

## Tablas de riesgo cardiovascular y evidencias. En defensa de la tabla de Framingham calibrada

Sr. Director: Da la impresión de que los autores de la reciente «Reflexión en medicina de familia sobre el riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes»<sup>1</sup> están pidiendo perdón por no atreverse a recomendar la utilización de las tablas de Framingham calibradas pues, poniendo sobre la mesa los argumentos fundamentales para hacerlo, y también algunas limitaciones metodológicas que ellos mismos consideran poco relevantes, apelan finalmente al temor de que si se adoptara su uso se «limitaría el tratamiento con fármacos hipolipemiantes». En un artículo posterior, Maiques<sup>2</sup>, bajo el equívoco epígrafe «evidencia en medicina de familia», pues su texto no trata de evidencias sino de opciones, mantiene la misma línea argumental: es necesario realizar estudios sobre las implicaciones prácticas, de validación y de equivalencia entre distintos riesgos antes de recomendar la calibrada o la SCORE<sup>2</sup>.

No es de extrañar, e incluso es de agradecer, este prurito en personas que son responsables de establecer recomendaciones del PAPPs, máxime en un contexto en el que la lectura poco rigurosa de los datos de los nuevos ensayos HPS, PROSPER, ASCOT y pronto CARDS, parece abocar a que se empiece a recomendar el tratamiento con estatinas a todo diabético, a todo hipertenso y, en general, a toda persona de «alto riesgo», con independencia de sus cifras de colesterol.

Sin embargo, el asunto a poner sobre la mesa no es tanto de carácter teórico genérico (repercusión sobre la morbimortalidad cardiovascular en España, apelar a que la cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad cardiovascular en España, validación y equivalencias) como de carácter evidencial, es decir, si realmente tenemos pruebas de que las estatinas sean eficaces para prevenir la enfermedad cardiovascular en pacientes que no tienen enfermedad cardiovascular clínica.

Y los datos son los que son. Disponemos únicamente de 5 ensayos clínicos en prevención primaria que, dejando aparte sus nada desdeñables problemas de validez interna, tienen el inconveniente fundamental de es-

tar realizados todos ellos en la población anglosajona. Como se sabe, el riesgo de enfermedad cardiovascular en estas poblaciones es 3 veces superior al de la población mediterránea<sup>3</sup>, y el beneficio potencial de las estatinas está relacionado con el riesgo basal. Pero, además, los resultados obtenidos por las estatinas en esos estudios dejan mucho que desear. El metaanálisis publicado recientemente en *Therapeutics Letter*<sup>4</sup> muestra que el escaso beneficio cardiovascular conseguido (número necesario de pacientes a tratar de 71 en una actividad preventiva) no es suficiente para compensar la aparición de efectos adversos serios. De modo que los autores concluyen que «las estatinas no han logrado proporcionar un beneficio global sobre la salud en los ensayos en prevención primaria».

En el mismo sentido, la revista francesa *Prescrire*, después de analizar los últimos ensayos con estatinas, sigue manteniendo su reserva acerca de los beneficios en mujeres y en mayores de 70 años sin enfermedad cardiovascular previa<sup>5</sup>.

La tabla de Framingham calibrada permite precisamente tomar decisiones en la línea apuntada por estas 2 revisiones<sup>4,5</sup>: utilizar de forma muy restrictiva las estatinas en prevención primaria. No hay que olvidar que las tablas no son construcciones objetivas de validez universal, sino artefactos cuya función es ayudar en la toma de decisiones. Y las decisiones que puedan tomarse con la tabla de Framingham calibrada, junto a los criterios de tratamiento de la Third European Joint Task Force, se adecuan más a las evidencias disponibles que las que resultan de aplicar la tabla de Framingham clásica (o cualquiera de sus otras 6 versiones) junto a criterios NCEP III. Por ejemplo, se recomendaría tratar con estatinas, respectivamente, a un 5-10 o a un 40% de la población de edad media no diabética<sup>6</sup>.

Aunque la tabla de Framingham calibrada efectivamente habrá de validarse de manera conveniente, el PAPPs, que en su actualización 2003<sup>7</sup> aún opta por la tabla de Anderson de 1991, debería tener en cuenta que esta última se aplicó en Europa mucho antes de ser validada e incluso sigue aplicándose después de conocerse que sobrestima el riesgo en poblaciones europeas.

El prurito y los peros a la tabla de Framingham calibrada habrían de confrontar-

se con las consecuencias que se derivan de la utilización de instrumentos, incluidos los criterios NCEP III, que arrojan como resultado disparates como el señalado.

F. Miguel García<sup>a</sup>, M.J. Montero Alonso<sup>b</sup> y A. García Ortiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dirección Técnica de Farmacia. Sacyl. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Valladolid. España. <sup>b</sup>Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Valladolid. España.

Miembros del grupo de Información sobre Medicamentos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Sacyl.

1. Maiques Galán A, Villar Álvarez F, Llor Vila C, Torcal Laguna J. El riesgo coronario en España y el tratamiento con fármacos hipolipemiantes. *Aten Primaria* 2003;32(7):420-2.
2. Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Aten Primaria* 2003;32:586-9.
3. Verchuren WM, Jacobs DR, Bloemberg BP, Kromhout D, Menotti Z, Aravanis C, et al. Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. Twenty-five-years follow-up of seven counties study. *JAMA* 1995;274:131-6.
4. Do statins have a role in primary prevention? *Therapeutics Letter* 2003, nº 48. Disponible en: [www.ti.ubc.ca](http://www.ti.ubc.ca)
5. Prescrire Rédaction. Statines: du nouveau en prévention secondaire et chez les diabétiques. *Rev Prescr* 2003;23:287-93.
6. Ramos R, Solanas P, Cordon F, Rohlfis I, Elosua R, Sala J, et al. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003;121:521-6.
7. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):15-29.

## Réplica de los autores

Sr. Director: Lamentamos que de la lectura de nuestros artículos<sup>1,2</sup> los autores de la carta «Tablas de riesgo cardiovascular y evidencias. En defensa de la tabla de Framingham calibrada» deduzcan que estamos «pidiendo perdón» o sintiendo «prurito» por no atrevernos a recomendar la utilización