

El riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes

A. Maiques Galán^a, F. Villar Álvarez^b, C. Llor Vila^c y J. Torcal Laguna^d

LECTURA RÁPIDA



El PAPPS recomienda iniciar el tratamiento con fármacos hipolipemiantes cuando el riesgo coronario total sea del 20% o superior a los 10 años y la concentración de colesterol total de 250 mg/dl o mayor; las sociedades europeas aconsejan tratamiento con el mismo riesgo, pero con una cifra de colesterol total más baja, de 190 mg/dl o superior.



Recientemente se han publicado las tablas de Framingham calibradas para la población española basándose en los datos de prevalencia de los factores de riesgo y la tasa de acontecimientos coronarios de la población de Gerona. Estas tablas calculan el riesgo coronario total, que es, globalmente, 2,3 veces inferior al de Framingham.

El riesgo cardiovascular, coronario total o coronario restringido, se ha convertido en el determinante más relevante para decidir el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. El riesgo coronario restringido engloba el infarto de miocardio fatal y no fatal; el riesgo coronario total incluye, además, la angina, y el cardiovascular añade a este último el riesgo de ictus. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria^{1,2} recomienda iniciar el tratamiento con fármacos hipolipemiantes cuando el riesgo coronario total sea del 20% o superior a los 10 años y la concentración de colesterol total de 250 mg/dl o mayor; las sociedades europeas³ aconsejan tratamiento con el mismo riesgo, pero con una cifra de colesterol total más baja, de 190 mg/dl o superior. Esta diferencia se basa en que en nuestro medio la incidencia de enfermedad

coronaria es baja, y la ecuación de Framingham sobrestima el riesgo en nuestros pacientes. El PAPPS utiliza para calcular este riesgo la tabla de Anderson et al⁴, y las sociedades europeas, 4 tablas coloreadas, basadas todas en la misma ecuación del estudio de Framingham⁴. Las terceras recomendaciones del Adult Treatment Panel utilizan el riesgo coronario restringido, que equivale, aproximadamente, a dos tercios del riesgo coronario total⁵, y establecen como límites de tratamiento un riesgo del 20% o superior, o de un 10% con dos o más factores de riesgo, y una concentración de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad igual o mayor de 130 mg/dl⁶.

En términos generales, se puede decir que el riesgo que determina el tratamiento con fármacos hipolipemiantes es igual o mayor del 20% de riesgo coronario total o un 10% de coronario restringido. La elección de este límite de riesgo se basa en criterios de coste-efectividad⁶ y por ser un riesgo equivalente al de los pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica⁷.

Recientemente se han publicado las tablas de Framingham calibradas para la población española basándose en los datos de prevalencia de los factores de riesgo y la tasa de acontecimientos coronarios de la población de Gerona⁸. Estas tablas calculan el riesgo coronario total, que es, globalmente, 2,3 veces inferior al de Framingham. La calibración de la ecuación de Framingham para otras zonas geográficas y grupos étnicos ha demostrado su utilidad⁹ y probablemente pueda emplearse en España, pero con respecto al estudio de Marrugat et al⁸ es preciso reseñar algunas consideraciones metodológicas. Así, tal como comentan sus autores, la calibración se ha realizado con datos provenientes de un estudio de prevalencia de los factores de riesgo y de un registro poblacional; aunque ambos estudios estén hechos sobre la misma base poblacional, en sentido estricto no se puede asegurar que se trate de

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Manises. Manises (Valencia). España.

^bEspecialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Programas de Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

^cEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Tarraco. Tarragona. España.

^dEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Ambulatorio de Basauri-Ariz. Basauri (Vizcaya). España.

Los autores pertenecen al Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Correspondencia:
 Antonio Maiques Galán.
 Centro de Salud de Manises.
 C/ Peset Aleixandre, 4.
 46940 Manises (Valencia). España.
 Correo electrónico: amaiquesg@meditex.es

Manuscrito recibido el 22 de abril de 2003.
 Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de abril de 2003.

la misma población. La estimación de la tasa de incidencia de angina y de infarto agudo de miocardio silente se basa en la proporción observada en el estudio de Framingham, la incidencia de infarto de miocardio en Gerona es cerca de un 15% inferior a la media del resto de España, y la prevalencia de los factores de riesgo difiere de la de otras regiones¹⁰⁻¹². Aunque éstas sean unas limitaciones metodológicas que reconocen los mismos autores, seguramente son poco relevantes para decidir si se deberían utilizar o no estas tablas calibradas.

La aparición de las tablas calibradas para la población española⁸ plantea, inmediatamente, su posible aplicación en las recomendaciones de tratamiento con fármacos, fundamentalmente hipolipemiantes, y las consecuencias prácticas derivadas de sustituir las tablas basadas en el estudio de Framingham^{2,3}.

Tras la elaboración de tablas con datos de otros países mediterráneos se llega a una conclusión parecida a la del estudio de Marrugat et al⁸: la ecuación de Framingham multiplica por 2, aproximadamente, el riesgo coronario de los países mediterráneos¹³. Además, estas tablas no hacen más que reafirmar el lugar relativamente bajo que ocupa España en relación con las tasas ajustadas por edad de mortalidad¹⁴ y morbilidad¹⁵ por cardiopatía isquémica comparadas con las del resto de los países industrializados.

El análisis de las tablas calibradas⁸ muestra que casi ninguna de las casillas de las mujeres, diabéticas o no, y de los varones no diabéticos obtiene un riesgo del 20% o mayor, y que sólo los varones diabéticos y fumadores de entre 65 y 75 años obtienen más de tres casillas con un riesgo del 20% o superior; es decir, un riesgo donde se indica el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. Además, estas casillas con este riesgo combinan valores muy elevados de presión arterial y colesterol.

La consecuencia de aplicar las tablas calibradas⁸ para el tratamiento hipolipemiente en prevención primaria de la cardiopatía isquémica conduciría a que la relación coste-efectividad sería excepcionalmente adecuada en España, ya que un número escaso de casillas alcanzan un riesgo del 20% o mayor. En la práctica, intercambiar las tablas de las sociedades europeas³ o las de Anderson^{1,2} por las calibradas para la población español-

la⁸ limitaría el tratamiento con fármacos hipolipemiantes a los pacientes con una enfermedad cardiovascular, a casos de hipercolesterolemia familiar, a pacientes con valores muy elevados del colesterol total o a enfermos diabéticos, varones, mayores de 65 años y que, además, fumen.

Sin embargo, esta limitación del tratamiento con fármacos hipolipemiantes en España se enfrenta con el hecho de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, y la enfermedad isquémica del corazón, la primera causa de mortalidad cardiovascular. Abundando en este argumento, el número absoluto de muertes por cardiopatía isquémica, así como el número absoluto de ingresos hospitalarios, está aumentando debido al envejecimiento de la población^{16,17}.

En el plano teórico, podríamos afirmar que hay que ser más cautos en la introducción de fármacos hipolipemiantes, incidir más intensamente en medidas de educación sanitaria, como pueden ser el abandono del tabaco, la práctica del ejercicio físico o una dieta saludable, y sólo en casos seleccionados por un riesgo muy elevado introducir los fármacos hipolipemiantes. Pero, buscando una utilidad práctica al razonamiento anterior, es necesario replantearse el tratamiento hipolipemiente y reflexionar sobre a partir de qué riesgo se deberían introducir los fármacos hipolipemiantes: del 20% o superior utilizando las tablas de las sociedades europeas, o el 20% o superior de las tablas calibradas para una población española, elección que, como ya se ha comentado, no es baladí. Otro razonamiento, que casi no cambiaría nada, sería bajar al 10% el riesgo de las tablas calibradas para iniciar el tratamiento, pero escasos argumentos científicos lo sustentan.

Mantener las recomendaciones de tratamiento con fármacos hipolipemiantes cambiando el cálculo del riesgo al obtenido por las tablas calibradas para la población española acarrearía unas consecuencias prácticas de tal magnitud que sería preciso, previamente, validar las tablas y, posteriormente, reflexionar sobre la repercusión que ocasionaría en la mortalidad y morbilidad cardiovasculares.

