

Prevalencia de angina y factores de riesgo coronario

Ignacio Balaguer Vintró

Departamento de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

El artículo sobre prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España¹ muestra el interés actual de destacados grupos por la frecuencia y determinantes de la cardiopatía coronaria en España, lo que representa un considerable progreso en comparación con lo que acaecía en 1985 cuando se publicó el primer artículo sobre el tema². Este interés justifica comentar el papel de la angina en los estudios de población y algunos aspectos de los factores de riesgo y de la frecuencia de la cardiopatía coronaria en España.

LA ANGINA DE ESFUERZO COMO INDICADOR DE LA ENFERMEDAD CORONARIA CLÍNICA

La angina de esfuerzo es una de las formas de presentación de la cardiopatía coronaria clínica que aparece de forma aislada o como un síntoma en otras formas de la enfermedad. En los estudios transversales o prospectivos de mortalidad y morbilidad coronarias en una comunidad, la angina de esfuerzo se ha tomado como un síndrome de segundo orden para sumar a las otras formas clínicas más seguras en su identificación, en primer lugar, el infarto de miocardio fatal y no fatal. La gran paradoja es que el diagnóstico de angina de esfuerzo es fácil para los médicos avezados en su trabajo habitual, mientras que el reconocimiento de la prevalencia de la angina de esfuerzo en una comunidad presenta un gran margen de incertidumbre. Dawber, con la experiencia de 24 años del estudio de la ciudad de Framingham³, señalaba que el 20% de su población sufría algún tipo de dolor torácico que obligaba al diagnóstico diferencial para distinguir entre ellos la porción relativamente baja en los que el dolor corresponde a angina de pecho. Partiendo de un crite-

rio similar, Ancel Keys, en el Seven Countries Study⁴, dio el nombre de formas fuertes (*hard*), a la suma de muertes coronarias y de infartos de miocardio fatales y no fatales. La angina de pecho y algunos signos electrocardiográficos menores según el código de Minnesota fueron calificados como formas suaves (*soft*) e incluidas sólo de modo complementario en las comparaciones entre las diversas comunidades participantes. De estos antecedentes y de la experiencia posterior se deduce una clara conclusión. La angina de esfuerzo no puede usarse de forma aislada para identificar la frecuencia de la cardiopatía coronaria en la población. El estudio de la frecuencia de la angina de esfuerzo tampoco permite evaluar, ni de forma indirecta, el coste sanitario de la enfermedad coronaria en una población, que podría ser otro de los motivos para su análisis.

Geoffrey Rose fue, antes de convertirse en profesor de epidemiología, un médico del St. Mary's Hospital de Londres, lo que le otorgó la experiencia para crear el cuestionario que lleva su nombre. Su cuestionario para el diagnóstico de la angina es un excelente método para aprender a interrogar el dolor precordial pero deben conocerse las limitaciones de su uso en los estudios de población. Se ensayó primero en varones y después en mujeres. En el examen inicial del WHO European Collaborative Multifactorial Prevention Trial⁵ efectuado a partir de 1970 en cinco países, pudimos observar que las diferencias en la frecuencia de respuestas positivas al cuestionario no coincidían ni con las observadas en el porcentaje de alteraciones del ECG ni con la mortalidad coronaria entre los países. Todo esto sugería el papel de los factores socioculturales para explicar las diferencias en las respuestas al cuestionario.

Recuerdo a Geoffrey Rose en Lisboa el año 1977, escuchando atentamente a los médicos portugueses que referían un sorprendentemente alto porcentaje de respuestas positivas en mujeres de mediana edad, que además era superior al de los varones como se ha confirmado en otras poblaciones. Cuando Garber et al⁶ compararon el cuestionario de Rose con la prueba de esfuerzo con talio en pacientes con dolor torácico y respuesta positiva al cuestionario, la prueba del talio fue positiva en el 73% de los varones y en el 26% de las mujeres. El auge actual del papel de la placa ines-

Correspondencia: Dr. I. Balaguer Vintró.
Departamento de Cardiología.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
S. Antoni M.ª Claret, 167. 08025 Barcelona.

