

■ Discusión y conclusiones

• *Representatividad de la muestra y validez interna del estudio*

El diseño del estudio ocasionó un discreto deslizamiento hacia el medio rural de la muestra obtenida, 45,56% frente al 41,34% de la población. Este efecto, ya previsto en los modelos previos de simulación, es corregido automáticamente en el proceso de cálculo de los estimadores.

Solamente cuatro médicos de la muestra no colaboraron finalmente en el trabajo de campo, lo que representó el 2% de los 198 seleccionados en primera instancia y redujo la muestra original de población en 100 personas.

La localización de las personas para la citación, que se hizo a través de la información consignada en la tarjeta individual sanitaria, fue más difícil en la población por debajo de 40 años, en donde se observó también el mayor número de no-respuesta. No obstante, la negativa explícita a participar fue mínima, del orden del 2%.

La tasa de respuesta global en el conjunto del estudio, sea considerando la muestra original o el total de los citados, incluidos los reservas, supera el 80%, que era el objetivo marcado en este proyecto. Este alto porcentaje de participación, unido al modelo de selección y de recogida de información, permiten asegurar una buena representatividad de los datos, una adecuada precisión de los estimadores en las áreas de salud y confieren, en definitiva, suficiente validez interna a la información obtenida en esta investigación.

Las medidas de las variables, a pesar de haberse realizado por 196 profesionales diferentes, han contado con el consenso de los investigadores de acuerdo con las normas técnicas establecidas por la Consejería de Sanidad y de uso común en los centros de salud de Castilla y León, lo que permite asegurar una homogeneidad y reproductibilidad adecuada.

Asimismo, se ha verificado la concordancia de los valores de referencia de los principales parámetros analíticos realizados por los laboratorios de bioquímica y hematología.

En reuniones previas al trabajo de campo, los responsables del estudio en cada área de salud explicaron los procedimientos y atendieron las dudas que pudieron surgir. Durante la recogida de información, los coordinadores del estudio mantuvieron una línea de consulta permanente para dar una respuesta normalizada a los problemas imprevistos.

Hay que recordar que las estimaciones de los factores de riesgo y del riesgo cardiovascular global no están hechas con el objetivo de la comparación entre áreas de salud. No se ha procedido en ningún momento al ajuste de los indicadores dentro de cada área de salud por edad ni sexo, por lo que las diferencias observadas entre ellas sólo pueden ser interpretadas en términos absolutos y nunca para realizar análisis comparativos. Sin embargo, algunos indicadores de prevalencia

de factores de riesgo de Castilla y León se han ajustado por la edad de la población española como referencia, permitiendo la comparación con otros datos de ámbito nacional.

• ***Riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León***

Aunque la comparación con otros estudios semejantes nunca es fácil, se puede decir que los datos de este estudio presentan, en general, una buena concordancia con lo que refleja la literatura.

La prevalencia estimada de hipertensos en la Comunidad Autónoma, 38,77% (tasa ajustada de 31,12%) es semejante a la descrita en varios trabajos para el conjunto de España (Banegas et al, 1993; estudio EPICARDIAN; estudio nacional DRECE II), con las lógicas diferencias motivadas por los grupos de edad considerados, y a la encontrada recientemente en una población rural de Castilla-La Mancha. Es importante señalar que el 42% de esta población no está diagnosticada de hipertensión arterial.

Cerca del 9% de la población de Castilla y León mayor de 15 y más años de edad es diabética, lo que representa en números absolutos unas 187.000 personas con este grave problema de salud. Esta cifra es absolutamente compatible con lo esperado para una población con una estructura de edad envejecida. Un estudio realizado en un área de salud de Valencia en mayores de 20 años cifra la prevalencia en el 8,4% y otro similar en una población metropolitana mayor de 15 años mostraba prevalencias de 12,6% entre los varones y 7,2% entre las mujeres. Los datos de los estudios nacionales más recientes reflejan una prevalencia de diabetes entorno al 9%. El porcentaje estimado de población con glucemia basal alterada está próximo al 6%, lo que representa otras 117.000 personas con riesgo evidente de desarrollar una diabetes mellitus en el futuro inmediato.

