

Guías clínicas y práctica médica. ¿Cuál debe ser la estrategia para su implantación?

J.A. Gómez Gerique

Servicio de Bioquímica Clínica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Probablemente, la incidencia de enfermedad coronaria en España es relativamente más baja que en otros países occidentales (con la curiosa excepción de Francia), y eso puede hacer pensar que el problema tiene una dimensión relativamente pequeña. No obstante, la enfermedad cardiovascular y, más concretamente, la enfermedad coronaria son la principal causa de muerte en España, suponiendo cerca de un 40 y un 11% de la mortalidad total, respectivamente¹. Además, el consumo de recursos relacionado con la morbimortalidad coronaria, aunque no existan datos fidedignos acerca de la incidencia de accidentes coronarios en nuestro país, con toda probabilidad es considerablemente elevado, por lo que, aunque en términos absolutos la enfermedad cardiovascular tenga un menor impacto que en otros países, en términos relativos supone uno de los principales problemas sanitarios. Además, el riesgo relativo asociado con los diferentes factores de riesgo cardiovascular no parece ser distinto (aunque es probable que sea necesario realizar algunos pequeños ajustes) al que supone en otras sociedades, en las que el riesgo absoluto es muy superior al de España. Así pues, el beneficio potencial derivado de la intervención sobre los diversos factores de riesgo cardiovascular probablemente también es similar (en términos relativos).

Otra cuestión es, lógicamente, cuál es la población susceptible de recibir algún tipo de intervención y, en especial, tratamiento farmacológico, con el fin de prevenir la enfermedad cardiovascular. Esta cuestión es la que intentan definir las diferen-

tes guías clínicas existentes. No obstante, las distintas guías clínicas también son considerablemente distintas entre sí, lo cual crea un importante grado de confusión en la práctica médica que en muchos casos se soluciona no utilizando ninguna.

En el artículo de Plans², que se publica en este número de la Revista, se analiza cuál es la proporción de la población general que sería susceptible de recibir algún tipo de intervención, ya sea de recomendaciones sobre hábitos de vida o a través de tratamiento farmacológico, en función de dos de las guías clínicas más populares: las del ATP-II y las del ATP-III³ (que en realidad no son más que una evolución de las anteriores). Los resultados que se obtienen no son sorprendentes, aunque puedan asustar a más de uno: alrededor del 20% de los individuos cumplen criterios de tratamiento farmacológico según las recomendaciones del ATP-II y alrededor del 35% de los individuos cumplirían criterios de tratamiento según las recomendaciones del ATP-III. Estos resultados podrían hacer pensar que las recomendaciones del ATP-III son mucho más intervencionistas que las del ATP-II y, aunque esto es relativamente cierto, los factores que más diferencian a ambas recomendaciones son su sensibilidad a la edad y a la concentración del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL). Además, la población estudiada, aunque representativa de la población catalana, es una población relativamente envejecida y, a pesar de que puede ser válida para la detección de hipercolesterolemia, el bajo número de participantes en cada estrato de edad (por otra parte muy amplios, probablemente para que el número de individuos en cada uno de ellos no fuera demasiado pequeño) hace que la precisión de los resultados sea reducida. De cualquier manera, lo que realmente llama la atención es que la elevada proporción de individuos que podrían requerir tratamiento farmacoló-

Correspondencia: Dr. J.A. Gómez Gerique.
Fundación Jiménez Díaz. Servicio de Bioquímica Clínica.
Avda. Reyes Católicos, 2, 28040 Madrid. España.

gico se debe sobre todo a la elevada proporción de individuos de más de 50 años en la muestra (lo cual también equilibra los porcentajes entre varones y mujeres). En otros estudios⁴, con poblaciones mucho más amplias y edades menores (de menos de 60 años), las diferencias entre la aplicación del ATP-II y ATP-III, aun existiendo, son muchísimo menores.

Como comenta el autor del artículo, la elevada proporción de individuos que requieren tratamiento farmacológico según las guías clínicas utilizadas (y, sobre todo, con las recomendaciones del ATP-III) debe ser tenida en cuenta dentro de la planificación de la distribución de recursos sanitarios, lo que podría hacernos pensar que las recomendaciones que deberíamos seguir son aquellas menos intervencionistas. De hecho, algunos autores⁵ elaboran recomendaciones "mixtas", que incluyen las normas para el inicio de la intervención con fármacos del riesgo del 20% en 10 años calculado según los criterios de la Second Joint Task Force y, en lugar de recomendar el objetivo de esas mismas guías, seleccionan el definido en el ATP-II.

En nuestra opinión, este punto requiere una reflexión un poco más profunda: ¿qué es preferible: gastar poco o gastar mejor? Y, en cualquier caso, sea cual sea la decisión (que en el fondo deben tomar los gestores sanitarios correspondientes), ésta debe ser clara y no ambigua: es decir, no creemos que se deba recurrir a explicaciones poco consistentes para justificar una postura de "ahorro" en la distribución de recursos para la prevención cardiovascular.

