

La prevención cardiovascular: ¿una razón de peso?

Susana Sans Menéndez

Instituto de Estudios de la Salud. Barcelona. España.

El riesgo relativo es la medida más comúnmente utilizada en los estudios etiológicos para determinar la magnitud de la asociación entre un factor de riesgo y una enfermedad, y es una medida imprescindible para valorar la causalidad. Pero una vez establecida ésta de una forma coherente y en concordancia con el resto del conocimiento científico, existen otras medidas de asociación que cobran mayor relevancia para decidir qué actuaciones sobre un problema de salud son más pertinentes. Una de estas medidas es la fracción atribuible poblacional (FAP), o proporción de casos en exceso debida a un factor de riesgo en una población determinada. Dicho de otra manera, la fracción de enfermedad evitable en un período especificado si se eliminara completamente el factor de riesgo, asumiendo que la asociación sea causal y manteniendo constante el resto de los factores¹. Si bien los riesgos relativos de los factores de riesgo clásicos de la cardiopatía isquémica acostumbran ser bastante parecidos entre poblaciones, siempre y cuando los estudios de los que se deriven estén diseñados correcta y similarmente, los riesgos y las fracciones atribuibles no lo son. Esto se debe a la diversidad en la distribución y prevalencia de los factores de riesgo entre poblaciones, las cuales se traducen en incidencias distintas de la enfermedad.

La estimación de la FAP de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica no es una novedad². Una de las más recientes y conocidas es la del INTERHEART³, un estudio de casos y controles en pacientes con un primer infarto agudo de miocardio ingresados en unidades coronarias u otras salas de cardiología y diversos tipos de controles, el cual proporcionó una visión mundial del impacto de los factores de riesgo. En España, se han publicado FAP para el tabaco y el alcohol basados en datos rutinarios de mortalidad. En este número de la Re-

vista, Medrano et al⁴ intentan cuantificar el impacto de los distintos factores de riesgo coronario en una población española. Para ello utilizan datos de cuatro estudios publicados. Los riesgos relativos son los de un estudio de seguimiento durante 5 años de la población asignada a ocho centros de atención primaria de Zaragoza (ZACARI, n = 6.124). Las prevalencias de factores de riesgo cardiovascular para el cálculo bruto de la FAP proceden de un metaanálisis de 48 estudios transversales españoles con un total de 130.945 personas, realizado por los mismos autores. Para el cálculo ajustado por otros factores de riesgo, utilizan las prevalencias de dos estudios de prevención secundaria en pacientes con infarto de miocardio ingresados en unidades coronarias, el PRIAMO-II y el PREVESE-2.

Los resultados muestran que el sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25) es el factor al que cabe atribuir un mayor impacto poblacional, seguido del tabaquismo. La relación de la obesidad con la enfermedad coronaria está suficientemente probada. Estudios como el de Framingham⁵, el Nurses Health Study⁶ y otros demostraron que la obesidad y el sobrepeso son predictores no sólo de la cardiopatía coronaria, sino del conjunto de eventos cardiovasculares en varones, mientras que en las mujeres lo es por lo menos para la angina de esfuerzo. La obesidad se asocia también a otros factores⁷. El hallazgo de Medrano et al es coherente con el estudio MONICA, que mostró hace 7 años que la obesidad era el factor de riesgo que presentaba un mayor aumento, junto con el incremento de la incidencia de infarto en Cataluña⁸. Sin embargo, llama poderosamente la atención la altísima proporción (un 42,5% de los varones y el 36,5% de las mujeres en el cálculo ajustado; el 51% de los varones y el 45% de las mujeres en el bruto) de la incidencia de enfermedad coronaria evitable por la eliminación de un solo factor de riesgo como el sobrepeso. Este nivel de impacto se corresponde con el encontrado en otros estudios para la combinación de varios factores de riesgo. Por ejemplo, en la encuesta nacional de salud americana NHANES-I/NHFS⁹, la FAP para la combinación de tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en varones de 35 a 74 años fue del 41,2%. En el estudio de Framingham, a los 44 años de seguimiento, la fracción atribuible sólo al sobrepeso fue el 20% de los eventos coronarios duros (infarto agudo de

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1250-6

Correspondencia: Dra. S. Sans Menéndez.
Institut d'Estudis de la Salut.
Roc Boronat, 81-95. 08005 Barcelona. España.
Correo electrónico: susanna.sansm@gencat.net

Full English text available from: www.revespcardiol.org

miocardio y muerte coronaria) en los varones y el 4% en las mujeres⁵.