table refuerza el viejo concepto de los médicos de que la enfermedad coronaria evoluciona por brotes de fases agudas. Pensar que en determinadas comunidades o en mujeres antes de los 60 años la enfermedad coronaria pueda ser más frecuente en forma de angina de esfuerzo crónico por traducir una forma más benigna de la enfermedad arterial, es una simple especulación que se aleja de la experiencia clínica. Tampoco debe servir de excusa la menor atención prestada al dolor de las mujeres. El interrogatorio adecuado por personas experimentadas conduce al diagnóstico de angina en ambos sexos si quien lo realiza está familiarizado con la enfermedad coronaria y está libre de los prejuicios todavía demasiado habituales de la cultura machista. Por el contrario, el cuestionario tiene un porcentaje no despreciable de falsos positivos que varía según la edad y el sexo en cada comunidad, y por tanto, conviene ser cautos para tomarlo como indicador de las diferencias en la frecuencia de la forma clínica de la enfermedad que pretende identificar.

LA ADOPCIÓN DE MUESTRAS ALTERNATIVAS POR RAZONES ECONÓMICAS Y LEGALES

La selección de la muestra de población para este tipo de estudios viene condicionada por razones económicas y legales. La legislación actual que pretende proteger la confidencialidad de los datos individuales es un freno que probablemente se interpreta con exceso de celo. Las muestras alternativas que se han introducido por necesidad y conveniencia a partir de modelos usados en encuestas no sanitarias pueden conducir a la obtención de colectivos que difieran de la población natural. Es obvio que la población que está habituada a contactar con el sistema de atención sanitaria y está más interesada por los temas de salud personal será más fácilmente abordable y dispuesta a participar. Es necesario, por tanto, averiguar si los que no responden no difieren de los que participan, lo que puede conllevar un esfuerzo complementario para obtener esta información⁷. Otros problemas de los estudios multicéntricos son fruto de la complejidad que conlleva la diversidad. El control de la calidad de los encuestadores parece más difícil, complejo y caro cuando aumenta el número de lugares de observación, siendo más fácil y fiable cuando se puede realizar con el mismo equipo.

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO Y EN LA MORTALIDAD CORONARIA ENTRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

Los estudios longitudinales de seguimiento de una población concreta han permitido identificar los factores de riesgo individual, más frecuentes en los que pre-

sentarán cardiopatía coronaria clínica en los años inmediatos, en comparación con el colectivo del que se han extraído. Al comparar individuos de dos poblaciones distintas se observan importantes diferencias en el riesgo absoluto de acuerdo con las observadas en la frecuencia de la enfermedad, pero, aunque los riesgos absolutos sean muy distintos, se mantienen las diferencias del riesgo relativo entre los individuos de una misma comunidad. Por esta razón, debe evitarse la tentación de usar las diferencias en los promedios de los factores de riesgo para la comparación entre poblaciones, ya que los valores de cada factor de riesgo sólo sirven para comparar el riesgo relativo de un individuo respecto a otros dentro de una misma comunidad. En el Seven Countries⁴ se observó que el único de los principales factores de riesgo coronario que identificaba las diferencias de riesgo entre comunidades era el promedio del colesterol sérico. El estudio incluía poblaciones de siete países que habían permanecido aislados y geográficamente distantes. Es posible que sea más fácil la comparación entre regiones de un mismo país. En datos recientes obtenidos en Francia por el examen de poblaciones laborales entre 35 y 50 años de la compañía Electricité de France-Gaz de Francia, se ha observado un gradiente norte-sur para la hipertensión y el sobrepeso, y predominio de hiperlipemia en algunas zonas que pueden contribuir a explicar la menor mortalidad coronaria del sur y del sudeste⁸. Los datos sobre las diferencias entre las comunidades autónomas de los principales factores de riesgo obtenidas por cuestionario en cierto modo informan también de las posibles diferencias en la atención sanitaria entre poblaciones. En la muestra estudiada¹ sorprende que se trate con fármacos a una elevada proporción del alto porcentaje que declaran haber sido calificados de hiperlipémicos, superior a la proporción de hipertensos tratados. El control de la hipertensión fue introducido antes y el consenso de su necesidad y beneficio ha sido ampliamente reconocido y comentado. Conveniría confirmar estos datos empezando por precisar si se pedía hiperlipemia en abstracto o se interrogaba sobre la cifra de colesterol y cuál se tomó como elevada. De confirmarse lo que se señala, habría que plantear dónde nos encontramos y cabría sospechar que el interés reciente por la hiperlipemia ha disminuido el control de la hipertensión, cuyos resultados preventivos sobre el conjunto de las enfermedades cardiovasculares empezando por la apoplejía y la insuficiencia cardíaca terminal, están más afianzados. Esto sugiere que la afición por las últimas novedades, es decir, un cierto papel de la moda, adquiriría importancia por la ausencia de una solidez consolidada en los criterios de los profesionales. Sería paralela a la rapidez de cambios de los estilos de vida y de su soporte ideológico que se han observado en España en las últimas décadas.

