

## Diseños y metodologías para evaluar el impacto de las intervenciones. Respuesta



### Designs and methods for impact evaluation of interventions. Response

#### Sr. Editor:

Agradecemos el interés que Antonio Sarria-Santamera ha mostrado por nuestro trabajo<sup>1</sup>. En su carta, hace referencia a 2 aspectos diferentes.

El primero se refiere a las limitaciones de interpretación de la *hazard ratio*, que son inherentes al estimador y no dependen de que el estudio sea experimental o no, por lo que otro tipo de diseño no las soslayaría<sup>2</sup>.

El segundo, se refiere a la relación de causalidad entre la implantación del PROGALIAM y la reducción de la mortalidad. El contexto ideal para este tipo de inferencias es el ensayo clínico pero, dada la naturaleza del estudio, no sería ético llevarlo a cabo. Tal y como se señala, la alternativa es encontrar un grupo concurrente en el tiempo parecido al que se pretende comparar. En el caso del IPHENAMIC, esto no fue posible porque la red PROGALIAM se estableció de manera simultánea en todo el territorio, lo que no permite la aplicación de algunos métodos propuestos. Otro, como es el emparejamiento mediante *propensity score*, no es deseable porque parte del efecto de que la intervención puede afectar al perfil de pacientes que llegan vivos al hospital, y no se desea anular esto. La plausibilidad a efectos de causalidad entre la implantación del PROGALIAM y el descenso de la mortalidad se apoya, además del análisis de la supervivencia, en observaciones como que la mortalidad bruta a 30 días antes del PROGALIAM permaneciera prácticamente invariable y comenzara a descender tras su implantación, como muestra la figura 2 de nuestro artículo<sup>1</sup>. Asimismo, como se refleja en la figura 1 del material adicional, la mortalidad a 30 días en la población total y en cada una de las áreas descendió significativamente, especialmente en las áreas en que el acceso mejoró más. Aunque no imposible, es muy improbable la existencia de una variable no considerada en nuestro estudio que además coincidiera con la implantación del PROGALIAM y tuviera un impacto en la mortalidad suficiente para explicar estos hallazgos.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.026>

## ¿116? ¿Hasta cuánto hay que bajar el cLDL de la población catalogada como en «bajo riesgo»?



### 116? How much should LDL-C be lowered in the «low risk» population?

#### Sr. Editor:

Aunque los objetivos para la concentración plasmática de lípidos han ido revisándose a la baja, no hay un consenso unánime acerca de si se debe tratar el colesterol unido a lipoproteínas de baja intensidad (cLDL) según objetivos o no<sup>1,2</sup>.

En 2014, la guía estadounidense (*American Heart Association/American College of Cardiology*)<sup>3</sup> recomendaba el «dispara y olvida»

Creemos que, conociendo las limitaciones de los estudios observacionales, son imprescindibles en determinados entornos y, tal como recogen la Unión Europea y el propio autor en sus referencias, son muy útiles para disponer de información del mundo real, conocer los resultados y asegurar un juicioso uso de los fondos públicos<sup>3,4</sup>.

Guillermo Aldama<sup>a,\*</sup> y Javier Muñiz<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup>Instituto Universitario de Ciencias

de la Salud, Universidad de A Coruña, A Coruña, España

<sup>c</sup>Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña, España

<sup>d</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Madrid, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [guillermo.aldama.lopez@sergas.es](mailto:guillermo.aldama.lopez@sergas.es) (G. Aldama).

On-line el 20 de marzo de 2020

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aldama G, López M, Santás M, et al. Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST Estudio IPHENAMIC. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:632–642.
2. Stensrud MJ, Aalen JM, Aalen OO, Valberg M. Limitations of hazard ratios in clinical trials. *Eur Heart J*. 2019;40:1378–1383.
3. Bowman L, Baras A, Bombien R, et al. Understanding the use of observational and randomized data in cardiovascular medicine. *Eur Heart J*. 2020. pii: ehaa020.
4. Mate Redondo C, Rodríguez-Pérez MC, Domínguez Coello S, et al. Hospital mortality in 415 798 AMI patients: 4 years earlier in the Canary Islands than in the rest of Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:466–472.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.02.013>

0300-8932/

© 2020 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

basándose en que la potencia de la estatina seleccionada estaba más acorde con el riesgo cardiovascular (RCV) del paciente que con el objetivo final para este.

El 31 de agosto de 2019 se publicó la guía de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>4</sup>, que recomienda un cLDL < 116 mg/dl para población con bajo riesgo (< 1%). Esta recomendación ya se encontraba en la anterior guía de 2016<sup>5</sup>, pero con una gran diferencia: entonces se recomendaba «sin intervención en lípidos» cuando el cLDL estuviese en 155–190 mg/dl y el RCV fuese < 1%, y ahora se señala que «se debe considerar el tratamiento farmacológico» si las cifras de cLDL están entre 116 y 190 mg/dl aunque el RCV sea el mismo (véase la tabla 5 de ambas guías)<sup>4,5</sup>.

Así, me planteo cuántos de mis pacientes, sin considerar su RCV, tienen el cLDL < 116 mg/dl sin recibir tratamiento. E incluso