

Reducir el riesgo cardiovascular en una tabla no equivale a reducir acontecimientos cardiovasculares

Sr. Director: La expresión «riesgo cardiovascular» (RCV) puede resultar ambigua. Por un lado, puede referirse a la tasa de incidencia de episodios CV cuando ésta se mide en un estudio prospectivo, y por otro, sirve como expresión genérica para denotar la mayor o menor probabilidad de sufrir un episodio CV de individuos y/o poblaciones, que puede cristalizar en un cálculo numérico que estime el RCV a partir de diferentes escalas de riesgo.

A causa de esta ambigüedad, el título del original de Gómez et al¹ «Efectividad de una intervención de mejora de la calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos» puede llevar al equívoco de hacer creer que su objetivo es medir la capacidad de una intervención de mejora de la calidad para reducir acontecimientos CV. La simple adición de la palabra «estimación» del riesgo hubiera bastado para deshacerlo.

Podría parecer este comentario de una puntilliosidad extrema, pues ya el resumen da cuenta de que se está hablando de estimación del RCV con escalas y no de resultados clínicos. Sin embargo, en el cuerpo del artículo aparecen lo que desde nuestro punto de vista son errores de concepto que se están generalizando y tienen su origen en esta confusión entre los dos significados esbozados y que, además, pueden dar lugar a equívocos clínicos.

Lo que los autores del estudio miden en realidad son los cambios en las cifras de los factores de RCV clásicos, cambios que pueden resumirse en un parámetro resumen como la estimación del RCV en escalas de riesgo. Pero la reducción del valor en cualquiera de estas escalas no permite una interpretación de la reducción lograda en términos de las medidas del efecto RAR, RRR y el número que es necesario tratar (NNT), como si se estuvieran analizando resultados clínicos. Piénsese, por ejemplo, en el sinsentido

de aplicar estas medidas del efecto para valorar que una intervención reduce el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en 35 mg/dl en términos absolutos o un 30% en términos relativos. Es exactamente lo que ocurre cuando se aplican a las reducciones conseguidas en la puntuación de una escala de RCV.

Lo absurdo de esta situación queda de manifiesto al calcular el NNT. Pues, ¿qué significa, en este contexto, un NNT de 44 y de 256? ¿Significa que se necesita intervenir sobre 44 personas para evitar un nuevo episodio coronario y sobre 256 para evitar una muerte CV? Ni siquiera cabría hablar así de una estimación de efectos.

La ambigüedad sigue funcionando en la discusión. Ahí, se compara la intervención realizada con revisiones sistemáticas que han medido resultados clínicos tras distintas intervenciones de mejora de la calidad. El motivo de fondo para escribir estas notas no es retórico o nacido del prurito intelectual. Intenta llamar la atención sobre un equívoco que parece más extendido y profundo. Pues, de hecho, el revisor del original lo ha dado por correcto (bien que el resumen es impoluto) y hace unos meses fue objeto de comentario en *Evidence Based Medicine* un artículo que describe una intervención similar a este original realizado por el mismo grupo, sin ningún mal gesto².

Lo que nos preocupa es el potencial equívoco clínico de este tipo de errores. Este estudio no demuestra la efectividad de una intervención para reducir el riesgo (la incidencia) de acontecimientos CV, sino para mejorar o reducir los parámetros intermedios (factores de RCV) cuyo descenso, a su vez, queda reflejado en la reducción de la estimación del RCV, un resultado matemático automático. Otro asunto es que tales reducciones en los valores de los factores de RCV y, subsidiariamente, en la estimación del RCV se transformen en resultados clínicos, tal como esperamos sobre la base de otras informaciones o pruebas. Pero este salto debe darse de puntillas, pues bien pudiera darse el caso de que se redujeran valores de factores de RCV y estimaciones del RCV sin que ello afectase a resultados clínicos. Por ejemplo, tratando con fármacos a grupos de población con bajo riesgo basal en los que los beneficios potenciales son mínimos, o mediante intervenciones que no han demostrado ser

eficaces, o bajando el colesterol más allá de lo que cabe inferir de las inferencias, e incluso de los consensos, como recientemente han propuesto Masana et al³ a partir del mismo equívoco conceptual a través de un esquema basado en automatismos científicamente insostenibles y potencialmente peligrosos (por el riesgo de efectos adversos ligados a dosis altas de estatinas)³.

A pesar de todo, el interés y la importancia del trabajo resiste estos comentarios, pues demuestra la efectividad de intervenciones relacionadas con la metodología de la calidad para conseguir un control adecuado de los factores de RCV, realizadas con el esfuerzo encomiable y, lo que es más difícil, continuado de muchos profesionales a los que conocemos y admiramos.

Félix Miguel García^a,
Alejandra García Ortiz^b
y María José Montero Alonso^a

^aGerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Valladolid. ^bDirección Técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl). Valladolid. España.

1. Gómez MA, García L, González LJ, Sánchez A. Efectividad de una intervención de mejora de la calidad en la reducción del riesgo coronario y del riesgo de mortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 2006;37:498-53.
2. Brotons C. Comentario acerca de: Un programa de mejora de la calidad es efectivo para reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos. *EBM (ed. esp.)*. 2005;4:238.
3. Masana L, Plana N. Planificación orientada por objetivos en el tratamiento de la hipercolesterolemia. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:108-10.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Intervenciones. Factores de RCV.