

## Respuesta de los autores

### Author's reply

*Sr. Director:*

Estoy de acuerdo con la afirmación de los autores de la carta sobre que la pioglitazona aumenta el c-HDL en el estudio PROACTIVE (1). Así, el aumento fue de un 19% en el grupo tratado con pioglitazona con respecto del valor inicial del estudio y un incremento del 10% en el grupo placebo ( $p < 0,0001$ ).

Sin embargo, no comparto el dato dado sobre que en el estudio PROACTIVE se «redujo el c-LDL un 2%»<sup>1</sup>. Más bien al contrario, se obtuvo un «aumento marginal», calificativo utilizado por los autores del estudio, del c-LDL cuya magnitud es de un 7,2% en el grupo tratado con pioglitazona frente a un 4,3% en el grupo placebo ( $p = 0,003$ ). Si se relacionan los 2 componentes del perfil lipídico mediante el cociente c-LDL/c-HDL, sí que se produjo una reducción del 9,5% en el grupo intervención y un 4,9% en el grupo control.

La elección entre la pioglitazona o la rosiglitazona no se debería hacer en función de su efecto sobre el perfil lipídico. Esta debería basarse en consideraciones sobre la capacidad de estos fármacos para controlar la diabetes, reducir la enfermedad cardiovascular o sobre su seguridad, como por ejemplo la capacidad de agravar o desencadenar una insuficiencia cardiaca.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2010.03.012

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.007

## Factores desencadenantes de un episodio de tromboembolismo pulmonar

### Determining factors of a pulmonary embolism

*Sr. Director:*

El diagnóstico de la enfermedad tromboembólica, y dentro de ella el tromboembolismo pulmonar (TEP), supone uno de los retos más difíciles para el médico debido a la falta de sensibilidad y especificidad de los signos y síntomas. La embolia pulmonar es la tercera causa de muerte cardiovascular tras el ictus y la cardiopatía isquémica<sup>1</sup>. Aproximadamente el 90% de las muertes ocurre en pacientes no tratados porque no se los ha diagnosticado, mientras que su tratamiento temprano reduce la mortalidad del 30% al 5 – 8%<sup>2</sup>. En series necrópsicas se ha llegado a alcanzar una prevalencia de hasta el 14%<sup>3</sup>. La incidencia es muy variable; se han comunicado cifras de entre 0,6 – 1,8 casos por 1.000 personas-año, y se ha observado una dependencia acusada de la edad, y se estima que por cada década su incidencia se dobla, hasta alcanzar cerca del 11% a los 80 años<sup>4,5</sup>. La

Tampoco consideraría a las glitazonas como una opción terapéutica hipolipemiante válida para el médico práctico ya que en el estudio PROACTIVE el c-LDL, la diana terapéutica fundamental en el tratamiento de la dislipemia<sup>2</sup>, aumenta discretamente y el aumento del HDL es discreto comparado con otros fármacos. Además, se desconoce como influyen las modificaciones del perfil lipídico conseguido con la pioglitazona en los resultados de reducción del riesgo cardiovascular del estudio PROACTIVE.

## Bibliografía

1. Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, Erdmann E, Massi-Benedetti M, Moules IK, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Lancet. 2005;366:1279–89.
2. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:581–616.

Antonio Maiques Galán

Departamento de Mansies, Valenica, España  
Correo electrónico: amaiquesg@meditex.es

incidencia entre pacientes hospitalizados puede resultar hasta 100 veces mayor que la de los pacientes ambulatorios<sup>2</sup>.

Con el objetivo de conocer los factores desencadenantes de un episodio de TEP en los pacientes, hemos realizado un estudio observacional, en el que se han seleccionado todos los pacientes que han tenido un TEP, registrados entre enero de 2000 y diciembre de 2008 en 2 centros de salud en Logroño, que atienden a una población de 11.700 y 26.500 pacientes, respectivamente. Se han excluido fallecimientos o pacientes desplazados. Se seleccionaron como variables los factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa propuestos por la guía Pretemed 2007<sup>6</sup>: a) factores constitucionales: edad, embarazo, puerperio, trombofilia, sexo; b) hábitos y estilos de vida: encamamiento > 4días, hábito tabáquico, sedentarismo; c) fármacos e intervenciones: anticonceptivos, marcapasos, tratamiento hormonal sustitutivo; d) circunstancias clínicas agudas: accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, TEP, enfermedad tromboembólica venosa, insuficiencia cardíaca, traumatismo de miembro inferior sin cirugía, trombosis venosa profunda (TVP), y e) circunstancias clínicas crónicas: diabetes mellitus, EPOC descompensada, dislipidemia, obesidad, neoplasia, síndrome nefrótico, enfermedad