

EL PROCESO BASADO EN LA EVIDENCIA APLICADO A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Prof. Vicente Gil Guillén

Profesor Titular. Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad Miguel Hernández (Alicante).

Médico de Familia. C. De S. de Monóvar (Alicante)

El proceso de la práctica clínica basada en la evidencia consiste en (1):

- 1.- Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta. Las preguntas clínicas que se quieren responder surgen de las propias fases del proceso clínico: actividades preventivas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, seguimiento y cumplimiento terapéutico; en el caso que nos ocupa de la enfermedad cardiovascular.
- 2.- Localizar con la máxima eficiencia las mejores evidencias científicas con las que responder a través de la búsqueda de la mejor información en la bibliografía o en otras fuentes.
- 3.- Valorar críticamente la validez, fiabilidad y utilidad de las evidencias encontradas.
- 4.- Aplicar los resultados de esa valoración a la práctica clínica y
- 5.- Evaluar su rendimiento.

La estrategia de búsqueda de la mejor evidencia cardiovascular se puede resumir en la siguiente tabla:

Pregunta clínica	Análisis de la evidencia científica
Actividades Preventivas (2)	Guías preventivas: - US Preventive Services Task Force - Canadiem Task Force y - American College of Physicians A FAVOR EN LAS TRES GUÍAS -TA en mayores de 20 años -Consejo sistemático en fumadores A FAVOR EN DOS GUÍAS - CT : Varones entre 35 y 59 años. Mujeres entre 45 y 56 años - Detección de abuso de alcohol: a todos los adultos mediante entrevista y/o cuestionario estandarizado breve
Pruebas Diagnósticas (3)	Buscar los indicadores: - ANTES DE LA PRUEBA: Validez: Sensibilidad y Especificidad - DESPUÉS DE LA PRUEBA: Utilidad Clínica: Cociente de Prob. + y – - Cuantificar la sospecha clínica a través de la Prob. Preprueba. - Usar el árbol de decisión clínica en la

interpretación de los síntomas, signos y pruebas complementarias para confirmar o descartar la enfermedad CV.

Pronóstico (4) Establecimiento de las prioridades en prevención cardiovascular ayudándose de las tablas de predicción global del riesgo según el estudio de Framingham: (De mayor a menor prioridad).

- Paciente con enf. CV: Cardiopatía Isquémica u otra enfermedad vascular aterosclerótica ya conocida.
- Riesgo CV alto o riesgo igual o superior al 20% de sufrir una enf. CV en los próximos 10 años.
- Riesgo CV moderado: presentan alguno de los factores de riesgo CV (tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia o diabetes mellitus) y riesgo CV inferior al 20% en los próximos 10 años.
- Riesgo CV bajo: no presentan ninguno de los fact. de riesgo CV.

Tratamiento (5)

- Análisis de los ensayos clínicos aleatorios o los metaanálisis para valorar las diferentes intervenciones con medidas higiénico-dietéticas o tratamiento farmacológico.
- Cálculo y valoración de los indicadores de relevancia clínica:
 - Reducción de riesgo absoluto (RRA), reducción de riesgo relativo (RRR) y número necesario de pacientes a tratar para evitar una complicación (NNT).
 - Valoración de la significación estadística y de los límites de confianza al 95% para conocer la precisión de la estimación.
 - Valorar la aplicabilidad de los resultados obtenidos en nuestros pacientes a través del análisis de los criterios de selección del estudio.

Cumplimiento (6)

Identificar el mejor método que mide el cumplimiento CV en la práctica clínica (S, E y CP+ y -).
Analizar las formas de incumplir, los motivos y los factores predictores.
Buscar la mejor estrategia de intervención mixta para satisfacer el incumplimiento (RRA, RRR y NNT).

