

Demasiado riesgo cardiovascular y enfermedad poco frecuente

Pedro Betancor León

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
Hospital General Universitario Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria.

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en todo el mundo occidental, pero con notables diferencias entre las diferentes zonas geográficas que establecen un gradiente norte-sur y este-oeste. Sin embargo, la diferente mortalidad por esta causa no parece explicarse del todo por los factores de riesgo cardiovascular establecidos. España ocupa una posición de privilegio, con una tasa de mortalidad relativamente baja por cardiopatía isquémica y moderada por enfermedad cerebrovascular, y mientras ésta presenta una disminución importante en las dos últimas décadas, la cardiopatía isquémica permanece prácticamente estable o con mínima disminución^{1,2}. A juzgar por estudios de ámbito local, como REGICOR³ y MONICA⁴, también la incidencia de cardiopatía isquémica es baja en España. Ello no debe hacer olvidar que es la primera causa de muerte en adultos y una de las principales causas de alta hospitalaria, lo que indica su elevada morbilidad y explica que ocupe el primer puesto como causa de gasto sanitario directo, a lo que habría que añadir la enorme repercusión personal y social⁵.

Los cambios demográficos de nuestra población, con aumento rápido y progresivo de la población anciana, junto con la mejora en el pronóstico de los episodios clínicos iniciales logrado por la mejor asistencia sanitaria, hacen que la prevalencia de la enfermedad se incremente de forma sustancial, con desplazamiento de la mortalidad a edades superiores y la necesidad de adecuar los dispositivos asistenciales y sociosanitarios.

Las enfermedades cardiovasculares tienen un origen multifactorial; de los factores de riesgo identificados se ha considerado que las alteraciones de los lípidos, la hipertensión arterial, el tabaco y la diabetes son los de mayor importancia, por lo que su identificación y control se convierten en la acción prioritaria para prevenir, o al menos retrasar, la aparición de la enfermedad y sus dramáticas consecuencias. En este número de MEDICINA CLÍNICA, Gutiérrez Fuentes et al⁶ presentan los resultados del estudio DRECE II, que estudia la evolución del perfil de riesgo cardiovascular de una muestra amplia de individuos incluidos en el estudio DRECE I⁷. La principal conclusión con relación al objetivo del estudio es el empeoramiento del perfil de riesgo cardiovascular en la cohorte analizada, especialmente en el grupo considerado al inicio de riesgo de acuerdo con los criterios de la Sociedad Española de Arteriosclerosis, lo que resulta al menos sorprendente, dado que tendrían que ser individuos informados de su riesgo y con más estrecho control sanitario que el grupo sin riesgo conocido. La explicación, en una época en que las evidencias sobre el beneficio de reducir el riesgo cardiovascular global están plenamente establecidas,

no puede ser otra que el desconocimiento o menosprecio por pacientes y/o sus cuidadores sanitarios de la utilidad de tal control. Pero también es llamativo que en un período de tan sólo unos 5 años de seguimiento en el grupo «sin riesgo» inicial, un tercio (32,5%) se convirtan en hiperlipémicos y casi una décima parte (8,7%) en hipertensos. Y todo ello en una población relativamente joven (49,8 [8,6] años en la muestra total).

El estudio DRECE II presenta una prevalencia elevada de factores de riesgo cardiovascular en ambos grupos, aunque lógicamente superior en el grupo calificado «con riesgo». Obviamente, el riesgo cero no existe y la clasificación dicotómica en individuos «con» y «sin» riesgo es una falacia y, por otro lado, el riesgo cardiovascular es un *continuum* ya que en la actualidad existe bastante unanimidad para que sea expresado de forma cuantitativa, considerando conjuntamente la totalidad de los factores clásicos existentes^{8,9}. La consideración del riesgo de forma global es una necesidad práctica para tomar la decisión de intervenir o no, pues los beneficios derivados de la intervención deben ser contemplados desde una perspectiva de coste/efectividad o, mejor, de la eficiencia. Por eso, se ha establecido en las recomendaciones de las Sociedades Europeas¹⁰ y en el reciente «Consenso español»⁹ el inicio de la intervención cuando el riesgo cardiovascular global del individuo sea igual o superior al 20% en los siguientes 10 años, es decir, que supere el 2% anual. Con los datos aportados por Gutiérrez Fuentes et al⁶ no podemos conocer en qué porcentaje de la población en riesgo estudiada estaba indicada la intervención preventiva, pero si el 85% presentaban un colesterol total superior a 200 mg/dl, el 55,6% eran hipertensos, el 42,9% superaban los 150 mg/dl de triglicéridos, el 12% eran diabéticos y un porcentaje parecido tenían un cHDL inferior 35 mg/dl, y además el 30% eran fumadores, parece claro que la mayoría de los pacientes tenían indicación clara de intervenciones preventivas.

Más sorprendente, si cabe, es el grupo «sin riesgo» que debería ser una población privilegiada para merecer tal calificativo. En este grupo, casi el 70% sobrepasaban los 200 mg/dl de colesterol total, un 30% tenían los triglicéridos elevados, el 44% eran hipertensos, el 8,3% diabéticos y casi un 30% fumaban y, como grupo, había aumentado de forma importante su perfil de riesgo cardiovascular en los años de seguimiento. Claramente, éste no puede ser clasificado como grupo «sin riesgo», y si aceptamos, de forma muy optimista, que representa a la comunidad española, estamos confirmando los hallazgos de otros estudios: la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en nuestro país^{11,12} es muy elevada y, como ocurre en Francia, la incidencia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, especialmente por cardiopatía isquémica, es mucho más baja de lo esperado. Esta «paradoja española», que parece común a todos los países mediterráneos, no es fácilmente explicable. Se han señalado los beneficios de la dieta mediterránea, la forma de vida, la ingesta de vino tinto, etc., pero no parecen argumentos suficientes. Otra explicación plausible es que estemos asistiendo al «período ventana» previo a la aparición de las manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis: sabemos que los episodios clínicos representan la fase final de un proceso patológico cuya historia se inicia casi en la infancia y la elevada prevalencia actual de los factores de riesgo sería la consecuencia de los profundos cambios en los hábitos de vida de la población española en las últimas décadas. Si esto fuera así, es de esperar un notable incremento de la incidencia de la cardiopatía isquémica en un futuro próximo y tenemos la obligación, sanitarios y administración, de tomar las medidas oportunas para evitarlo,

Correspondencia: Dr. P. Betancor León.
Complejo Hospitalario Las Palmas.
Ángel Guimerá, 93. 35004 Las Palmas.
Correo electrónico: pbleón@cicei.ulpgc.es

Recibido el 6-11-2000; aceptado para su publicación el 15-11-2000

Med Clin (Barc) 2000; 115: 738-739

tanto con estrategias poblacionales (mejora de los hábitos de vida) como individuales (identificación y control de los individuos con factores de riesgo cardiovascular).

Gutiérrez Fuentes et al⁶ analizan la morbimortalidad observada en ambos grupos durante el período de seguimiento, que es claramente superior en el grupo con riesgo inicial, pero que también es sorprendentemente baja con relación a la prevalencia de factores de riesgo. Tan sólo el 8,8% (menos del 2% anual) de la población presentó un episodio cardiovascular en un seguimiento de casi 5 años. Sin embargo, no se pueden obtener conclusiones válidas de su análisis que puede estar sujeto a sesgos, algunos de los cuales, como la mayor representación de mujeres mayores de 40 años, los autores tratan de corregir con un análisis multivariante. Pero existen otros sesgos potenciales en la muestra no analizados por los autores. De los pacientes elegidos que no participaron en el análisis del seguimiento, el 373 (51%) estaban ilocalizados, el 65 (9%) no justificaron su no participación y para 151 (20,9%) no existe justificación. ¿Qué evolución tuvieron estas personas? ¿Tuvieron algún evento clínico? ¿Fallecieron? Representan un porcentaje significativo de la muestra y el conocimiento exacto de su evolución es muy importante para poder obtener conclusiones fiables. Pese a ello, lo importante del trabajo de Gutiérrez et al no es el análisis de la morbimortalidad, para lo cual el diseño no es el más apropiado, sino demostrarnos la elevada prevalencia de los factores de riesgo en la población española y el escaso control de los mismos, a juzgar por el notable empeoramiento del perfil de riesgo en los dos grupos analizados.

