

Revista Mexicana de Cardiología

Volumen **16**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2005**
January-March

Artículo:

Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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](#)

Puebla, Pue. septiembre 05, 2004

José Navarro Robles
Editor en Jefe
Revista Mexicana de Cardiología

Respuesta a la carta de los Drs. Luque y Eguía¹

En respuesta a mi carta² los doctores dan por zanjado el asunto de cómo deben comunicarse los resultados de un estudio clínico y refieren que la reducción de riesgo relativo RRR, la reducción de riesgo absoluto RRA y el número necesario a tratar NNT son índices correctos que lo único que hacen es presentar los resultados de diferentes maneras. El NNT es el inverso de la RRA por 100, por lo que no lo menciono en mi carta, es una manipulación estadística. El asunto no está definido como ellos aseveran. Kaplan^{3,4} reconoce la necesidad de identificar los beneficios de los tratamientos no con la RRR sino con la RRA y el motivo de tal conclusión se basa en los resultados obtenidos en los seis estudios principales sobre el tratamiento de los hipertensos ancianos,⁵ en donde la RRR fue similar en todos los estudios, pero la RRA fue progresivamente mayor a medida que era más alto el riesgo en poblaciones no tratadas. Estoy de acuerdo con Kaplan no por el peso de su currículo, sino porque es cierto lo que afirma. En su carta a la Revista⁶ el Dr. Acoltzin destaca la importancia de ver los resultados obtenidos en números absolutos. También Zárate⁷ expone lo engañoso que es aplicar la RR y no la RRA. Está claro que la RRR y la RRA no son intercambiables.

Refieren que la inmensa mayoría de los estudios clínicos presentan sus resultados como RRR porque impacta mucho más que la RRA, la cual tiene un aspecto poco atractivo para prescribir fármacos. Esto de "impactar" es un recurso publicitario no aceptable para inducir al médico a tomar una decisión terapéutica, la cual debe basarse en argumentos sólidos, es decir, en evidencias.

Entre otros calificativos dicen que mi trabajo clínico no es moderno, es reduccionista, es simplista,

indica pereza mental, que puede ser peligroso para los pacientes y que ¡está basado en mi "experiencia"! No explican el porqué de todo esto. Supongo que para no tener tantos defectos debo afirmar que la RRR y la RRA dan exactamente la misma información. La experiencia nos indica que se pueden verificar a corto y mediano plazo los beneficios de vgr.: analgésicos, antibióticos, antihipertensivos, inotrópicos, diuréticos, vasodilatadores, marcapasos, ablación por radiofrecuencia, etc. Si estos tratamientos fuesen efectivos no en un 2% sino en un 10% dudo que fuesen aceptados. Son tratamientos basados en evidencias que no requieren de manipulaciones estadísticas con fines comerciales. Ni el valor de p ni los intervalos de confianza nos dan el grado de beneficio de un tratamiento. Es más importante la experiencia que el confiar en frías apreciaciones estadísticas que nos indicarán que con las estatinas "veremos" en 20, 30 o más años una RRA de 2% o su equivalente un NNT de 50. Durante este largo lapso muchos de los pocos pacientes "privilegiados" que en nuestro país gastarán en estatinas más de \$1,000 al mes, lo harían con sacrificio económico, que genera angustia, la cual puede precipitar un infarto. Los pacientes estudiados en el HPS y en estudios previos recibieron el medicamento gratis.

Topol⁸ refiere que en Estados Unidos las estatinas constituyen el mayor gasto en medicamentos, 12.5 mil millones de dólares al año, cantidad que se debería multiplicar por más de 3 si las recibieran los 36 millones que dice que las requieren y no los 11 millones que las reciben. Mi ferviente deseo es que los médicos del Sector Salud no hagan trabajo clínico moderno, lo hagan reduccionista y simplista

y que no prescriban estatinas, con lo que se ahorrarán miles de millones de pesos al mes que se podrán destinar a medicamentos útiles, que son la gran mayoría y a jubilaciones y pensiones. Es alentador que en el Proyecto de Norma Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial se deje al criterio del médico el empleo de las estatinas en caso de hipercolesterolemia. Las consideran prescindibles.⁹

Refieren que el HPS “destruyó mitos y consolidó realidades”. Yo considero que es un estudio de alto costo, (lanzar un medicamento al mercado cuesta 500 millones de dólares)¹⁰ e innecesario ya que las estatinas ya habían sido estudiadas en dos estudios previos de prevención primaria y en tres de prevención secundaria. La novedad que aporta el HPS es que las estatinas se deberán recetar sin que importen los niveles de colesterol. El nuevo lema “impacitante” es: “las estatinas, no sólo colesterol”. El HPS es un refrito, un “me too”.¹¹

Fleming mereció el premio Nobel, las estatinas no son merecedoras en absoluto. No conozco el “Topol 2002”, considero que ha de ser un excelente libro. Es un absurdo atribuirme que considero absurdo el libro porque en él cita la frase de WC Roberts en la que compara a las estatinas con la penicilina. Esta frase es un disparate cuyo autor respeto, no su frase. La penicilina es nada menos que el inicio de la era de los antibióticos, que son sino el principal logro, uno de los principales de la medicina del siglo pasado. Las estatinas no son un logro médico.

En medicina preventiva la utilidad de un medicamento está en razón inversa con su costo, así, la vacuna antipoliomielítica erradicó la enfermedad y se

aplica gratuitamente, sería criminal cobrarla. Si la RRA fuese de 0.01%, cada dosis de vacuna probablemente costaría miles de pesos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luque CAF, Eguía BA. Carta al Editor. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 100-102.
2. Menéndez-Conde M. Carta al Editor. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 26-27.
3. Kaplan NM. La decisión para utilizar fármacos. En: Kaplan NM. *Tratamiento de la hipertensión*. 7a Ed., D.F. México EMIS, Inc. Medical Publishers 1998: 62-69.
4. Menéndez-Conde M. Medicina basada en evidencias. Reducción relativa vs reducción absoluta de riesgo. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 57-60.
5. Lever AF, Ramsey LE. Treatment of hypertension in the elderly. *J Hypertens* 1995; 13: 571-579.
6. Acoltzin JRC. Carta al Editor. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 98-99.
7. Zárate A, Hernández VM. Terapia de reemplazo hormonal en mujeres menopáusicas tratadas por cáncer mamario. *Rev Mex IMSS* 2001.
8. Topol EJ. Editorial. A sea change in cardiovascular prevention. *N Engl J Med* 2004; 350: 1562-1564.
9. Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. *Rev Mex IMSS* 2001; 39: 67-87.
10. Drazen JM. Editorial. Sponsorship, Authorship and Accountability. *N Engl J Med* 2001; 345: 825-826.
11. Lee TH. Me too products. *N Engl J Med* 2004; 350: 211-212.

Dirección para correspondencia:

Dr. Mario Menéndez Conde
Cardiólogo jubilado del IMSS 1993.
Departamento de Cardiología
Hospital Universitario
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
menendez@gemtel.com.mx