

Reflexiones sobre estadística en medicina II

Mario Menéndez Conde*

Muchos pacientes tienen complicaciones de padecimientos cardiovasculares a pesar de lograr disminuir los niveles de LDL.¹ En dos estudios en los que no obstante obtenerse significativamente un aumento de HDL y disminución de LDL con torcetrapib y atorvastatina, en uno² no disminuyó el progreso de la aterosclerosis en las coronarias y en el otro³ aumentó en las carótidas. En la que de acuerdo con el autor es la mayor revisión de infarto agudo de miocardio (IAM) realizada en México,⁴ de 305 casos con edad promedio de 65.7 años, presentó dislipidemia el 21%, lo que contrasta con el 55% de dislipidemia registrado en nuestro país en la población de 55 o más años.⁵ En esta revisión la dislipidemia no se muestra como factor de riesgo de IAM. En cambio sí mostraron serlo en orden creciente de importancia la hipertensión arterial con 42% vs 30.2%, el tabaquismo con 44% vs 25% y la diabetes con 32% vs 10.7%, respectivamente en los pacientes estudiados vs la población general.

Lo anterior da sustento a lo publicado recientemente:² «Veinte años después del advenimiento de las estatinas seguimos en espera del siguiente descubrimiento que logre interrumpir el progreso de la aterosclerosis».

Otra observación al estudio mencionado de 305 casos de IAM es la alta incidencia de hemorragia cerebral, 2.2% en los 89 pacientes asignados a estreptoquinasa, no obstante haberse hecho una selección cuidadosa de los mismos a fin de prevenir esta complicación. De los pacientes excluidos para estreptoquinasa se asignaron inicialmente a heparina no fraccionada 41 y posteriormente a enoxaparina el mayor número: 175. Con heparina no fraccionada hubo 2.4% de hemorragia cerebral y ninguno con enoxaparina. Es posible predecir que si los pacientes tratados con estreptoquinasa hubiesen sido tratados con heparina

no fraccionada el por ciento de hemorragias cerebrales sería menor o aun cero. La mortalidad con estreptoquinasa 10%, con heparina no fraccionada 24% y con enoxaparina 8%. De no haberse utilizado estreptoquinasa en este grupo, la mortalidad hubiese sido igual a la de enoxaparina. El riesgo de hemorragia cerebral es mayor con tPA⁶ y su precio es ocho veces mayor. Estos resultados están en contra del empleo de los trombolíticos en el IAM. Además de su peligrosidad, su inutilidad se ha demostrado.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Libby P. The forgotten majority: unfinished business in cardiovascular risk reduction. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1225-28.
2. Nissen SE, Tardif JC, Nichols SJ, Ravkin JH, Shear ChL, Duggan WT et al. Effect of torcetrapib on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2007; 356: 1304-16.
3. Kastelein JJP, van Leuven SI, Burgess L, Evans GW, Kuivenhoven JA, Barter PJ et al. Effect of torcetrapib on carotid atherosclerosis in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2007; 356: 1620-30.
4. Salazar WE. Experiencia en el tratamiento del infarto de miocardio en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Med IMSS* 2004; 42: 61-67.
5. Lara A, Rosas M, Pastelín G, Aguilar C, Athie F, Velázquez MO. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. *Arch Cardiol Mex* 2004; 74: 231-45.
6. Braunwald E, Antman EM. Coronary thrombolysis. In: Braunwald E. *Heart disease*. 5th Ed. WB Saunders Company. 1997: 1215-21.
7. Menéndez-Conde M. Medicina basada en evidencias. Reducción relativa vs reducción absoluta de riesgo. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 57-60.

Dirección para correspondencia:

Dr. Mario Menéndez Conde
Cardiólogo Jubilado del IMSS 1993 y del Hospital
Universitario BUAP 2007.
Alicante Núm. 7, Col. Las Palmas
Puebla, Puebla, 72550
Correo-electrónico:
memenendez@puebla.megared.net.mx

* Cardiólogo Jubilado del IMSS 1993 y del Hospital
Universitario BUAP 2007.