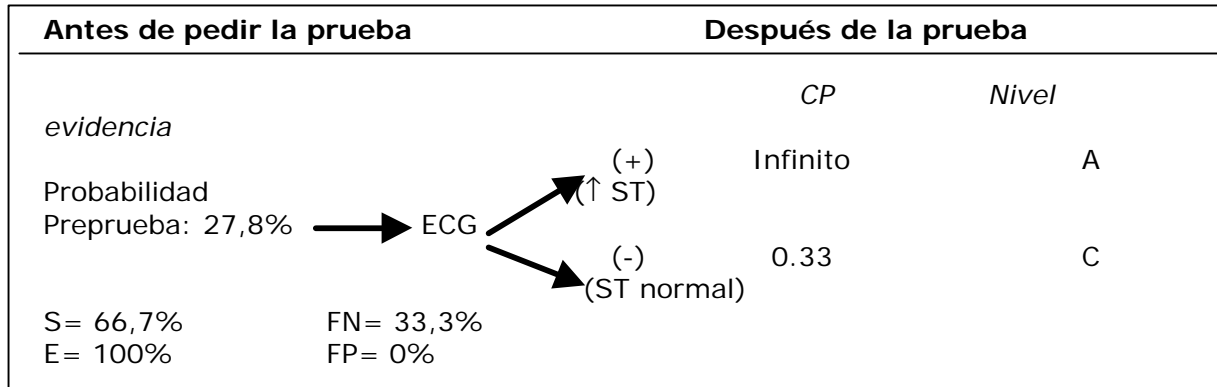
En las guías de práctica clínica o en los consensos se protocolariza las actividades fundamentalmente diagnósticas y terapéuticas según el entorno sanitario, utilizando diferentes escalas de medición de riesgo CV (basadas en el estudio Framingham) y los diferentes niveles de intervención en los factores de riesgo cardiovasculares específicos. Las más conocidas son para la HTA y para las dislipemias: NCCP, JNC, 5 Sociedades Europeas, OMS-ISH, Sociedad Europea de Arterioesclerosis, Consenso Nacional sobre la HTA, Consenso Nacional sobre el colesterol, 3 Sociedades Españolas, PAPPS-SEMFyC, etc...

Vamos a desarrollar dos ejemplos clínicos para conocer cómo se aplica en la práctica clínica CV el proceso de la MBE:

a) **Prueba Diagnóstica.** Acude un paciente con dolor precordial típico, se le realiza un ECG par confirmar o descartar un IAM.

¿Qué información nueva me aporta el ECG?
¿Puedo confirmar o descartar el IAM?

Aplicando los resultados de nuestro grupo de trabajo (7), se construye el árbol de decisión clínica y:



Aplicando los niveles de decisión según el grupo de MBE (8), como el CP+ es mayor de 10 ó nivel A, los cambios que genera son concluyentes para confirmar el diagnóstico de IAM. El problema es, que los cambios que genera para descartar el diagnóstico se encuentran en el nivel C ó CP entre 0.5-0.2, que indica que los cambios son pequeños.

CONCLUSIÓN: El ECG sirve para confirmar de forma concluyente el diagnóstico de IAM si el resultado es positivo, pero no nos sirve para descartarlo si el resultado es negativo.

b) Pronóstico y Tratamiento (4):

Acude un varón de 54 años, fumador, con una PAS de 140 mmHg, un CT de 280 mg/dl y C-HDL de 48 mg/dl.

¿Qué riesgo de padecer un evento CV presenta en los próximos 10 años?
¿Cómo se modificaría el riesgo CV si dejara de fumar?
¿Qué relevancia clínica presenta el abandono del tabaco?

-La puntuación del riesgo CV utilizando la talla de Framingham (4) es de 22 puntos y ello equivale a un riesgo del 21% ó riesgo CV alto.

-Si deja el tabaco, los puntos bajan a 18 y ello equivale a tener un riesgo CV del 14%.

-Los cálculos de relevancia clínica son (5):

RRA = Riesgo basal – Riesgo si abandona el tabaco = 21% - 14% = 7%.

RRR = $\frac{\text{RRA}}{\text{Riesgo Basal}} = \frac{0.07}{0.21} = 0.333 \text{ ó } 33.3\%$

NNT = $\frac{1}{\text{RRA} \cdot 0.07} = \frac{1}{0.0147} = 14.3$

CONCLUSIÓN: Si abandonara el tabaco, su riesgo absoluto bajaría un 7%, con lo que dejaría de tener un riesgo CV alto, obteniendo un beneficio de reducción de riesgo del 33,3% con respecto al riesgo basal. Así mismo sería necesario tratar a 14 pacientes con estas características para evitar un evento CV.

Para finalizar, el proceso de la evidencia en la práctica clínica CV se podría resumir en el siguiente esquema:

