Variables asociadas al consumo diario de frutas, verduras y zumos naturales en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.

	OR crudas (IC95%)	OR ajustadas (IC 95%)
Edad	0,9 (0,9-0,9)*	0,9 (0,9-0,9)*
Sexo (Ref: mujer)		
Hombre	1,1 (0,8-1,6)	1,5 (0,8-2,2)
Nivel educativo (Ref: bajo)		
Medio	1,1 (0,6-1,9)	1,5 (0,8-2,8)
Alto	2,1 (1,2-4,1)*	1,8 (0,8-3,1)
Situación laboral (Ref: trabajando)		
En desempleo	1,5 (0,7-3,6)	0,7 (0,2-1,9)
Jubilado/Prejubilado	2,5 (0,9-6,5)	1,0 (0,3-3,1)
Incapacitado	0,9 (0,4-1,8)	0,9 (0,4-1,4)
Labores del hogar	2,8 (1,0-7,4)	1,5 (0,5-4,9)
País de nacimiento (Ref: España)		
Extranjero	0,4 (0,2-0,7)*	0,4 (0,2-0,9)*
Lugar de residencia (Ref: Núcleo urbano)		
Núcleo semiurbano	0,9 (0,5-1,3)	0,9 (0,5-1,4)
Núcleo rural	0,9 (0,6-1,4)	0,9 (0,5-1,5)
Estado civil (Ref: Casado)		
Soltero	0,7 (0,3-1,8)	0,8 (0,3-2,3)
Viudo	0,3 (0,2-0,6)*	0,4 (0,2-0,8)*
Divorciado	0,3 (0,1-0,6)*	0,8 (0,3-2,0)
Cobertura sanitaria (Ref: Pública)		
Privada o doble	0,9 (0,5-1,6)	1,1 (0,6-2,1)
Momento del IAM o angina (Ref: Últimos doce meses)		
Más de doce meses	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,5-1,1)
Enfermedades (Ref: ninguna)		
1	1,4 (0,9-2,2)	1,0 (0,6-1,9)
>1	1,4 (0,9-2,1)	1,3 (0,9-2,2)
Tratamientos (Ref: ninguno)		
1	2,3 (1,4-4,5)*	1,9 (0,9-4,0)
>1	1,4 (0,9-2,3)	1,2 (0,7-2,2)

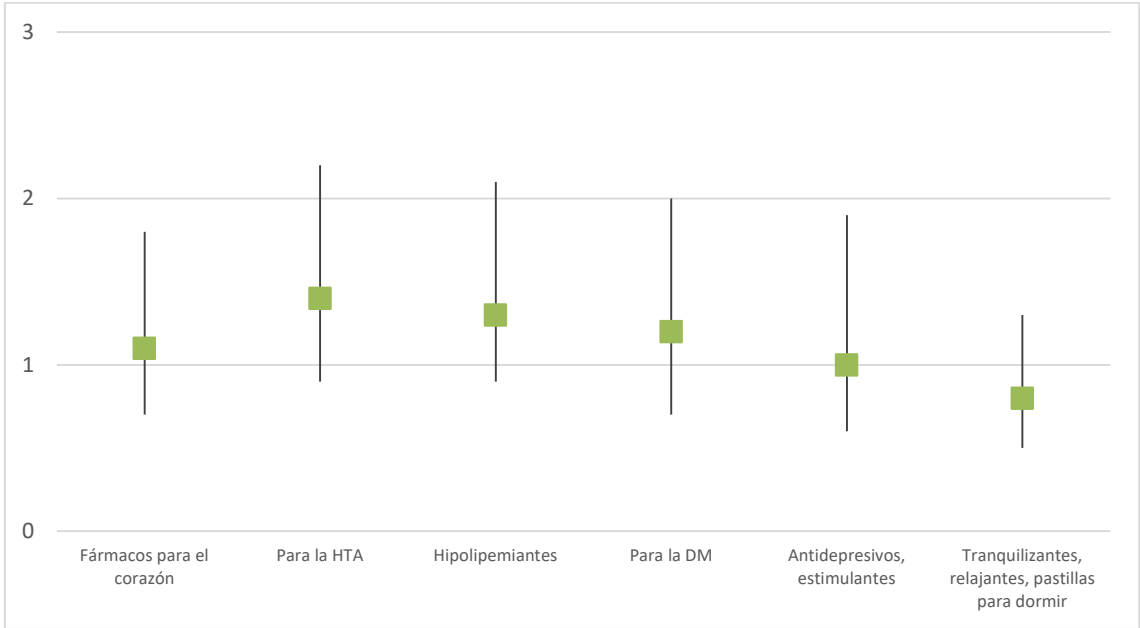
Ref: categoría de referencia; OR: Odds Ratios; IC 95% : Intervalo de Confianza al 95%

Figura 14. Enfermedades asociadas al no consumo de frutas, verduras y hortalizas a diario en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de tratamientos farmacológicos consumidos.

Figura 15. Tratamientos asociados al no consumo de frutas, verduras y hortalizas a diario en personas con un IAM o angina de pecho. Análisis de Regresión logística.



Análisis de regresión logística ajustado por Edad, Sexo, Nivel educativo, Situación laboral, País de nacimiento, Lugar de residencia, Estado civil, Cobertura sanitaria, Momento del IAM o angina y Número de enfermedades padecidas.

DISCUSIÓN

Al estudiar las características sociodemográficas, la presencia de factores de riesgo y los estilos de vida de las personas con IAM o angina observamos que este tipo de individuos son principalmente hombres españoles con una mediana de edad de 72 años, nivel bajo de estudios, jubilados, casados, con lugar de residencia en núcleo urbano, cobertura sanitaria pública y que cuentan con apoyo social. También cabe destacar que suelen padecer otras patologías como HTA, tienen alto consumo en fármacos para el corazón, no fuman a diario, presentan sobrepeso y un consumo moderado de alcohol.

Al explorar si existen diferencias estadísticamente significativas por sexo en este tipo de sujetos, vemos que sí existen en algunas variables. Respecto a la edad, el episodio de IAM o angina se produce con más antelación en el sexo masculino. En relación a la situación laboral, destaca el elevado número de hombres jubilados o prejubilados y de mujeres dedicadas a las labores del hogar. Para el estado civil, se presenta una prevalencia mayor en hombres casados y en mujeres viudas. El tener nivel educativo bajo, lugar de residencia en núcleo urbano, ser diagnosticado de depresión y el riesgo de sedentarismo, son mucho más habituales en el sexo femenino; así como el hábito tabáquico y el alto consumo alcohólico, lo son en hombres.

Al evaluar las diferencias según el momento en el que tuvo lugar el episodio, más o menos de doce meses, observamos que no hay apenas diferencias por tiempo, por lo que parece que los estilos de vida y las características clínicas no se modifican según el tiempo que ha transcurrido desde el evento.

Por último, una vez analizados los factores asociados a los estilos de vida no saludables en individuos diagnosticados de IAM o angina de pecho, observamos que los principales factores asociados al hábito tabáquico que actúan aumentando el riesgo son: residir en núcleo semiurbano y rural respecto al urbano y sufrir el episodio hace más de un año respecto a menos de uno; sin embargo, disminuyéndolo, influye el nivel educativo medio respecto al bajo. Los asociados al sedentarismo aumentando su riesgo son el ser extranjero respecto a español y, disminuyéndolo, el sexo masculino respecto al femenino. En relación al hábito alcohólico el principal factor que aumenta el riesgo de alto consumo es el ser varón. Para finalizar, no se ha encontrado ningún factor asociado al aumento del riesgo de no consumo de frutas, verduras y zumos a diario.

Muchos de los resultados obtenidos en nuestro estudio son concordantes con lo publicado en la literatura. La sociedad de consumo en que vivimos no invita a llevar una vida saludable, con consecuencias más devastadoras al tener en cuenta las desigualdades sociales, contexto económico y la explosión demográfica de las últimas décadas^{2, 10, 21}.

