

## Revista Mexicana de Cardiología

Volumen **14**  
Volume

Número **1**  
Number

Enero-Marzo **2003**  
January-March

*Artículo:*

### Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Asociación Nacional de Cardiólogos de México, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Enero 8, 2003

Dr. José Navarro Robles  
Editor en Jefe  
Revista Mexicana de Cardiología

Leí con interés el artículo de Luque Coqui y col.<sup>1</sup> en el cual los autores se muestran decididamente a favor del empleo de las estatinas en la prevención cardiovascular en enfermos de alto riesgo y apoyan su decisión en el estudio HPSCG (Heart Protection Study Collaborative Group)<sup>2</sup> y en dos estudios previos, el 4S<sup>3</sup> y el Care,<sup>4</sup> al que se debe añadir el LIPID.<sup>5</sup> Todos estos estudios se refieren a los beneficios de las estatinas en la reducción de riesgo relativo (RR) y no a la reducción de riesgo absoluto (RA). La reducción de RR es una apreciación incorrecta, pues expresa la proporción entre el grupo tratado y el placebo, con los que se sobrevalora el beneficio. Lo correcto es aplicar la reducción de RA que es la diferencia entre ambos grupos. Al respecto se deducen las siguientes fórmulas:

Reducción de RR =  $1 - (e/e')$ ; Reducción de RA =  $e' - e$ ; e = menor frecuencia del evento; e' = mayor frecuencia del evento.

En el estudio 4S las muertes coronarias con placebo 8.5%, con simvastatina 4.9%. Reducción de RR 42%, de RA 3.6%.

En el estudio CARE la mortalidad cardiovascular o infarto de miocardio no mortal con placebo 13.2%, con pravastatina 10.2%. Reducción de RR 24%, de RA 3%.

En el estudio LIPID mortalidad coronaria con placebo 8.3%, con pravastatina 6.4%. Reducción de RR 23%, de RA 1.9%.

En los tres artículos se estudiaron en total 17,206 pacientes de alto riesgo. La reducción de RR entre 23 y 42% y la de RA entre 1.9% y 3.6%, esta última no es estadísticamente significativa. Tampoco son significativas las reducciones de RA en dos estudios sobre prevención primaria, el WOSCOP con 2.3%<sup>6</sup> y el AFCAPS/TEXCAPS con 0.8%.<sup>7</sup>

Los autores mencionan una reducción de 33% de eventos cardiovasculares en el estudio HPSCG, lo cual desde luego es una reducción de RR. En este estudio de prevención secundaria se estudiaron 20,536 pacien-

tes, mayor número que en los tres estudios previos y es de costo muy alto. No encuentro justificación en haberse realizado ya que en los estudios anteriores las reducciones de RA no fueron estadísticamente significativas y como era de esperar los resultados fueron similares en este último estudio. Muertes coronarias con placebo 6.9%, con simvastatina 5.7%. Reducción de RR (aquí llamada reducción proporcional) 18%, de RA 1.2%. Revascularización coronaria o no coronaria con placebo 11.7%, con simvastatina 9.1%. Reducción de RR 23%, de RA 2.6%.

Es importante mencionar que en todos estos estudios los valores de "p" todos por debajo de 0.05 son significativos, pero estos valores indican que el medicamento tuvo alguna incidencia, pero no da ninguna información sobre el grado de beneficio, o sea, solamente dice que puede ayudar en algo, pero ese algo puede ser insignificante. Tal es el caso de los estudios descritos. Aún más, el que el valor de "p" sea significativo está en razón directa con el número de pacientes, así, si no lo es con 1,000 pacientes, puede serlo con 10,000 o si no con mayor número.

En cuanto a los costos de un medicamento que estadísticamente no es útil, cabe mencionar que en el estudio CARE se menciona en el grupo pravastatina una reducción de 26% de cirugía de revascularización y un 23% menos de angioplastia. Estas reducciones son obviamente de RR. En el estudio HPSCG como vimos la reducción de RA en procedimientos de revascularización es de 2.6%. Un paciente que reciba la dosis indicada de estatina de 40 mg diarios gastará \$1,000.00 mensuales ajustados a la inflación, lo cual es más costoso que un seguro de gastos médicos mayores y mucho más que el seguro facultativo del IMSS.

La industria médico farmacéutica, la mayoría de cuyos medicamentos es útil, al evaluar los efectos secundarios y adversos entre el medicamento y el placebo aplica correctamente la reducción de RA ya

que si aplicara la de RR muchos medicamentos resultarían intolerables y hasta peligrosos.

Es absurda la opinión de William Roberts al decir que “las estatinas son a la aterosclerosis lo que la penicilina fue a las enfermedades infecciosas”. La validez de una opinión depende de la opinión misma, no de quien la expresa, de lo contrario se cae en el autoritarismo.

**Agradecimiento:** a Federico Menéndez-Conde Lara PhD en matemáticas por su apoyo en los aspectos estadísticos.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Luque CAF, Eguía BA. La ruptura de mitos y la consolidación de realidades. Análisis preliminar del Heart Protection Study. *Rev Mex Cardiol* 2002; 13: 67-70.
2. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-1389.
4. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001-1009.
5. The Long Term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998; 339: 1349-1357.
6. West of Scotland Coronary Prevention Study Group: Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). *Circulation* 1998; 97: 1440-1445.
7. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. Results of AFCAPS/Tex. Caps. *JAMA* 1998; 279: 1615-1622.

#### Atentamente

Dr. Mario Menéndez-Conde Saiz

*Dirección para correspondencia:*

**Dr. Mario Menéndez-Conde Saiz**  
Departamento de Cardiología  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Av. 25 Poniente y 13 Sur. Puebla, Pue.  
Correo electrónico: menendez@comtel.com.mx