

Riesgo cardiovascular, efectividad y mortalidad

Risco cardiovascular, efetividade e mortalidade

Cardiovascular risk, effectiveness and mortality

Juan Gérvas¹

Dice la Ley de Hierro de la Epidemiología que todo el que nace muere. Por ello el fin de la Medicina no es evitar la muerte en sí, sino evitar las muertes, las enfermedades y el sufrimiento médicamente evitables.

Al final, todos nuestros pacientes morirán – y nosotros mismos moriremos también, obviamente. “Los cuerpos encuentran una forma de morir” y si la causa no es el hambre ni la deshidratación, ni es congénita, ni infecciosa, ni por lesiones, ni por cáncer, ni por suicidio, tenemos que esperar que sea por ‘causa cardiovascular’, enfermedad pulmonar, insuficiencia renal o hepática, demencia u otras enfermedades degenerativas. Pero de algo tenemos que morir.

Morir por causa cardiovascular ni es deshonoroso, ni implica defectuosa atención clínica. Que la primera causa de muerte sea la cardiovascular no dice nada respecto a los cuidados clínicos, ni debería asustar.

Sin embargo, son evitables muchas muertes de causa cardiovascular. Así, se puede evitar mucha mortalidad cardiovascular disminuyendo la desigualdad social, por ejemplo (con mejor re-distribución de la riqueza, mejor educación y demás). Los médicos saben que los factores adversos psicosociales asociados a la pertenencia a la clase baja responden del 35% del riesgo atribuible a la hipertensión en la incidencia del infarto de miocardio (en otra formulación, que pertenecer a la clase baja multiplica por 2,7 dicho riesgo)¹.

También deberíamos saber que contra las muertes cardiovasculares no hay nada como las políticas de salud pública sobre el tabaquismo (restricciones de lugares en los que fumar, aumento del precio del tabaco, campañas de información, y demás).

En lo clínico, las muertes cardiovasculares evitables se deben ver en perspectiva, según lo que se puede lograr². Así, por 100.000 habitantes y año, el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en la insuficiencia cardíaca puede evitar 308 muertes; el consejo médico breve contra el tabaco, 120; el tratamiento de la hipertensión, 71; el uso de aspirina tras el infarto de miocardio, 48; el tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular, 33; el uso de estatinas tras el infarto de miocardio (prevención secundaria), 14; y el tratamiento con estatinas en pacientes con riesgo cardiovascular (prevención primaria), 3 muertes. Por ello, es muy ineficiente el uso de las estatinas para prevenir muertes cardiovasculares en pacientes sin enfermedad coronaria.

¹ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma – Madrid, España. jgervasc@meditex.es

El riesgo cardiovascular se calcula según tablas apropiadas. La más conocida la de Framingham. Esta tabla se ha obtenido con datos de población anglosajona, que dan resultados muy diferentes a las de otras poblaciones, como las mediterráneas en las que se aplica con mejor validez científica la tabla REGICOR³. Pudiera ser que dicha tabla, de Framingham, fuera también inapropiada para la población brasileña. En todo caso, las tablas de riesgo cardiovascular son aplicables a las poblaciones, no a los individuos.

Las tablas de riesgo no son tablas de decisión. Es decir, las tablas de riesgo no permiten tomar decisiones en la consulta con el paciente. Esas se transforman en tablas de decisión a través de análisis del impacto, que no se han hecho con las tablas de riesgo cardiovascular⁴.

Por ello, pasar de la población (tabla de riesgo) al paciente en la consulta es una tragedia “clínico-estadística”⁵.

Así, si seguimos diez años a los pacientes, la incidencia de los infartos de miocardio es mucho menor de la esperada en los pacientes catalogados como de alto riesgo (y es mucho mayor de la prevista en los de “bajo riesgo”)⁶.

Hay un exceso, mucho riesgo cardiovascular en proporción a las muertes cardiovasculares⁷. Las tablas de riesgo son inútiles y peligrosas en su aplicación al paciente individual^{4,8}. Habría que desterrar las tablas de riesgo cardiovascular de la consulta del médico para proteger al paciente de los excesos en diagnóstico y tratamiento.

Los médicos pueden equivocarse al atribuir a los factores de riesgo un componente causal. Los factores de riesgo no son causa, sino que son asociaciones estadísticas. Los factores de riesgo ni son causa, ni son necesarios, ni son suficientes⁹.

Las cifras de factor de riesgo en los pacientes dicen poco respecto al problema de la mortalidad cardiovascular en la población. Conviene ver las cifras en perspectiva y no emplearlas para justificar el uso inapropiado de estatinas y otras terapéuticas. Los factores de riesgo pueden llevar a confusión¹⁰.

La prevención primaria cardiovascular con estatinas no tiene fundamento científico¹¹.

Lamentablemente, los médicos emplean las estatinas en exceso para la prevención primaria –donde son inútiles y peligrosas– y en defecto para la prevención secundaria –cuando hay isquemia coronaria, son útiles y necesarias^{12,13}.

Lo lógico es concentrarse en la prevención secundaria como clínicos, y dejar la prevención primaria cardiovascular para el trabajo conjunto de los médicos generales/de familia con la salud pública (*salud colectiva*), por ejemplo, contra el tabaquismo para ofrecer lo mejor de ambos mundos a la sociedad.

Referencias

- Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *Eur J Public Health*. 2005; 15(5): 441. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki156>
- Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006; 11(1): 27-31. <http://dx.doi.org/10.1258/135581906775094316>
- Miguel F, García A, Montero MJ. Prevención primaria con estatinas, consensos, y tablas de riesgo. *Aten Primaria*. 2005; 36: 31-8. <http://dx.doi.org/10.1157/13075929>
- Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006; 144(3): 201-9.
- Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinico-statistics tragedy. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(4): 297-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00004-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00004-3)
- Jimeno J, Molist N, Franch J, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria*. 2005; 35(1): 30-6. <http://dx.doi.org/10.1157/13071042>
- Betancor León P. [Demasiado riesgo cardiovascular y enfermedad poco frecuente]. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115(1): 738-9. Spanish.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Dislipemias. En: *Uso Racional del Medicamento*. Coordinador L.M. García Olmos. Madrid: Ars XXI; 2007. [curso a distancia] <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/dislipemias/>

9. Miguel García F. [Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual]. *Aten Primaria*. 1998; 22(9): 585-95. Spanish.
10. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(7): 580-3. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.071027>
11. ¿Tienen algún papel las estatinas en prevención primaria?. Actualización de la evidencia. Therapeutics Initiative Letter. [Internet]. 2010; 77. [cited 2011 Dec 5]. Available from: <http://www.ti.ubc.ca/es/newsletter/%C2%BFtienen-alg%C3%BA-papel-las-estatinas-en-prevenci%C3%B3n-primaria-actualizaci%C3%B3n-de-la-evidencia>.
12. Maiques Galán A, Villar Alvarez F, Llor Vila C, Torcal Laguna J. El riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. *Aten Primaria*. 2003; 32(7): 420-2. Spanish.
13. Ray KK, Seshasai SR, Erqous S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-causes mortality in high risk primary prevention. *Arch Intern Med*. 2010; 170(12): 1024-31. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.182>