Acerca del perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con IAM y angina de pecho, Espinosa-Brito¹⁶ y otros autores encuentran como principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) inherentes o no modificables la edad elevada y el sexo masculino, datos que concuerdan con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Se puede observar un incremento de la prevalencia de estos FRCV a nivel mundial, debido al aumento de la esperanza de vida de la población y del incremento de los estilos de vida no saludables^{2, 9, 10, 21}.

Como FRCV tradicionales o modificables, se incluyen tanto a los factores biológicos como a los estilos de vida. Al igual que en nuestro estudio, el estudio Framingham y Fernández-Abascal⁹, entre otros autores, también apuntan a que las comorbilidades como la HTA, hipercolesterolemia y DM se encuentran asociados en gran medida al riesgo de trastornos coronarios como IAM y la angina, tanto en hombres como en mujeres.

Continuando con este tipo de FRCV, Tarragó E¹⁰, incluye también al alto consumo de tabaco, alcohol, sobrepeso, mala alimentación y sedentarismo. Nuestro estudio coincide en gran parte con estos datos, haciendo especial hincapié en la diferencia por sexos del alto consumo de alcohol y tabaco en hombres y el elevado sedentarismo en mujeres.

Respecto al hábito tabáquico cabe destacar que en nuestro estudio se observa un mayor consumo de éste una vez pasados 12 meses tras el episodio de IAM o angina de pecho, dato que corrobora la sociedad española de cardiología con su artículo de rehabilitación cardíaca³⁰, ya que muchos pacientes abandonan este hábito de manera temporal, hasta que pasan la fase aguda del episodio. Éste hábito contribuye al 40% de las muertes de causa cardiovascular, existiendo un efecto dosis-respuesta, por lo que es uno los hábitos no saludables en los que más hincapié debemos realizar en la educación y promoción de la salud de todos los individuos, no solo de los que ya hayan padecido una de las patologías analizadas, para que abandonen el tabaco definitivamente^{9, 10, 15, 30}.

Relacionado con la alimentación los estudios apuntan a que una mala alimentación afecta a la aparición de estos trastornos, y en nuestro estudio solo se observa un consumo moderado de frutas naturales; mientras que de verduras, hortalizas, ensaladas y zumos naturales son cifras bajas. El modelo español cada vez dista más de la dieta mediterránea definida como saludable,

lo que nos indica que se deben diseñar estrategias que permitan la recuperación de las características tradicionales¹⁵.

Se deben diseñar programas de ejercicio individuales y adaptados a las necesidades de cada paciente, ya que el sobreesfuerzo puede resultar peligroso y la actividad excesivamente suave o esporádica resulta ineficaz^{9, 10, 15}. Está comprobado que si toda la población estuviera dentro del peso ideal (IMC <25), los casos de cardiopatía isquémica disminuirían en un 25%⁷.

Bruthans¹⁹ nos indica una relación inversamente proporcional entre la educación y el nivel de riesgo cardiovascular y probabilidad de reinfarto; lo que se equipara a los datos obtenidos en nuestro estudio, mayor número de individuos con nivel bajo de estudios. El alto nivel educativo es una de las principales condiciones que hacen factible la adquisición de comportamientos y formas de vida saludables y así ayudar a prevenir las ECV. Se ha demostrado que los grupos de profesionales altamente cualificados junto con las amas de casa son los que tienen mayor adherencia a programas de promoción de la salud, seguidos del grupo de trabajadores de nivel medio y en último lugar el grupo de obreros y parados^{26, 27, 28, 29}.