Los datos desde 1975 acerca de las diferencias en la mortalidad coronaria⁹ en España sugieren que las cifras

más altas corresponden a las Islas Canarias y Baleares y a las comunidades del sudeste (Comunidad Valenciana y Andalucía). Es probable que la relativa baja frecuencia de la enfermedad coronaria en España contribuya a dificultar la comparación y que haya comunidades en las que el número anual de muertes sea demasiado pequeño como para que las comparaciones sean posibles. Sorprende que las comunidades con mayor mortalidad por cardiopatía coronaria no sean las únicas con un nivel económico alto ni las que disponen de más estructuras y tradición de desarrollo sociocultural, lo que mueve a pensar en otros factores que convendría identificar y evaluar. La primera incógnita es acerca del peso de los jubilados de países con mayor frecuencia de la enfermedad inscritos en los padrones municipales de las poblaciones españolas de determinadas zonas. La proporción de extranjeros censados oscilaba en 1998 entre 4 y 41 por 1.000 habitantes en diversas comunidades, ocupando los primeros lugares Mallorca y Canarias¹⁰. Los cambios socioeconómicos, incluyendo la movilidad de una alta proporción de la población de las áreas rurales a las urbanas y hacia las comunidades más industrializadas que han ocurrido en España durante algunas décadas, son difíciles de evaluar por su complejidad y dinamismo, así como sus repercusiones en los cambios en la prevalencia de los factores de riesgo en las diversas comunidades. Lo importante al enfocar este tema es abordarlo prescindiendo de ideas preconcebidas y no pretendiendo obtener más resultados de los previsibles. La discusión sobre las diferencias de frecuencia de la enfermedad coronaria y de sus factores de riesgo entre comunidades autónomas no nos debe distraer del tema central, que es la relativa baja frecuencia de la enfermedad en España y en los otros países del sur de Europa, así como la aparente paradoja consistente en que el desarrollo socioeconómico no se ha traducido en datos que demuestren el aumento esperado de la enfermedad en las estadísticas de mortali-

dad, mientras que la cardiopatía coronaria clínica ya es la primera causa individual de mortalidad y de hospitalización aguda para la población adulta. No cabe duda de que el interés que ahora despierta el tema conducirá a otras actividades del grupo que ha realizado este estudio y de otros grupos que contribuirán a aclarar algunas de las numerosas incógnitas que se han hecho más visibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Bescós L, Cosín J, Elosua R, Cabadés A, De los Reyes M, Arós F et al. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España; estudio PANES. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 1.045-1.056.
2. Balaguer Vintó I, Sans S. Coronary heart disease mortality trends and related factors in Spain. *Cardiology* 1985; 72: 97-104.
3. Dawber THR. The Framingham Study. The epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1980; 35-38.
4. Keys A. Seven Countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1980; 15-33.
5. WHO European Collaborative Group. Multifactorial Trial in the prevention of coronary heart disease. 1. Recruitment and initial findings. *Eur Heart J* 1980; 1: 73-80.
6. Garber CE, Carleton RA, Heller GV. Comparison of Rose questionnaire angina to exercise thallium scintigraphy: different findings in males and females. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 715-720.
7. Rodés A, Sans S, Balañá LL, Paluzie G, Aguilera R, Balaguer Vintó I. Recruitment methods and differences in early, late and non-respondents in the first MONICA-Catalonia population survey. *Rev Epidemiol et Sant Publ* 1990; 38: 447-453.
8. Tran PD, Leclerc A, Chastang JF, Goldber M. Regional disparities in cardiovascular risk factors in France: a five-year analysis of the GAZEL cohort. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 535-543.
9. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Del Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 321-327.
10. Informe España 1998: una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, 1999; 576: Tabla A 2.1.3.