Por lo que respecta a las lipoproteínas, y más concretamente a la prevalencia de hiperlipemia, Castilla y León se sitúa también en unas cifras acordes con lo descrito en la literatura científica. Las estimaciones obtenidas de personas diagnosticadas de hiperlipemia o con cifras de colesterol total iguales o superiores a 250 mg/dl, el 28,9% para ambos sexos (tasa ajustada de 24,83%), están ligeramente por encima del 20% estimado para España. Por otra parte, la población castellano y leonesa presenta altas cifras de colesterol HDL, con más del 97 % de la población en valores por encima de 35 mg/dl de esta fracción lipídica.

La prevalencia de tabaquismo en la población de Castilla y León se sitúa en niveles inferiores a las del conjunto de España. Probablemente la estructura de edad y social de la población esté motivando una mayor proporción de exfumadores (las cohortes más envejecidas tienen más tendencia a dejar el hábito de fumar) y de no fumadores en las edades medias de la vida, sobre todo entre las mujeres. Estos fenómenos se ponen en evidencia cuando se compara la tasa cruda de fumadores, 24,68%, con las cifras estimadas para España por la Encuesta Nacional de Salud y otros estudios de ámbito nacional, entorno al 36%, y la propia tasa ajustada de Castilla y León que se incrementa hasta el 28,16%.

El sobrepeso y la obesidad, por el contrario, y aunque no se consideren factores de riesgo cardiovascular clásicos o directos, sí parece tener una especial importancia en Castilla y León. Casi la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres presentan sobrepeso y aproximadamente uno de cada cinco castellanos y leoneses puede considerarse obeso, cifra superior a las que ofrecen otros estudios nacionales y regionales que se mueven en una horquilla del 12% al 20%. Por otra parte, las tasas más altas se encuentran a una edad relativamente temprana, entre los 55 y 65 años, con las implicaciones que tiene en el desarrollo e interacción con otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente con la hipertensión y la diabetes, que también suelen aparecer en estas edades.

En cuanto al Síndrome metabólico, pocos estudios poblacionales permiten realizar una buena comparación. No obstante, la importancia clínica de este cuadro y las implicaciones tan directas que representa en la valoración del riesgo cardiovascular y su control, merecen una reflexión. En Castilla y León se estima en unas 318.000, las personas afectadas, lo que representa el 14,98% de la población. Aunque las mujeres se ven más afectadas, no existe una marcada diferencia por sexo. Sin embargo, se observa una mayor predisposición en el medio rural e importantes variaciones entre diferentes áreas de salud.

Como conclusión, se puede decir que la población de Castilla y León presenta niveles altos de los principales factores de riesgo cardiovascular, a excepción del tabaquismo, si comparamos con otros datos de nuestro entorno. No cabe duda que el envejecimiento de esta población justifica en cierta medida las elevadas prevalencias de hipertensión, diabetes e hiperlipemias, lo que no significa que se deba restar importancia a estos datos crudos que sitúan a la población de esta Comunidad Autónoma en un nivel de riesgo que requiere importantes esfuerzos de prevención y control.

Para el cálculo del riesgo cardiovascular global se han utilizado datos de incidencia de registros de otras poblaciones de ámbito regional y nacional al no disponer de datos propios de enfermedad cardiovascular en Castilla y León con suficiente representatividad y validez para el conjunto de la población. Las estimaciones del riesgo cardiovascular global medio sintetizan el riesgo que tiene la población de la Comunidad Autónoma según los factores de riesgo cardiovascular clásicos, que son los que se describen en esta publicación y en mayor o menor grado, son objeto de intervenciones de prevención y control por parte del sistema de salud. Además, es una medida que permite la comparación del riesgo cardiovascular global entre diferentes grupos, clases y áreas, y discrimina otros componentes que influyen en las tasas observadas de incidencia o mortalidad por estas enfermedades.

