
Réplica

Sr. Director: Los tres pilares endebles que comentan en la carta corresponden a las siguientes afirmaciones del editorial¹: la tabla del SCORE constituye actualmente la herramienta más adecuada para identificar a

los pacientes de alto riesgo en España, la eficacia demostrada de las estatinas en prevención primaria y secundaria hace que sean los fármacos de elección para el tratamiento y las dosis referidas en los ensayos clínicos constituyen el pilar básico del tratamiento para, posteriormente, intentar alcanzar los objetivos terapéuticos recomendados por las guías de práctica clínica. Siguiendo el mismo esquema de la carta, pasamos a refutar la debilidad de los pilares. La tabla del SCORE fue elaborada siguiendo durante años a varias poblaciones europeas, entre ellas, algunas españolas². Precisamente, derivar de estudios basados en un diseño de cohortes otorga la máxima credibilidad científica a una ecuación de riesgo y, en la actualidad, la tabla del SCORE es la única que cumple con este requisito en nuestro país.

Tal como comentan, el perfil y el porcentaje de los pacientes de alto riesgo obtenidos con la tabla del SCORE y Framingham son parecidos; sin embargo, contrariamente a lo expuesto en la Carta al Director, opinamos que este aspecto contribuye más a la consistencia de los resultados que a invalidarlos. Así, 2 tablas basadas en estudios de cohortes que utilizan medidas diferentes del riesgo y están elaboradas en poblaciones distintas obtienen un porcentaje y perfil de pacientes de alto riesgo semejantes, con algunas diferencias ya comentadas. De este hecho, la conclusión más válida sería que ambas tablas ordenan el riesgo e identifican de forma semejante al paciente de alto riesgo, no que ambas se equivocan, ya que la calibración de la ecuación de Framingham realizada con datos locales obtiene, ésta sí, un perfil de pacientes de riesgo alto muy diferente³.

En el editorial se repite en varias ocasiones que el tratamiento con estatinas a las dosis utilizadas en los ensayos clínicos constituye el pilar básico del tratamiento hipolipidemiante. Un segundo escalón terapéutico consistiría en conseguir reducciones adicionales del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) hasta la consecución de los objetivos. Esta forma de actuación por objetivos, efectivamente, tal como se comenta en el editorial, tiene menos pruebas científicas, pero constituye la forma habitual de expresar las recomendaciones sobre modificaciones de estilos de vida, control de la presión arterial, perfil li-

pídico y glucémico de las guías clínicas más usadas. Por otro lado, los objetivos de 100 mg/dl en prevención secundaria y 130 mg/dl en primaria se corresponden de manera adecuada con los resultados obtenidos en el grupo intervención de los últimos ensayos clínicos con estatinas, contrariamente a lo expuesto en la Carta al Director. Por ejemplo, el cLDL obtenido en el grupo de intervención con estatinas fue de 104 mg/dl en el estudio ALLHAT-LLT (el 14,2% de personas con cardiopatía isquémica), 86,9 mg/dl en el ASCOT-LLA (hipertensión arterial con 3 factores de riesgo), 81,7 mg/dl en CARDS (diabéticos con dos factores de riesgo) y 95,0 mg/dl en el ALLIANCE (prevención secundaria).

Resulta un tanto atrevido por parte de los autores de la «carta al director» la clasificación de «pequeño tamaño de los efectos» de las estatinas, además de irreflexivo si con esto lo que se pretende es justificar una determinada tabla para calcular el riesgo. Afirman que las estatinas en prevención primaria «no afectan a la mortalidad», que «reducen la morbilidad cardiovascular alrededor de un 2% en términos absolutos» (no se especifica el tiempo) y «un 4% en diabéticos del CARDS». No sabemos cómo han obtenido los datos, pero al compararlos con los de otros estudios sobre otros factores de riesgo no encontramos justificado, en términos absolutos, el calificativo de pequeño. Además, los autores de la Carta tergiversan las conclusiones de los estudios para justificar sus afirmaciones. En este sentido, conviene que los lectores simplemente conozcan y juzguen los resultados del meta-análisis de la utilización de las estatinas en prevención primaria⁴ citado en la carta. Describe reducciones de los episodios coronarios en un 29,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 16,7-39,8%), cerebrovasculares mayores en un 14,4% (IC del 95%, 2,8-24,6%) y revascularizaciones en un 33,8% (IC del 95% 19,6-45,5%), así como una disminución no significativa de un 22,6% (IC del 95% del riesgo relativo [RR], 0,56-1,08) de la mortalidad coronaria y total (IC del 95% del RR, 0,86-1,01).

Antonio Maiques Galán

1. Maiques A. Nuevas indicaciones y objetivos terapéuticos en las dislipemias. *Aten Primaria*. 2006;38:473-4.
2. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP,

Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.

3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:253-61.
4. Thavandiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2006;166:2307-13.