Quedan muchos aspectos por conocer sobre la patogenia de la arteriosclerosis y los factores que condicionan su aparición y progresión, que no son sólo los factores de riesgo cardiovascular clásicos, dado que no explican las importantes diferencias existentes en la tasa de mortalidad no sólo entre diferentes países^{13,14} sino incluso entre las diferentes comunidades autónomas españolas. ¿Cuáles son las causas que justifican que la mortalidad por cardiopatía isquémica de Las Palmas de Gran Canaria, Tenerife o Cádiz dupliquen prácticamente a las observadas en Orense o Madrid?². Mientras se objetivan los factores que están debajo de esta desigual mortalidad, tenemos la oportunidad, y la obligación, de intensificar la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular conocidos en todos los individuos que, independientemente de cuál sea el motivo, contacten con el sistema sanitario y alentar y participar en todas cuantas acciones se promuevan para mejorar la educación sanitaria y la promoción de la salud de la población, especialmente en lo concerniente a los hábitos dietéticos, el consumo de tabaco, la actividad física y el control del peso.

Con estas medidas se podría reducir la prevalencia de los factores de riesgo y quizá prevenir el aumento de la incidencia de cardiopatía, si es que realmente estamos aún en el período ventana o período de incubación que va desde los factores de riesgo a las manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis. Si, por otro lado, la justificación de la paradoja cardiovascular depende de factores «antirriesgo» propios del área mediterránea (antioxidantes, aceite de oliva, estilo de vida, etc.), ¡qué Dios nos los conserve!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Medrano MJ, Almazán J, Sierra MJ, Olalla MT. Situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas (I): mortalidad y morbilidad. *Bol Epidemiol Semanal* 1998; 6: 149-153.
- Villar F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 321-328.
- Pérez G, Peña A, Sala J, Roset P, Marrugat J. 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.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mohonen 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: 1547-1557.
- Gisbert R, Brosa M, Figueras M, Mindan E, Rovira J. El coste de la enfermedad en España. El coste de las enfermedades cardiovasculares. Madrid: MSD, 1997.
- Gutiérrez Fuentes JA, Gómez-Jerique J, Gómez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Aristegui I, en nombre del grupo DRECE II. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 726-729.
- Gómez-Jerique JA, Gutiérrez-Fuentes JA, Montoya MT, Porres A, Rueda A, Avellaneda Rubio MA. Perfil lipídico de la población española: estudio DRECE. Dieta y riesgo de enfermedad cardiovascular en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 730-735.
- Plaza I, Villar F, Mata P, Pérez F, Maizquez A, Casasnovas JA et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
- British Cardiac Society, British Hyperlipidaemia Association, British Hypertension Society and British Diabetic Association. Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice [resumen]. *Br Med J* 2000; 320: 705-708.
- Wood D, de Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancini G, Pyörälä 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: 1434-1503.
- Masia R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi M et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. REGICOR Investigators. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 707-715.
- Serra Majén L. Resultados de la Encuesta Nutricional de Canarias (ENCA), en <http://gobcan.es/psc/enca>
- Levy D, Kannel WB. Searching for answers to ethnic disparities in cardiovascular risk. *Lancet* 2000; 356: 266-267.
- Van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D. The relations between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *N Engl J Med* 2000; 342: 1-8.