Los diferentes métodos de cálculo del riesgo cardiovascular global, muestran importantes variaciones, que dependen del método en cuestión y que deben ser explicados adecuadamente. Hay que señalar que, a juicio de la mayoría de los autores, la fórmula de Framingham sobreestima el riesgo de enfermedad isquémica del corazón, fenómeno que se observa también en este trabajo cuando se calcula con la fórmula adaptada del estudio DORICA en el que se utilizan las prevalencias de factores de riesgo de varios trabajos nacionales y la incidencia de enfermedad isquémica del estudio IBERICA. Por el contrario, la adaptación de la fórmula con los datos del estudio REGICOR, que trabaja con una incidencia un 15% inferior a la de España, reduce muy significativamente el riesgo, tanto en varones como en mujeres. Por último, la adaptación para Castilla y León, que combina la incidencia obtenida en diferentes estimaciones nacionales y la prevalencia de factores de riesgo del propio estudio, obtiene en los hombres riesgos superiores al adaptado REGICOR sin llegar a las cifras de Framingham, aunque en las mujeres reduce, si cabe aún más, el riesgo estimado. Estos fenómenos dependen directamente de las tasas de incidencia y de las prevalencias de los factores de riesgo, de tal manera que cuanto menor se considera la incidencia en una población con prevalencias altas de factores de riesgo, menor es el riesgo cardiovascular global de las personas y, por consiguiente, de la población de estudio.

De los cinco métodos empleados, el SCORE puede considerarse el más completo al incluir el riesgo de enfermedad cerebrovascular a los 10 años. Sin embargo, a juicio de algunos autores, sobreestima el riesgo en poblaciones de baja incidencia. Además calcula solamente el riesgo de morir y no el de enfermedad a partir de datos procedentes de múltiples poblaciones heterogéneas y contempla el riesgo asociado a la diabetes de una manera poco precisa, lo que ha limitado su aplicación generalizada.

El cálculo basado en los coeficientes y prevalencias de los datos de Framingham puros está siendo cuestionado en diferentes ámbitos, desde donde se apuesta por la adaptación de las fórmulas a las poblaciones en las que se aplica. La dificultad estriba en encontrar tasas válidas y precisas para estas poblaciones, proliferando diferentes aproximaciones que ofrecen resultados muy dispares y ponen en tela de juicio la validación definitiva del método.

En la presentación del riesgo cardiovascular global de este estudio se muestran las diferentes estimaciones realizadas, no con el afán de comparación entre métodos, sino para poder disponer de todos los elementos que permitan enjuiciar de manera global el riesgo cardiovascular en Castilla y León. No existen muchos estudios poblacionales en los que se estime el riesgo cardiovascular global, aunque sí aparecen en la literatura simulaciones por ordenador para la toma de decisiones y comparaciones de diferentes métodos en la estimación de personas a riesgo en poblaciones específicas.

El SCORE medio en Castilla y León, que refleja el riesgo de morir por enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular, muestra una importante diferencia por sexo, que se traduce en que el 12,79% de los hombres y el 2,38% de las mujeres presentan un riesgo superior al 5%.

Cuando se utiliza el modelo de Framingham adaptado para Castilla y León, el riesgo medio de sufrir una enfermedad isquémica del corazón en los próximos 10 años es relativamente bajo. Solo el 3,95% de los varones está por encima del umbral de riesgo del 20%, mientras que ninguna mujer supera este límite de acuerdo con las estimaciones realizadas.

En general, parece observarse una situación de riesgo cardiovascular acorde con las características sociodemográficas y de estilo de vida de la población de Castilla y León: un riesgo global moderado, con altas prevalencias de los factores de riesgo clásicos (a excepción del tabaquismo), al igual que ocurre en otras regiones y países de nuestro entorno que se encuentran encuadrados en el área mediterránea con perfil de riesgo bajo.

No obstante, este perfil en Castilla y León hay que circunscribirlo a una estructura de población actual singular, que en los últimos 40 años ha cambiado drásticamente de hábitos y costumbres (especialmente en lo que se refiere a estilos de vida, dieta, residencia, trabajo etc.), y cuyos efectos sobre la enfermedad cardiovascular no pueden ser correctamente valorados en este momento. Parece adecuado por tanto, como recomendación general, ampliar la vigilancia y control de estas enfermedades, promover el uso de tablas de riesgo global en todos los ámbitos de la actividad clínica, investigar los modelos de reducción de riesgos, desarrollar más las estrategias de promoción y protección de la salud y generalizar el uso de tratamientos y guías clínicas.