La literatura estudiada señala como FRCV psicosociales a la depresión y ansiedad, entre otros, y nuestro estudio lo corrobora con altas cifras para ambas patologías, destacando la asociación de la ansiedad con el sexo femenino. El comportamiento de las personas es difícil de cambiar, sobre todo a largo plazo, ya que es una compleja interacción de factores a diferentes niveles^{3, 16}. Factores como el contar con apoyo familiar y la alta autoestima favorecen la adquisición de los estilos de vida saludables¹⁹. De lo que no nos cabe ninguna duda es que la conducta y voluntariedad de los pacientes juega un rol fundamental, ya que es indispensable su colaboración para que adquieran los estilos de vida saludables recomendados^{3, 9, 10}.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentran las asociadas a la utilización de encuestas. En primer lugar, al tratarse de información recopilada a través de una encuesta, son los propios usuarios los encargados de responder a las preguntas planteadas, obteniéndose información subjetiva. Además, existe información con numerosos valores perdidos, como el nivel de renta, que no ha podido utilizarse. En relación al muestreo, puede existir un sesgo de selección a la hora de seleccionar los individuos a entrevistar, y de información, por la incapacidad o negativa de estos individuos a contestar. No obstante, el muestreo realizado por la Encuesta Nacional de Salud y la utilización de factores de ponderación reduce la posibilidad de obtener datos sesgados. Por otro lado, la información obtenida a través de la Encuesta Nacional de Salud ha sido considerada como comparable a fuentes de información clínicas³¹. Por último, sólo se admitieron como válidas las enfermedades que habían sido diagnosticadas

por un médico y el consumo de fármacos adquiridos mediante receta, como criterio de objetividad.

Al tratarse de información recogida en un momento concreto, obtenemos datos para un estudio transversal, lo que imposibilita el conocer exactamente cuándo se estableció el estilo de vida que queremos analizar, si han existido cambios en el mismo y su duración. Del mismo modo, no existe información del número de eventos que tuvo cada paciente. También hay que considerar que aquellos casos más graves de IAM o angina, y que podrían encontrarse asociados a estilos de vida no saludables, pueden haber fallecido, por lo que no han podido ser analizados.

La principal fortaleza es que el estudio cuenta con un gran tamaño muestral, tratándose de una muestra representativa de la población española. La EESE-14 está formada por un cuestionario muy completo, en el que se incluyen preguntas que no están disponibles en otros medios, como la historia clínica.

La adopción de estilos de vida saludables por parte de los pacientes que han sufrido un evento de IAM o angina es todavía una tarea pendiente, y gran parte de la responsabilidad se encuentra en manos de las personas que trabajan en la asistencia sanitaria de manera multidisciplinar. Cuando se produce un evento de estas características los pacientes precisan de un período de adaptación al medio tras recuperarse de la situación de crisis aguda. Todos ellos tienen un tiempo de ingreso en plantas especializadas de cardiología pero, en ocasiones, incluso requieren de cuidados intensivos. Es un personal cualificado el que los atiende y suministra el tratamiento necesario, contando con una rehabilitación cardíaca que intenta incrementar la calidad de vida de los enfermos y, si fuera posible, mejorar su pronóstico para favorecer su salud cardíaca y evitar el riesgo de reinfarto o incapacidad.

A pesar de que estos programas de rehabilitación cardíaca supervisada en centros de atención primaria son de gran ayuda para conseguir la recuperación de los pacientes, no se le da la importancia que se merece y solo un pequeño porcentaje de ellos los sigue de la manera adecuada. Se debe hacer entender a los usuarios que los nuevos hábitos y comportamientos adquiridos deben prolongarse a lo largo de toda la vida, y no solo mientras dure el programa o unos meses después de finalizarlo. Los profesionales implicados en estos programas deberían realizar un seguimiento continuo, espaciando cada vez más las visitas en el tiempo, pero sin dejar de llevarse a cabo, para asegurarse del no abandono por parte de los pacientes.