Veamos qué factores podrían explicar estas distintas estimaciones. En el cálculo de las FAP intervienen dos parámetros, la prevalencia de los factores de riesgo y los riesgos relativos, pero la prevalencia es la que suele ser más decisiva. El metaanálisis utilizado comprendió un intervalo de edades entre los 2 y los 75 años e incluyó tanto estudios de población general como de poblaciones laborales, pacientes de atención primaria, ancianos y escolares. Aunque en su día los resultados se presentaron desglosados para los estudios de población general, las prevalencias de factores de riesgo empleadas en el presente artículo son las del conjunto de estudios, si bien los estudios de población general tienen el mayor peso. La prevalencia de sobrepeso era el 48% en las mujeres y el 67% en los varones. La comparación de estas cifras con las de cualquier otro estudio se hace imposible por la mezcla de poblaciones y edades señalada más arriba. A modo de ilustración, diremos que en la encuesta nacional americana la prevalencia fue el 42 y el 53,5%, respectivamente, en el *pool* de estudios SEEDO 2000¹⁰ (el 48% en las mujeres y el 58% en los varones entre 25 y 60 años) y en el estudio MONICA-Cataluña¹¹ (el 68% en mujeres y el 66% en varones entre 25 y 64 años). Por otro lado, para calcular la FAP ajustada del sobrepeso, se utilizó la prevalencia del estudio PREVESE-2. Ahora bien, el 63% de las historias clínicas de este estudio no tenían anotado el peso o la talla y no se pudo calcular el índice de masa corporal. Entre los que sí lo tenían anotado, la prevalencia de sobrepeso era 46% en los varones y 38,3% en las mujeres, valores claramente inferiores de los proporcionados en las tablas del artículo, que más bien parecen corresponder a la prevalencia del sobrepeso del estudio EUROASPIRE-2¹² y no a las del PREVESE-2. Algo parecido puede decirse respecto a los riesgos relativos del sobrepeso y la razón colesterol de las lipoproteínas de baja densidad/colesterol de las lipoproteínas de alta densidad del estudio ZACARI, los cuales se estimaron sólo en subgrupos de la cohorte, puesto que los datos de índice de masa corporal y lipoproteínas faltaban en más del 30% de los sujetos. Estos riesgos relativos son además superiores y más inestables estadísticamente que los de Framingham, debido a la naturaleza del estudio del que se derivan. En conjunto, las limitaciones señaladas inducen a cuestionar la solidez de estas estimaciones de las FAP. De hecho, sus amplios márgenes de confianza, que llegan incluso a ser negativos para varios factores, dejan en la incertidumbre la verdadera magnitud del impacto de los factores de riesgo coronario.

La FAP es un cálculo teórico y sobre todo es útil para ilustrar el impacto potencial de una medida preventiva, pero tiene algunos inconvenientes como asumir que otros factores de riesgo permanecen constantes. En la práctica, será difícil que un factor de riesgo

desaparezca totalmente y que no se produzca ningún cambio en los otros factores. La enfermedad coronaria es una enfermedad multifactorial y las intervenciones preventivas para reducirla deben ser multifactoriales. Este concepto ya ha sido introducido con más o menos éxito en el ámbito clínico a través de las tablas de valoración de riesgo cardiovascular. Es necesario que en Salud Pública se dé también este salto cualitativo y que los futuros intentos de estimar el impacto de los factores de riesgo cardiovascular no sólo se hagan tomando las prevalencias combinadas de varios factores de riesgo, sino que se hagan basados en estudios genuinos de población general. Los usuarios de atención primaria no son representativos de la población general. Aunque se estima que el 80% de la población española acude a los centros de salud al menos una vez al año, este porcentaje varía mucho con la edad y el sexo. Las estimaciones del riesgo y las validaciones de las ecuaciones del riesgo basadas en este tipo de pacientes no reflejan adecuadamente la situación epidemiológica real, aunque sean intentos respetables para acercarse al problema¹³. Quizá ha llegado la hora de aunar esfuerzos y realizar estudios metodológicamente más sólidos y de suficiente poder estadístico para establecer la magnitud de los riesgos cardiovasculares en nuestro país. Ello sin olvidar que la pregunta que se hacen los planificadores y decisores en salud no es sólo si una intervención o programa es deseable, sino qué grado de intervención es necesario para eliminar o minimizar un problema de salud.

A pesar de todo, es indudable que el sobrepeso y la obesidad son altamente prevalentes en la población española y están aumentando, lo que requiere ya una actuación clínica y de Salud Pública mucho más decididas¹⁴, junto con la lucha contra el tabaquismo para controlar la epidemia cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothman K. Modern epidemiology. Boston: Little Brown; 1986.
2. Sturmans F, Mulder PG, Valkenburg HA. Estimation of the possible effect of interventive measures in the area of ischemic heart diseases by the attributable risk percentage. *Am J Epidemiol.* 1977;105:281-9.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-52.
4. Medrano MJ, Pastor-Barriso R, Boix R, Del Barrio JL, Damián J, Álvarez R, et al. Riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en la población española. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:1250-6.
5. Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience. *Arch Intern Med.* 2002;162:1867-72.
6. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Monson RR, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med.* 1990;322:882-9.

7. Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, García De Yébenes MJ, Gutiérrez-Fisac JL, López García E, Rodríguez-Artalejo F. Asociación de la enfermedad cardiovascular con el sobrepeso y la obesidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:616-8.
8. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. for the WHO-MONICA Project. Estimating the contribution of changes in classical risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO-MONICA project populations. *Lancet*. 2000;355:675-87.
9. Chang M, Hahn R, Teutsch S M, Hutwagner L. Multiple risk factors and population attributable risk for ischemic heart disease mortality in the United States, 1971-1992. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:634-44.
10. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque A, et al. Prevalencia de la obesidad en España. Resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:608-12.
11. The WHO MONICA Project: a worldwide monitoring system for cardiovascular diseases. *World Health Stat Ann*. 1989;60-149.
12. Montaye M, De Baquer D, De Backer G, Amouyel P; on behalf of EUROASPIRE investigators. Overweight and obesity: a major challenge for coronary heart disease prevention in clinical practice in Europe. *Eur Heart J*. 2000;21:808-13.
13. Buitrago F, Cañon-Barroso L, Díaz-Herrera N, Cruces Muro E, Escobar-Fernández M, Serrano-Arias JM. Comparación de las tablas REGICORE y SCORE para la clasificación y la identificación de pacientes candidatos a tratamiento hipolipemiente o antihipertensivo. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:139-47.
14. Estrategia NAOS: Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.