

chos grupos podemos aportar nuestra experiencia de que la adscripción se realiza, en general, con una cierta endogamia: los propios miembros proponen a candidatos que son aceptados o rechazados por los organismos del PAPPs. No existen unos criterios más o menos definidos para seleccionar a los expertos más adecuados. Este sistema contribuye a que se mantengan las opiniones dominantes en el grupo. Creemos que la pertenencia a estos grupo debería basarse en criterios más objetivos y mensurables.

En segundo lugar, debería utilizarse una metodología sistematizada para todos los grupos de trabajo. La adopción de GRADE³ por el PAPPs puede contribuir a ello, aunque la seriedad y honradez de los revisores seguirá siendo un factor importantísimo, puesto que basta con omitir u olvidarse de algún metaanálisis o ensayo clínico para dar recomendaciones diferentes, como en el caso referido de la hipertensión arterial¹. Tampoco estaría de más declarar los posibles conflictos de intereses de los revisores de un modo público y explícito.

En tercer lugar, creemos que es imprescindible realizar una revisión externa de estos documentos, en la que se incluya también a expertos del PAPPs de grupos «colindantes». Por ejemplo, es posible que el Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores sea más favorable a la ecuación de REGICOR⁴, que llega hasta los 74 años, que a la de SCORE⁵, que se queda en los 65, puesto que la mayoría de los eventos cardiovasculares se producirán a partir de esa edad. Por último, cabe plantearse profesionalizar de alguna manera a los revisores de los grupos de trabajo del PAPPs o dotarlos de profesionales de soporte. ¿Podemos creer seriamente que los expertos del PAPPs tienen tiempo para realizar una revisión exhaustiva después de visitar a 30 o 40 pacientes cada día, además de las otras obligaciones que suelen tener?

Mientras tanto, el tiempo pone cada cosa en su lugar. En Cataluña (y otras comunidades autónomas), un grupo multidisciplinario, en el que participaron miembros del PAPPs, investigadores de REGICOR y SCORE y otros expertos, decidió la adopción de la función calibrada REGICOR⁴, antes de la publicación de su validación⁶, tras conocer sus resultados. Creemos que el

PAPPs, como principal organismo elaborador y promotor de consensos sobre actividades preventivas, no puede ni debe ser ajeno a esta polémica^{1,2}, y debe articular mecanismos que garanticen la calidad de sus recomendaciones.

**José Miguel Baena-Díez^a
y Pasqual Solanas-Saura^b**

^aGrupo de Actividades Preventivas en los Mayores. Centro de Salud La Marina. Barcelona. España. ^bGrupo de Prevención Cardiovascular. Centro de Salud Montilivi. Girona. España.

Reflexiones sobre la actualización PAPPs cardiovascular 2005

Sr Director: El excelente artículo de Miguel García et al¹, que realizan un análisis crítico sobre la actualización del PAPPs cardiovascular de 2005² nos ha animado a realizar algunas reflexiones sobre el tema. Por otro lado, poco podemos añadir a tan exhaustiva revisión sobre un tema actual, trascendente y apasionante.

Deberíamos reflexionar sobre mecanismos que ayuden a que las recomendaciones del PAPPs ganen en solidez y consistencia y eviten confundir aún más a los profesionales, que reciben una avalancha de recomendaciones, guías de práctica clínica o documentos de consenso, frecuentemente con mensajes confusos o contradictorios.

En primer lugar, cabe plantearse quién elige a los expertos que constituyen los grupos del PAPPs. Como miembros de di-

Palabras clave: Actividades preventivas. Ecuaciones de riesgo cardiovascular. Factores de riesgo cardiovascular.

1. Miguel García F, García Ortiz A, Montero Alonso MJ, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, Maderuelo Fernández JA. PAPPs cardiovascular 2005: un análisis crítico. *Aten Primaria*. 2007; 39:201-6.
2. Villar-Álvarez F, Maiques-Galán A, Brotons 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. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328:1490.
4. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la función de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56: 253-61.
5. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
6. Marrugat J, Subirana I, Comín E, Cabezas C, Vila J, Elosua R, et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA study. *J Epidemiol Comm Health*. 2007; 61:40-7.