Las áreas principales en las que debe centrarse la rehabilitación cardiaca son: entrenamiento físico que ayude a mejorar la capacidad física de los individuos; actuación psicológica para evitar la depresión, ansiedad y hostilidad que se da en muchos de los pacientes; asegurar que sigan una dieta saludable con un consumo de las calorías y los nutrientes necesarios introduciendo las frutas, verduras y zumos naturales como alimentos habituales en la dieta y; por último, contribuir a la adopción de estilos de vida saludables. En hombres se debe fomentar el abandono definitivo del hábito tabáquico y potenciar el hábito alcohólico moderado, y en mujeres, evitar el sedentarismo, realizar actividades de ocio sanas que favorezcan su autoestima y conseguir la colaboración y apoyo social por parte de sus familiares y amigos. Atención Primaria es el nivel adecuado para llevar a cabo las estrategias tanto de promoción como de prevención. Desde aquí se puede conseguir una captación y cribado apropiados para la detección de los factores de riesgo^{15, 21}. Se ha observado que los planes de alta hospitalaria detallados y el apoyo ambulatorio de Atención Primaria con un equipo multidisciplinar, reducen la tasa de reingresos y mejoran los resultados en salud de los pacientes^{14, 15}.

Por último es importante señalar que la prevención de las Enfermedades Cardíacas en España requiere un conjunto de políticas sanitarias destinadas a asegurar la adopción de estilos de vida saludables, en el que participen la toma de decisiones políticas, los sistemas sanitarios y el individuo. Los cambios en política sanitaria/legislación, la presión de grupo con apoyo entre iguales, la colaboración del entorno más cercano (familia, amigos y trabajo) y las actitudes socioculturales^{3, 21, 24} son factores clave para promover sociedades cardiosaludables.

CONCLUSIONES

- Las principales características sociodemográficas de las personas que han sufrido IAM o angina de pecho son la edad, el sexo masculino, el nivel bajo de estudios, estar casado y tener sobrepeso.
- Se observaron diferencias por sexo en las personas con IAM o angina de pecho. Existió una mayor prevalencia para sexo masculino de hombres casados, jubilados, fumadores a diario y alto consumo en alcohol y en mujeres con nivel bajo de estudios, amas de casa, viudas, con diagnóstico de depresión y más sedentarismo.
- Al evaluar las diferencias según el momento en el que tuvo lugar el episodio, más o menos de doce meses, observamos que no hay apenas diferencias. Esto parece indicar que los estilos de vida y las características clínicas no se modifican según el tiempo que ha transcurrido desde el evento.
- Los factores más influyentes para los hábitos de vida no saludables son el residir en núcleo rural respecto al urbano para el hábito tabáquico, el sexo masculino respecto al femenino para el alcohólico y, así como el ser extranjero frente a la nacionalidad española aumenta el riesgo de sedentarismo, disminuye el de no consumo de frutas, verduras y zumos naturales.
- La existencia de estilos de vida no cardiosaludables en personas que han padecido previamente un IAM o una angina de pecho pone de relieve la necesidad de potenciar la educación para la salud en esos pacientes. Resulta fundamental el desarrollo de intervenciones que conciencien al sujeto sobre la importancia de mejorar sus estilos de vida y así favorecer su salud cardíaca y evitar el riesgo de reinfarto o incapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chestnov O, Mendis S, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Lauer J, et al. Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2014.
2. Baena JM, Del Val JL, Tomás J, Martínez JL, Martín R, González I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2005; 58(4): 367-373.
3. Estandarización de un modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables. Programa Fifty-Fifty. Estrategia NAOS. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2015 (AECOSAN). Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/subhomes/nutricion/aecosan_nutricion.shtml
4. Abu-Assi E, López-López A, González-Salvado V, Redondo-Diéguez A, Peña-Gil C, Bouzas-Cruz N, et al. El riesgo de eventos cardiovasculares tras un evento coronario agudo persiste elevado a pesar de la revascularización, especialmente durante el primer año. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(1): 8-11.
5. Borrás X, García-Moll X, Gómez-Doblas JJ, Zapata A y Artigas R. Estudio de la angina estable en España y su impacto en la calidad de vida del paciente. Registro AVANCE. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(8): 734–741.
6. Rodríguez-Sánchez E, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Recio-Rodríguez JI, Mora-Simón S, Pérez-Arechaederra D, et al. Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años en un área urbana: estudio DERIVA. Aten Primaria. 2013; 45(7):349-357.
7. Banegas JR. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España: importancia de la dislipidemia. Nefrología Sup Ext 2013; 4(4): 4-8.
8. López-Abente G, Ramis R, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Carrasco L, et al. Centro Nacional de Epidemiología, 2007.
9. Fernández-Abascal EG, Martín MD y Domínguez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. Rev Psicothema. 2003; 15(4): 615-630.
10. Tarragó E, Miguel PE, Cruz LA, Santiesteban Y. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. Correo Científico Médico 2012; 16 (2).