Las tablas calibradas tienen otra consecuencia práctica: el diabético español, ni mucho menos, tiene un riesgo equivalente, salvo excepciones, al de los pacientes con cardiopatía isquémica. Esta conclusión

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ La aparición de las tablas calibradas para la población española plantea, inmediatamente, su posible aplicación en las recomendaciones de tratamiento con fármacos, fundamentalmente hipolipemiantes, y las consecuencias prácticas derivadas de sustituir las tablas basadas en el estudio de Framingham.

▼ La consecuencia de aplicar las tablas calibradas para el tratamiento hipolipemiente en prevención primaria de la cardiopatía isquémica conduciría a que la relación coste-efectividad sería excepcionalmente adecuada en España, ya que un número escaso de casillas alcanzan un riesgo del 20% o mayor.

▼ Es necesario replantearse el tratamiento hipolipemiente y reflexionar sobre a partir de qué riesgo se deberían introducir los fármacos hipolipemiantes.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



La recomendación más prudente en relación con la aplicación de las tablas calibradas para la población española sería la analizar previamente las consecuencias prácticas de su utilización e intentar validarlas junto con las otras tablas disponibles del estudio de Framingham o de estudios europeos. Recientemente, han aparecido las tablas del proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) basadas en datos de 12 países europeos, entre ellos España.

también derivaría en un cambio práctico sustancial, ya que recomendaciones influyentes⁶ equiparan el riesgo y las recomendaciones de tratamiento con fármacos hipolipemiantes del diabético y del paciente con cardiopatía isquémica.

En esencia, el estudio de Marrugat et al⁸ pone sobre la mesa elementos de debate sobre el tratamiento con fármacos hipolipemiantes, que debería, ¿por qué no?, extenderse a los fármacos antihipertensivos, que pueden derivar en cambios sustanciales en el quehacer clínico habitual. La recomendación más prudente en relación con la aplicación de las tablas calibradas para la población española sería la analizar previamente las consecuencias prácticas de su utilización e intentar validarlas junto con las otras tablas disponibles del estudio de Framingham o de estudios europeos. Recientemente, han aparecido las tablas del proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) basadas en datos de 12 países europeos, entre ellos España, que calculan el riesgo de muerte coronaria y cerebrovascular para los países con baja y alta incidencia de cardiopatía isquémica y que pretenden sustituir a las tablas anteriores de las sociedades europeas basadas en el estudio de Framingham¹⁸.

Bibliografía

- Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de prevención cardiovascular. Madrid: Sersa, 1996.
- Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueras J, Vilaseca Canals J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(Supl 2):13-27.
- Wood D, De Backe G, Faergenman O, Graham I, Mancia G, Pyöralä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other societies on coronary prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.
- Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kannel WB. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991;83:356-62.
- Grundty SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use multiple-risk-factor assessment equations. A statement for health care professionals from the American Heart Association and American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1999;34:1348-59.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III, or ATP III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
- Grundty SM. Primary prevention of coronary heart disease. Integrating risk assessment with intervention. *Circulation* 1999;100:988-98.
- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-61.
- D'Agostino RB Sr, Grundty S, Sullivan LM, Wilson P. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a Multiple Ethnic Groups Investigation. *J Am Med Assoc* 2001;286:180-7.
- Marrugat J, Fiol M, Sala J, Tormo MJ, Segura A, Muñoz J, et al. Variabilidad geográfica en España en las tasas de incidencia y mortalidad poblacionales por infarto agudo de miocardio en el estudio IBERICA. *Gac Sanit* 2000;14(Supl 2):81.
- Masiá R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi, et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:707-15.
- Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J, et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Pú* 1993;67:419-45.
- Menotti A, Puddu PE, Lanti M. Comparison of the Framingham risk function-based coronary chart with risk function from an Italian population study. *Eur Heart J* 2000;21:365-70.
- Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistic in Europe. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. *Eur Heart J* 1997;18:1231-48.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1998. Tomo I. Resultados básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Años 1989-1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2002.
- Conroy RM, Pyöralä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.