
Réplica

Sr. Director: En relación con la carta remitida por García et al¹, donde realizan diversos comentarios acerca de un artículo de Gómez Marcos et al², nos gustaría hacer diversas consideraciones.

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

Hablar de riesgo cardiovascular (RCV) y estimarlo con unas escalas de riesgo lleva implícito que hablamos de una probabilidad. Esta probabilidad, como ya saben, ya se ha estimado en los estudios prospectivos que han originado dichas tablas, por lo que consideramos que la ambigüedad que afirman hay en este artículo no existe, salvo que se estén buscando fantasmas. La definición de RCV utilizada, que es la asumida por los clínicos, es la propuesta por el grupo de expertos del PAPPS, como comentamos en la introducción: «El RCV es la probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular en un determinado período, generalmente 10 años»³.

En la metodología queda claramente explicado, por si a alguien le queda alguna duda con el título, tanto el tipo de estudio como la intervención realizada, por lo que creemos que cualquier lector puede comprender el estudio realizado y el RCV del que hablamos, ya que en ningún momento mencionamos la tasa de incidencia de eventos, sino los factores de RCV y el riesgo estimado con 2 escalas después de un ciclo de mejora de calidad.

El estudio muestra la efectividad de una intervención de mejora de calidad para reducir el RCV mejorando los resultados intermedios, como son los factores de riesgo cardiovascular. Grandes ensayos clínicos aleatorizados sobre hipertensión, tabaco, reducción del colesterol y tratamiento de la diabetes, han indicado que diferentes intervenciones que consigan mejorar el control de aquéllos reducen la mortalidad e incidencia de enfermedad coronaria, y que la magnitud de esta disminución está directamente relacionada con el riesgo coronario absoluto. Por lo que la medición del efecto que hemos realizado es un cálculo de forma indirecta de éste, y somos conscientes de las limitaciones que conlleva. También queremos dejar claro, como refleja la tabla

4 del artículo de Gómez et al², que la reducción del RCV estimado a través de las escalas utilizadas ha sido por la disminución de los diferentes factores de RCV y no únicamente por el descenso del colesterol en pacientes hasta límites no recomendados por las guías de práctica clínica, como sugieren los autores de la carta.

Tampoco estamos de acuerdo con la ambigüedad que dicen hay en la discusión, ya que comparamos nuestros resultados con estudios que han estimado el RCV con diferentes escalas, y no con ensayos clínicos en los que se miden eventos –seguimos buscando fantasmas–, y al final comentamos que la efectividad de las intervenciones de mejora de calidad no siempre consiguen los objetivos que se proponen, y con frecuencia la mejora realizada en la práctica clínica no alcanza los resultados esperados y la mejora en la salud de los pacientes es difícil de medir. En varias revisiones sistemáticas sobre la efectividad de diferentes intervenciones basadas principalmente en el *audit* y el *feedback*, concluyen que puede ser efectivo para la mejora de la atención a la salud, pero los efectos son generalmente pequeños o moderados. La intervención llevada a cabo apoya la efectividad de este tipo de actuaciones en la mejora de calidad; sin embargo, no podemos saber la influencia de cada aspecto de la intervención en los resultados, por lo que es necesario seguir investigando en esta línea para poder conocer el peso que tiene cada intervención.

Como sugiere Brotons⁴, este trabajo cumple 2 facetas: la primera, la de formación de los profesionales sanitarios en aspectos concretos acerca de la prevención cardiovascular, y la segunda, la de mejora del perfil de riesgo de los pacientes hipertensos. Estas dos facetas y la misma intervención propuesta de mejora de calidad pueden fá-

cilmente extrapolarse a otros centros de salud con características similares, que probablemente serían la mayoría de los centros en nuestro entorno sanitario. El siguiente paso, una vez demostrada la efectividad de esta intervención, sería evaluar cuál es la mejor estrategia para que perdure el efecto observado.

Nos gustaría agradecer a García et al el interés que han demostrado por nuestro artículo y, especialmente, que nos hayan dado la posibilidad de profundizar en aspectos de la estimación del RCV a través de las diferentes escalas que utilizamos en las consultas de forma rutinaria y la utilidad de los ciclos de mejora de calidad.

Manuel A. Gómez Marcos

Centro de Salud de Garrido Sur. Salamanca.
España.

1. García FM, García Ortiz A, Montero Alonso MJ. Reducir el riesgo cardiovascular en una tabla no equivale a reducir acontecimientos cardiovasculares. *Aten Primaria* 2006;38:417-8.
2. 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.
3. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna T, Ortega Sánchez-Pinilla, Vilaseca Canals J, et al. Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:27-41.
4. 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.