

Revista Mexicana de Cardiología.
 Sr. Editor

Malcolm Kendrick ante la declaración del Comité de Evaluación del NCEP de establecer como metas a alcanzar extremadamente bajos niveles de colesterol y de LDL, con lo que millones de norteamericanos tomarán las costosas estatinas, menciona que sólo uno de los nueve miembros del Comité no tenía nexos financieros con la industria médico-farmacéutica. El NCEP asevera que los miembros del Comité fueron seleccionados por su experiencia científica y médica, por sus antecedentes en la materia y por su integridad. Kendrick con fino sentido del humor define a lo anterior como «medicina basada en eminencias».¹

El artículo de González et al (enero-marzo)² es una nueva respuesta subrepticia, un acto de fe, a lo que he publicado en contra de la hipótesis de la dislipidemia y de las estatinas.³⁻⁵ En publicaciones recientes no se justifican las estatinas, en ellas se encuentra que no obstante corregirse la llamada dislipidemia no se evitan las complicaciones de la aterosclerosis, ni causan regresión de la placa ni detienen su progreso.⁶⁻⁹

En la mayor revisión sobre infarto agudo del miocardio, IAM, realizada en México, 305 casos, edad promedio 65 años, presentó dislipidemia el 21%.¹⁰ En otra revisión en nuestro país, 103 casos de IAM, edad promedio 60 años, se encontró dislipidemia en el 32%.¹¹ Esto contrasta con la presencia de dislipidemia en 55% de la población en México de 55 o más años.¹² De esto no es aventurado deducir que la llamada dislipidemia pueda ser un factor de protección contra el infarto.

El Dr. Graveline de la NASA informa que personalmente sufrió de pérdida de la memoria con atorvastatina y que lo mismo ocurrió a cientos de personas que le respondieron por internet.¹³ Es razonable suponer el peligro de diagnosticar erróneamente Alzheimer si se persiste en dar estatinas a pacientes que sufren de amnesia. Se reporta que el cáncer de vejiga fue mucho más agresivo en presencia de estatinas, 53%, que en su ausencia, 18%, una impresionante diferencia en riesgo absoluto de 35%.¹⁴ Es de interés saber si esto ocurre en otras neoplasias.

Estoy de acuerdo con quien aseveró: «Cuando leemos la literatura, ésta nos habla de intervalos de confianza, de prevención de riesgo relativo. Son elementos estadísticos que en ocasiones amedrentan más que ayudan a auxiliar al médico y si existen limitaciones en estas áreas, se convierte la medicina en acto de fe porque ya está publicado en revistas de prestigio como *Circulation* o el *New England*».¹⁵

El International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE, establece que se debe evitar depender de la prueba de hipótesis (p , intervalos de confianza) porque fallan en aportar información cuantitativa importante.¹⁶ O sea nos puede decir que es casi seguro que el medicamento tiene algún efecto, aunque éste puede ser insignificante. Tal es el caso de las estatinas con su p significativa de menos de 0.05. En nuestro país se ha publicado que «el valor de p está en franco desuso y que nos debemos fijar en los intervalos de confianza».¹⁷ Esta afirmación es un equívoco, pues ambos son componentes de la prueba de hipótesis, a cada valor de p corresponde un intervalo de confianza.

Los médicos debemos valorar lo que leemos, hacer medicina basada en evidencias y no confiar siempre en la medicina basada en eminencias, la que en ocasiones pueda estar influida por la mercadotecnia, la cual ha intentado mediante manipulaciones estadísticas sobrevalorar medicamentos de utilidad insignificante y en ocasiones marginar medicamentos de utilidad comprobada como es la digital. Es preciso que valoremos las opiniones con

sentido crítico sin dejarnos influir por el peso del currículo de quienes las expresan.
Estoy de acuerdo en casi todo con la industria médico-farmacéutica, pero no en todo.

Dr. Mario Menéndez-Conde
Cardiólogo jubilado IMSS 1993, Hospital Universitario BUAP 2007.
Correo electrónico: memenendez@puebla.megared.net.mx

BIBLIOGRAFÍA

1. *The great cholesterol con.* John Blake Publishing. Ltd. 2007: 147-171.
2. González CA, Pavía A, Redding FJ, Zacarías JL, Ramírez MA, Alpizar M et al. Encuesta sobre el manejo de las estatinas en México. *Rev Mex Cardiol* 2009; 20: 18-22.
3. Menéndez-Conde M. Medicina basada en evidencias. Reducción relativa vs reducción absoluta de riesgo. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 57-60.
4. Menéndez-Conde M. Carta al Editor. *Rev Mex Cardiol* 2005; 16: 48-49.
5. Menéndez-Conde M. Reflexiones sobre estadística en Medicina. *Rev Mex Cardiol* 2005; 16: 107-108.
6. Libby P. The forgotten majority. Unfinished bussines in cardiovascular risk reduction. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1225-1228.
7. Nissen SE, Tuzcu EM, Brewer HB, Sipahi I, Nichols SJ, Ganz P et al. Effect of ACAT inhibition on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2006; 354: 1253-1263.
8. Nissen SE, Tardif JC, Nichols SJ, Rankin JH, Shear CH, Duggan WT et al. Effect of torcetrapib on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2007; 356: 1304-1316.
9. Kastelein JJP, Van Leuven SL, Burgess L, Evans GW, Kuivenhaven JA, Barter PJ et al. Effect of torcetrapib on carotid atherosclerosis in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2007; 356: 1620-1630.
10. Salazar WE. Experiencia en el tratamiento del infarto agudo de miocardio en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Med IMSS* 2004; 42: 61-67.
11. Iturbe M, Sánchez-Díaz CJ, García-Sosa A, García H, Reyes-Cerezo E, Fernández D et al. Registro de alteplasa en síndromes coronarios agudos con elevación de ST (REALSICA). *Arch Cardiol Mex* 2008; 78: 255-264.
12. Lara A, Rosas M, Pastelin 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: 245.
13. Graveline D. *Lipitor thief of memory.* Infinity Publishing com. 2007.
14. Hoffman P, Roumegger T, Schulman C, van Velthoven R. Use of statins and outcome of BCG treatment of bladder cancer. Letter to the Editor. *N Engl J Med* 2006; 355: 2705-2707.
15. Rosas PM. Bioepidemiología y sus complicaciones en la clínica. *Gaceta Cardiológica Soc Mex Cardiol* 2004; 2.
16. International Committee of Medical Journals Editors. Uniform requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals. *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47.
17. Luque AF, Eguía A. Carta al Editor. *Rev Mex Cardiol* 2003; 14: 100-102.