11. García-Bermúdez M, Bonet G y Vardají A. Epidemiología de la angina estable y comorbilidad. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2012; 12(D): 3-8.
12. Cordero S, Avedillo MM, García C. Caso Clínico, Infarto Agudo de Miocardio. *Rev de la SEMG.* 2003; N50: 45-47.
13. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal de Infarto Agudo de Miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2013; 66(2): 132.e1-e15.
14. Andrés E, Cordero A, Magán P, León M, Luengo E, Magallón R, et al. Mortalidad a largo plazo y reingreso hospitalario tras infarto agudo de miocardio: un estudio de seguimiento de ocho años. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65(5): 414-420.
15. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de octubre de 2009. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
16. Espinosa-Brito A. Factores de riesgo de las enfermedades crónicas: algunos comentarios. *Revista Finlay [revista en Internet].* 2015 [citado 2015 Abr 21]; 5(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/336>
17. García E, Del Villar V y García EL. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *An Med Interna.* 2007; 24(7): 346-351.
18. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Salas L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 581-616.
19. Bruthans J, Mayer O, De Bacquer D, De Smedt D, Reiner Z, Kotseva K, et al. Educational level and risk profile and risk control in patients with coronary heart disease. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2015; 0(00): 1-10.
20. Moreno MC. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Tema 2: Estilos de vida saludables. [HBSC ESPAÑA](#) Health Behaviour in School-aged Children. Sevilla: 2009-2010.
21. Castellano JM, Narula J, Castillo J y Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67(9): 724-730.
22. Bueno H y Martín R. Riesgo cardiovascular a largo plazo tras un síndrome coronario agudo, todavía un reto. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(1): 1-2.

23. Vrints CJM. Mejora de la calidad de la asistencia en el infarto agudo de miocardio: es necesario prestar mayor atención al tratamiento médico óptimo a largo plazo y a la prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65(5): 401–402.
24. Franco M, Cooper R, Bilal U y Fuster V. Control de los factores de riesgo coronarios y terapias basadas en la evidencia: esfuerzos coordinados para la prevención cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(11): 962–964.
25. De Velasco JA, Cosín J, De Oya M y De Teresa E. Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE (PREvención SEcuNdaria TEmprana). *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2): 146-154.
26. Cid P, Merino JM y Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1491-1499.
27. Giraldo A, Toro MY, Marcias AM, Valencia CA y Palacio S. La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables. *Rev Hacia la Promoción de la Salud* 2010; 15(1): 128-143.
28. Guerrero LR. Estilo de vida y salud. *Rev Educ Ere. Artículos arbitrados.* 2010; 14(48): 13-19.
29. Nazzari C, Lanas F, Garmendia ML, Bugueño C, Mercadal E, Garcés E, et al. Prevención secundaria post infarto agudo de miocardio en hospitales públicos: implementación y resultados de las garantías GES. *Rev Med Chile* 2013; 141: 977-986.
30. Maroto JM. Rehabilitación cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. Grupo Acción Médica. Madrid. 2009.
31. Aguilar-Palacio et al. Morbilidad y Consumo de Fármacos. Comparación de resultados entre la Encuesta Nacional de Salud y los Registros electrónicos. *Gac Sanit.* 2014.

