

## Contestación del grupo PAPPS de cardiovascular al análisis crítico de las recomendaciones 2005

**Sr. Director:** Agradecemos sinceramente el esfuerzo realizado por Miguel García et al<sup>1</sup> en el análisis, efectivamente crítico, de las recomendaciones del PAPPS 2005<sup>2</sup>. Intentaremos contestar las opiniones basadas en valoraciones científicas, dejando de lado otras consideraciones.

Antes que nada, este artículo aparece ahora, transcurridos casi 2 años desde la publicación de las recomendaciones del PAPPS, a punto de publicarse (noviembre) las de 2007, lo que resta un «poco» de actualidad. Los autores del análisis crítico afirman que las recomendaciones del PAPPS anteriores a las de 2005 estaban basadas en el documento del ATP-NCEP. Esto es simplemente una conclusión errónea y para aclararla sólo leanse detenidamente los documentos. El grupo PAPPS de cardiovascular desde siempre, 1997, ha basado sus recomendaciones en los diferentes informes de las sociedades europeas y, concretamente, ha utilizado el cálculo del riesgo cardiovascular como piedra angular del tratamiento y seguimiento del paciente.

### Fuente y análisis de los datos

Con la utilización del metaanálisis de Psaty publicado en 1997, creímos que la cuestión de la eficacia de los diuréticos en el tratamiento de la hipertensión arterial quedaba suficientemente documentada, pasando después a desarrollar lo concerniente al resto de los fármacos. Aunque es cierto que las referencias al metaanálisis de Psaty de 2003 y a los diuréticos en el ALL-HAT no hubieran sobrado, su inclusión no habría cambiado el enfoque general del tema. La extensión del apartado dedicado a los ARA-II responde a criterios de actualidad.

### Clasificación de los estudios, diabéticos, TNT

El objetivo de la clasificación consistía en separar los estudios de prevención primaria de la cardiopatía isquémica, es decir sin esta enfermedad en concreto, del resto. El

motivo de la elección como criterio de clasificación del porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica fue debido a que este dato se encuentra en todos los estudios, mientras que la presencia de otras enfermedades cardiovasculares falta en ocasiones. La referencia a los estudios 4S, CARE, LIPD, VAHIT, LIPS, POSTCABG, HPS y PROSPER se encuentra en el apartado de prevención secundaria y proviene de un metaanálisis «reciente» (2004) para aquella época; eso sí, faltaba la cita<sup>3</sup>. Se nombra el estudio CARDs en el apartado «Prevención primaria» y la referencia al resto de los subgrupos de diabéticos de otros estudios provienen del mismo metaanálisis citado<sup>3</sup>. Los prejuicios condicionan que los autores del análisis crítico consideren una errata, era su primera suposición, como una declaración de intenciones para utilizar dosis altas de hipolipemiante en prevención secundaria ante «cualquier situación». Evidentemente, el TNT es un estudio de una estatina utilizada con dos dosis diferentes (atorvastatina 80 mg/día frente a atorvastatina 10 mg/día) y se describe correctamente en el último párrafo de prevención secundaria de las recomendaciones del PAPPS de 2005. Así, resulta errónea su inclusión en la tabla 4.

### Algunas en las fuentes de información y parámetros científicos

Llama la atención que Miguel García et al reprimen la ausencia de un estudio del año 1978 realizado con clofibrato y no mencionen otros más recientes.

Comentan que sólo citamos un metaanálisis, y nos sugieren 3 citas más, que aún podrían incrementarse. El objetivo de este apartado no fue realizar una «revisión sistemática» de metaanálisis, sino incluir aquellos que aportan algo más, como determinados análisis de subgrupos, resultados finales o fármacos, al análisis conjunto de los ensayos clínicos.

La expresión NNT siempre debe aclarar el período al que se refiere. Éste puede corresponder con la duración del ensayo, estimarse a 1, 5 o 10 años. Si hablamos de resultados «claramente significativos» es porque lo son, tanto los resultados del CARDs como los del metaanálisis de los diabéticos de prevención primaria<sup>3</sup>.

### Ambigüedades en las recomendaciones y riesgo cardiovascular

Es posible que la tabla 5 de las recomendaciones del PAPPS sea «ininteligible inmediata-

mente», pero suponemos que después de unos segundos de lectura sea comprensible. Con respecto a la referencia de que introducimos criterios de tratamiento que no están en el CEIPC<sup>4,5</sup>, sólo podemos comentar que vuelvan a leer las recomendaciones de la adaptación de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Fijense, sobre todo, en el algoritmo de tratamiento de la hipertensión arterial y en el texto sobre los lípidos que menciona expresamente lo siguiente «un cLDL > 6 mmol/l (240 mg/dl) sitúa a estos pacientes en un nivel de riesgo alto de enfermedad cardiovascular». El estudio de Framingham hace ya muchos años demostró que la presencia de varios factores de riesgo con elevaciones moderadas repercute más en el riesgo cardiovascular que una elevación aislada de un solo factor. A partir de estos trabajos, se elaboraron varias tablas donde se infiere un perfil de paciente de alto riesgo en función, fundamentalmente, de los valores de la presión arterial, colesterol total, HDL, edad y sexo. La tabla del SCORE obtiene un perfil parecido, aunque afecta discretamente a un porcentaje menor de personas. Desde el punto de vista práctico, el Grupo de Cardiovascular del PAPPS considera que esta evidencia es lo bastante importante como para seguir recomendando en la práctica este perfil de riesgo, mientras no haya evidencias relevantes en contra.

Para finalizar, volvemos a agradecer el interés mostrado por Miguel García et al y esperamos poder ir mejorando en un futuro las recomendaciones del PAPPS y para ello confiamos en volver a contar con su análisis. Sin duda, su análisis crítico, junto con otros comentarios que recibimos verbalmente o por escrito, y de una manera bastante inmediata a la publicación de 2005, de otros compañeros interesados en el tema de la prevención cardiovascular, se considerará en las próximas recomendaciones del PAPPS de 2007.

Antonio Maiques Galán<sup>a</sup>, Jesús Torcal Laguna<sup>b</sup>, Carlos Brotons Cuixart<sup>c</sup> y Fernando Villar Álvarez<sup>d</sup>

Miembros del Grupo de Cardiovascular del PAPPS. <sup>a</sup>Medicina de Familia. Centro de Salud de Manises. Departamento 7. Valencia. España. <sup>b</sup>Medicina de Familia. Ambulatorio de Basauri-Ariz. Basauri. Vizcaya. España. <sup>c</sup>Medicina de Familia. Unidad de Investigación. CAP Sardenya. Servei Català de la Salut. Barcelona. España. <sup>d</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

**Palabras clave:** Riesgo cardiovascular. Factores de riesgo. Guías clínicas.

## CARTAS AL DIRECTOR

1. Miguel García F, García Ortiz A, Montero Alonso M, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, Maderuelo Fernández J. PAPPS cardiovascular 2005: un análisis crítico. *Aten Primaria*. 2007;39: 201-6.
  2. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Broton Cuixart C, Torcal Laguna J, Banegas Banegas JR, Lorenzo Piqueres A, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:11-26.
  3. Vijan S, Hayward RA. Pharmacologic lipid-lowering therapy in type 2 diabetes mellitus: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2004;140:650-8.
  4. Brotons C, Royo-Bordonadad M, Armario P, Artigao R, Conthe P, De Álvaro F, et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (I). *Aten Primaria*. 2004;34:427-36.
  5. Brotons C, Royo-Bordonadad M, Armario P, Artigao R, Conthe P, De Álvaro F, et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (y II). *Aten Primaria*. 2004;34:484-92.
-