Probablemente, uno de los argumentos que cabría utilizar es el de economía de salud. Es evidente que nuestro sistema de salud es un sistema de recursos limitados y, en consecuencia, es necesario analizar cuál es la distribución de los mismos que permite obtener una mayor rentabilidad de la inversión realizada (con independencia de las opciones personales, donde cada uno puede invertir en aquellas que desee, aunque la relación precio/beneficio resulte poco favorable). Para que el análisis económico tenga sentido, las intervenciones que se estudien deben ser en primer lugar efectivas (si una intervención no es efectiva, ya no vale la pena que nos preocupemos por realizar ningún análisis: sea cual sea su coste, no vamos a obtener ningún beneficio) y, posteriormente, podemos analizar la eficiencia de la misma, ya sea en términos de años de vida ganados (AVG) en forma absoluta, o ajustados por calidad de vida (QALYS). Evidentemente, pueden existir otras variables que no dependan de un aumento de los años de vida, que puedan considerarse como una medida del beneficio de una intervención. No obstante, por el momento, estas otras variables

(una de las más claras es la morbilidad) no están bien definidas (y aceptadas como tales) o los instrumentos de medida de que disponemos en la práctica habitual no tienen la consistencia suficiente como para que los valores que se obtengan de las mismas puedan ser sometidos a técnicas de metaanálisis que permitan extraer conclusiones claras⁶.

Teniendo en cuenta lo comentado con anterioridad, queda claro que, de momento, la única manera de cuantificar el beneficio es a través del descenso de mortalidad y de los gastos (o incluso ahorros en algún caso, por el descenso de costes asociados) que éste conlleva. De cualquier manera, lo que sí tenemos claro es que el tratamiento de las dislipemias es eficaz dentro de un amplísimo abanico de niveles de riesgo, aunque la eficiencia disminuye claramente al reducir el nivel de riesgo⁶.

Otro aspecto importante, dentro de la eficiencia del tratamiento hipolipemiente, es el la edad de inicio del mismo. Cuanto mayor es la edad de los individuos estudiados más fácil es alcanzar una puntuación de alto riesgo, mientras que los individuos relativamente jóvenes deben reunir una mucho mayor intensidad de los factores de riesgo para alcanzar la misma categoría de puntuación. No obstante, el beneficio potencial de la intervención sobre mujeres e individuos jóvenes de alto riesgo es mucho mayor que el que puede obtenerse en individuos de edad avanzada⁷. La consecuencia de esta afirmación la podemos observar de nuevo reflejada en el artículo de Plans² de este número de la Revista: la elevada proporción de individuos que podemos considerar como "tratables" deriva fundamentalmente de la edad de los mismos.

Todo lo anterior nos puede llevar de nuevo a algunas reflexiones: las recomendaciones recogidas por las guías clínicas se basan únicamente en categorizar el nivel de riesgo individual y recomendar medidas que puedan traducirse en algún beneficio, pero no tienen en cuenta la cuantificación del beneficio potencial y la eficiencia de la intervención; es decir, no incluyen conceptos de farmacoeconomía, que son fundamentales cuando afectan a importantes segmentos de población. Como mucho, las principales guías clínicas se basan en criterios consensuados (bajo nivel de evidencia) que incluyen en diversa medida estimaciones del nivel de riesgo actual individual, y con algunas de ellas la consideración de individuos jóvenes como de alto riesgo es extremadamente difícil, perdiéndose la oportunidad de obtener un verdadero beneficio sanitario a largo plazo.

Dejando aparte las diferencias detectadas por Plans² por lo que respecta a la aplicación de los criterios del ATP-II y ATP-III (las diferencias entre

cualquiera de ellos y el SJTF son mucho mayores e inconsistentes), que en nuestra opinión sólo son marginales; lo que verdaderamente creemos que es importante es que podamos definir unos criterios de eficiencia que nos guíen de forma clara en la manera de invertir en salud y que nos permitan seleccionar, entre todos los "tratables" (es decir, entre todos los que pueden conseguir algún tipo de beneficio), a aquellos en los que el beneficio obtenido justifique el coste de la intervención. Para que esto sea posible, parece necesario que las guías clínicas existentes se mejoren con la aportación no sesgada de los gestores sanitarios, en un intento de proyectar la inversión a medio o largo plazo y adecuarla al entorno social real en que nos encontramos. Mientras tanto, la estrategia de tratar preferencialmente a los individuos de alto riesgo (superior al 20% en 10 años) parece la más adecuada⁸, si bien debería ponerse un mayor énfasis en la detección de individuos jóvenes que cumplan este criterio para optimizar la eficiencia del tratamiento de las dislipemias (fundamentalmente) y huir de aquellas recomendaciones que penalizan con fuerza el hecho de ser mujer o de ser joven.

Bibliografía

1. Boix R, Medrano MJ, Almazán J. Actualización de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas: enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. *Boletín Epidemiológico Semanal* 2000;8:77-84.
2. Plans P. Impacto sobre el sistema sanitario catalán de la aplicación de las recomendaciones del segundo y tercer informe del National Cholesterol Education Program (ATP-II y ATP-III) sobre prevención y control de la hipercolesterolemia en los adultos. *Clin Invest Arterioscl* 2003;15:43-52.
3. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
4. Gómez Gerique JA, Gutiérrez Fuentes JA, por el grupo DRECE. Prevención de la enfermedad coronaria en España. ¿Tenemos claro a quién debemos tratar? *Clin Invest Arterioscler* 2000;12:241-9.
5. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Piqueres A, Vilaeca J, Baneegas JR. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(supl 2):13-36.
6. Ebrahim S, Davey Smith G, McCabe C, Payne N, Pickin M, Lampe F, et al. What role for statins? A review and economic model. *Health Technol Asses* 1999;3:1-91.
7. Marks D, Wonderling D, Thorogood M, Lambert H, Humphries SE, Neil HAW. Screening for hypercholesterolemia versus case finding for familial hypercholesterolemia: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Asses* 2000;4:1-135.
8. Jacobson TA. Improving health outcomes without increasing costs: maximizing the full potential of lipid reduction therapy in the primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Curr Opin Lipidology* 1997;8:369-74.