

¿Son directamente aplicables las tablas de Framingham a la población mediterránea?

F. Cerdón Granados y P. Solanas Saura

Definición del problema

Es conocida la paradoja que existe en los países mediterráneos entre la baja incidencia de cardiopatía isquémica y la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular¹⁻⁴, que debe hacernos plantear la aplicabilidad de las tablas de Framingham en nuestra población.

Síntesis de las evidencias

La decisión sobre la terapéutica hipolipemiente se basa en el cálculo del riesgo cardiovascular, que se realiza fundamentalmente en la atención primaria de salud, por su accesibilidad física y su mayor facilidad para establecerlo. Desde 1996 han ido apareciendo ensayos clínicos que demuestran la bondad del tratamiento hipolipemiente en la prevención primaria de la cardiopatía isquémica^{5,6}.

Metodológicamente los ensayos clínicos aportan evidencia científica de calidad; sin embargo, para considerar la aplicación de sus conclusiones en nuestro país es preciso analizar nuestra situación epidemiológica.

Hace más de 20 años que existe en Girona un registro epidemiológico de la enfermedad isquémica cardíaca⁷, y se han realizado diversos estudios sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población de la zona de influencia del registro⁸. A partir de los datos provenientes de estos estudios y de otras publicaciones podemos valorar algunas de las características de nuestro entorno, a saber:

1. La media de colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) y colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) en nuestra población se hallaría en un nivel medio-alto⁸. Estos datos son coherentes con los observados en el estudio de Seven Countries⁹ (fig. 1).

2. La incidencia de cardiopatía isquémica en nuestra zona (compatible con otros datos del entorno mediterráneo) en varones y mujeres de 35 a 64 años es de las más bajas del mundo³, siendo hasta la décima parte o menos de las incidencias observadas en los estudios de Glasgow, Finlandia o EE.UU. (fig. 2).

Médicos de Familia.
 Equipo de Atención Primaria Girona 3.
 Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria.
 Institut Català de la Salut.

Correspondencia: Ferrán Cerdón Granados.
 CAP Maluquer Salvador
 C/ Maluquer Salvador, 11. 17003 Girona.
 Correo electrónico: p416ufcg@pgirona.scs.es

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular. Factores de riesgo. Cardiopatía isquémica. Dislipemia. Medicina basada en la evidencia.

Pregunta

- ¿Son aplicables en nuestro medio las tablas de riesgo de países con incidencias más elevadas de cardiopatía isquémica? ¿Y las conclusiones obtenidas de los ensayos clínicos sobre el tratamiento de la hipercolesterolemia y la cardiopatía isquémica?

Respuesta y comentarios

- El nivel de colesterol y sus fracciones en sangre en nuestro medio se sitúan en valores medio-altos respecto a los de otros muchos países del mundo.
- Contrariamente, en nuestro medio la incidencia de cardiopatía isquémica es de las más bajas del mundo.
- Las recomendaciones de tratamiento y los niveles de riesgo que nos obligan a tomar decisiones se basan exclusivamente en estudios realizados en zonas con una incidencia muy alta de cardiopatía isquémica.
- La capacidad de prevención en este aspecto se ve reducida ante poblaciones con riesgo inicial muy bajo.
- Deberíamos establecer nuestras propias tablas de riesgo a partir de los datos epidemiológicos existentes en muchas zonas de nuestro país.
- Deviene indispensable plantear estudios de seguimiento que permitan evaluar con mayor exactitud los niveles de riesgo para la cardiopatía isquémica y establecer tablas predictivas más reales a la situación de nuestro medio.

3. El cribado de la hipercolesterolemia es una actividad altamente realizada. Según datos del Servei Català de la Salut, y teniendo en cuenta las recomendaciones del programa de actividades preventivas y promoción de la salud de la semFyC (PAPPS) para el cribado de la hipercolesterolemia, alcanza hasta un 80% de la población diana que ha consultado, aproximadamente un 70% de la población general. Cabe señalar la existencia de una gran presión social para la determinación de

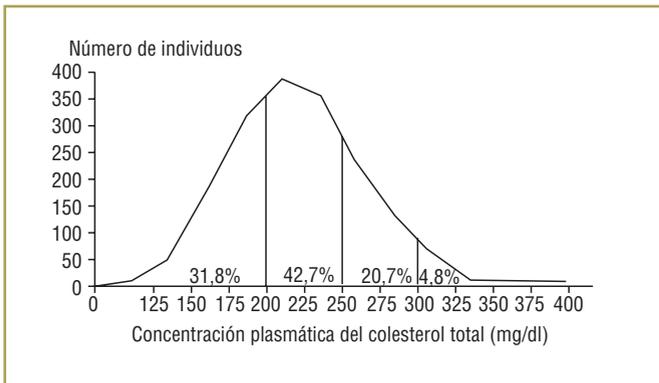


FIGURA 1 Distribución poblacional de la concentración plasmática del colesterol total.

la colesterolemia, así como una gran disposición de los profesionales de atención primaria para llevarla a cabo (muy superior a otros cribados, como el del hábito tabáquico).

Los diversos protocolos y recomendaciones de las diferentes sociedades científicas se basan en recomendaciones y consensos nacionales y de otros países, así como en los ensayos clínicos existentes, todos realizados en poblaciones muy diferentes de la nuestra^{5,6}. Otra de las bases fundamentales para determinar la necesidad o no de tratamiento hipolipemiente es el estudio de Framingham¹⁰, también efectuado en una población con elevada incidencia de enfermedad cardíaca isquémica.

La capacidad de prevenir una enfermedad (entendida en forma de reducción del riesgo) no es una constante, sino que pa-

rece probado que la capacidad de reducir el riesgo va ligada al nivel de riesgo inicial. Es decir, a menos riesgo, menor capacidad de disminuir el mismo¹¹. Éste es un tercer factor a tener en cuenta antes de aplicar los resultados de los ensayos clínicos y del estudio de Framingham a nuestra población.

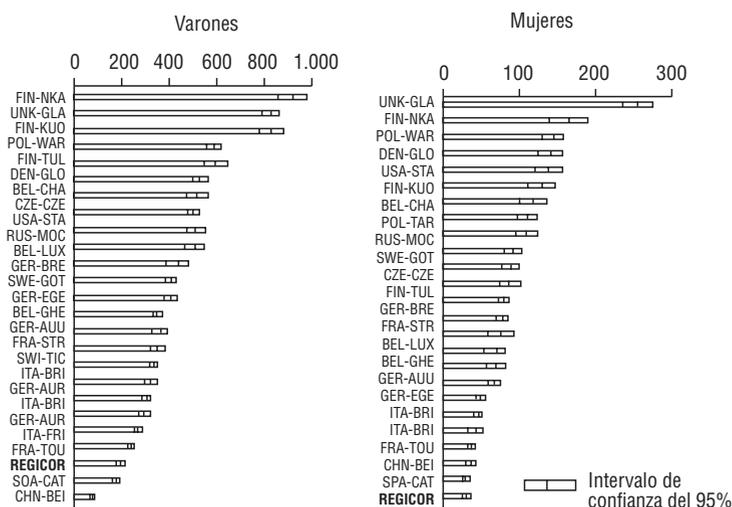
Por otro lado, no hay evidencia científica en prevención primaria para los mayores de 70 años y las mujeres a cualquier edad.

Traducción en la práctica clínica

En un sistema de prestaciones limitadas es preciso valorar adecuadamente el coste-efectividad de las intervenciones. Los estudios publicados basados en los ensayos clínicos antes citados han creado una gran polémica. Las opiniones son absolutamente contrapuestas, pudiéndose afirmar que no queda claro si el coste-efectividad es favorable, incluso en los países donde se han llevado a cabo estos estudios¹²⁻¹⁷.

La aplicación de las recomendaciones más habituales sobre el diagnóstico y tratamiento de la dislipemia pueden llevarnos a tratar con fármacos a más de un 40% de la población española de entre 35 y 64 años, en principio, por un largo período¹⁸. Existen en nuestro entorno registros de enfermedad cardíaca isquémica y también conocemos la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular, así como la distribución de la población por edad y sexo. Sería posible realizar una proyección según edad, sexo y factores de riesgo, de la incidencia previsible de enfermedad isquémica cardíaca según la ecuación de Framingham. Podríamos entonces comparar esta incidencia esperada con la real (la observada en la población) y, a partir de las diferencias observadas, crear una ecuación que ajustara mejor con la incidencia real. Este tipo de aproximaciones, no basadas en estudios prospectivos, tienen evidentes limitaciones, pero subsanables siempre a favor de los pacientes. En to-

FIGURA 2 Distribución poblacional de la concentración plasmática del colesterol total.



Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Girona. 20 anys del REGICOR Registre Gironí del Cor (1978-1998)

do caso, siempre sería una propuesta más real y adaptada a nuestro medio que la aplicación directa de resultados provenientes de otros entornos muy distintos.

A más largo plazo no queda ninguna duda de la necesidad de iniciar estudios prospectivos sobre cohortes en nuestro país que nos permitan obtener los datos necesarios para crear nuestra propia ecuación de cálculo de riesgo cardiovascular. Los beneficios de realizar este tipo de estudios no son sólo de racionalización del gasto farmacéutico, sino también relativos a efectos indeseables de los fármacos y a la calidad de vida del individuo que no precise tratamiento hipolipemiente. Es un hecho que estudios de esta clase precisan recursos humanos y económicos importantes, pero en este caso se justifican perfectamente por el coste-efectividad de sus conclusiones. Es imprescindible que esta investigación básica se lleve a cabo fundamentalmente desde la atención primaria de salud, por la proximidad, la accesibilidad y la necesidad de que sea la propia atención primaria la que realice la investigación básica encaminada a mejorar la salud y a prevenir la enfermedad en la población.

Bibliografía

1. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset PN, Masià R, Marrugat J, and the REGICOR Investigators. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Gerona, Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998;27:599-604.
2. Artaud-Wild SM, Connor SL, Sexton G, Connor WE. Differences in coronary mortality can be explained by differences in cholesterol and saturated fat intakes in 40 countries but not in France and Finland. *Circulation* 1993;88:2771-9.
3. TunstallPedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. WHO MONICA Project. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and casefatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. *Circulation* 1994;90:583-612.
4. Masià R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila JS, Pavesi M, et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with a low myocardial infarction incidence. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:707-15.
5. Shepherd MD, Stuart M, Cobbe MD, et al. Prevención de la cardiopatía coronaria con pravastatina en varones con hipercolesterolemia. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.
6. Downs JR, Clearfield M, Weis S, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA* 1998;279:1615-22.
7. Marrugat J, Masià R, Pérez G, et al. 20 anys del REGICOR, Registre Gironí del Cor. 1978-1998. Girona: Generalitat de Catalunya, 1998.
8. Masià R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila JS, Pavesi M, et al, and the REGICOR investigators. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with a low myocardial infarction incidence. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:707-15.
9. Verschuren M, Jacobs D, Bloemberg B, et al. Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-year follow-up of the Seven Countries Study. *JAMA* 1995;274:131-6.
10. Anderson K, Castelli W, Levy D. Cholesterol and Mortality. 30 years of follow-up from the Framingham Study. *JAMA* 1987;257:2176-80.
11. Smith GD, Song F, Sheldon T. Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. *BMJ* 1993;306:1367-73.
12. Pharoah P, Hollingworth W. Cost effectiveness of lowering cholesterol concentration with statins in patients with and without pre-existing coronary heart disease: life table method applied to health authority population. *BMJ* 1996;312:1443-8.
13. Shepherd J. Cost effectiveness of lowering cholesterol. *BMJ* 1996;313:1142.
14. McMurray JV, Morrison CE. Study greatly underestimates the cost effectiveness of statin treatment. *BMJ* 1996;313:1142.
15. Masters P, Shetty A. Statin treatment should be started early. *Br Med J* 1996;313:1143.
16. Freemantle N, Barbour R, Johnson R, Marchment M, Kennedy A. The use of statins: a case of misleading priorities? *BMJ* 1997;315:826-8.
17. Caro J, Klittich W, McGuire A, et al. The West of Scotland coronary prevention study: economic benefit analysis of primary prevention with pravastatin. *BMJ* 1997;315:1577-82.
18. Brotons C, Maiques A. ¿Debe administrarse terapia farmacológica hipolipemiente en normolipémicos o hiperlipémicos leves con factores de riesgo coronario? Argumentos en contra. *Rev Esp Cardiol* 1997;49:486-91.