

## Nadie es profeta en su tierra

**Sr. Director:** En la revisión publicada en la revista<sup>1</sup>, en la que entre otras cosas se valoran las tablas calibradas por los investigadores del estudio REGICOR (Registre Gironí del Cor) para la población española<sup>2</sup>, se alude a las «poco relevantes» limitaciones metodológicas de dicha calibración. Sin embargo, se llega a la desconcertante recomendación de usar las tablas de Anderson. Uno de los motivos aducidos para mantener las tablas de Anderson es que permiten utilizar los valores del colesterol-HDL en el cálculo, lo que también puede hacerse en las calibradas.

Los propios investigadores del Framingham Heart Study (origen de las tablas de Anderson) han colaborado en la calibración realizada por los investigadores del estudio REGICOR, y apoyan su uso sustituyendo a las primeras. Otro argumento que apoya la utilización es la demostrada validez del procedimiento de validación<sup>3</sup>, cuya utilidad reconocen los propios autores de la revisión<sup>1,2,4</sup>. No parece muy razonable, en suma, proponer el uso de una tabla que sobrestima el riesgo en España<sup>4</sup> y de la que existe una versión calibrada aceptable<sup>2</sup>.

Recientemente se ha mostrado que, con el uso de las tablas calibradas, la proporción de pacientes en tratamiento farmacológico sería similar a la actual, pero estaría mejor adaptada al riesgo real de cada paciente<sup>5</sup>. Si el interés prioritario es la salud de nuestros pacientes, queda patente que el sobretratamiento derivado del uso de las tablas sin calibrar expone a muchos pacientes a los riesgos derivados de la administración innecesaria de fármacos, e incrementa el coste sanitario de la prevención primaria.

Si bien es cierto que no se ha realizado una validación de las tablas calibradas, también lo es que nadie se ha alarmado hasta ahora porque tampoco se hiciera para la ecuación de Framingham original.

La Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial editada por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud ([www.osatzen.com/gphtension.asp](http://www.osatzen.com/gphtension.asp)) recomienda

**Palabras clave:** Tablas riesgo cardiovascular. Estudio REGICOR. Colesterol.

el uso de las tablas adaptadas. Esta guía sigue las directrices estandarizadas del AGREE (<http://www.agreecollaboration.org/>) y de las revisiones sistemáticas de la Fundación Cochrane de evaluación objetiva de la evidencia científica. Nos consta que otras comunidades autónomas están preparando acciones similares.

Creemos que es mejor incrementar la evidencia científica disponible en lugar de seguir discutiendo opiniones. Se está completando el estudio VERIFICA (Validez de la Ecuación de Riesgo Individual de Framingham de Incidentes Coronarios Adaptada), en el que participan más de 200 médicos de atención primaria de toda España, que permitirá analizar la validez del conjunto de las ecuaciones usadas en la estimación del riesgo coronario y cardiovascular en nuestro medio.

## P. Solanas Saura<sup>a</sup>, R. Ramos Blanes<sup>b</sup> y F. Cerdón Granados<sup>c</sup>, en nombre de los investigadores del estudio REGICOR

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Girona-3. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Girona. Girona. España. <sup>b</sup>Médico de Familia. ABS Salt. Coordinador de metodología i recerca. SAP Gironés Sud-La Selva. Girona. España. <sup>c</sup>Médico de Familia. ABS Girona-3. Girona. España.

1. Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Aten Primaria* 2003;32:586-9.
2. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la función de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-61.
3. D'Agostino RB Sr, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. Validation of the Framingham Coronary Heart Disease Prediction Scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *J Am Med Assoc* 2001;286:180-7.
4. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Comm Health* 2003;57:634-8.
5. Ramos R, Solanas P, Cerdón F, Rohlfs 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.

## Réplica de los autores

**Sr. Director:** Agradezco a los autores de la carta la lectura del artículo titulado «Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar?»<sup>1</sup> y, hablando coloquialmente, lamento con sinceridad que se haya podido malograr una vocación de profeta.

Estoy de acuerdo básicamente con las afirmaciones con elación a la sobrestimación del riesgo en España de las tablas de Framingham y a que el riesgo de la tabla calibrada del REGICOR<sup>2</sup> (Registre Gironí del Cor) posiblemente será más próximo a la situación real en España. Sin embargo, no coincido con la interpretación del artículo de Ramos et al<sup>3</sup> sobre la población candidata al tratamiento con fármacos hipolipemiantes y con los comentarios sobre las aplicaciones prácticas de la tabla calibrada del REGICOR.

En la publicación de Ramos et al<sup>3</sup> se puede leer entre líneas que sólo 10 pacientes varones no diabéticos de 1.358 (0,74%) y ninguna mujer no diabética de 1.529 (0%) tendría un riesgo igual o superior al 20% con la tabla calibrada del REGICOR<sup>2</sup>, es decir, serían considerados de riesgo coronario alto un total de 0,35% de los pacientes de 35 a 74 años no diabéticos. El tratamiento con fármacos hipolipemiantes según las terceras recomendaciones europeas<sup>4</sup> se aconseja cuando el riesgo es alto y el colesterol total es superior a 189 mg/dl. Así, si utilizáramos la tabla del REGICOR para calcular el riesgo<sup>2</sup> y los límites de colesterol total aconsejados por las sociedades europeas<sup>4</sup> (circunstancia que acarrearía el cambio automático de una tabla por otra), sólo un 0,35% de los pacientes iniciaría un nuevo tratamiento con fármacos hipolipemiantes. Esto supondría en la práctica casi no utilizar los fármacos hipolipemiantes en prevención primaria en España y limitar la prescripción a la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular.

Puede debatirse sobre el nivel de riesgo para introducir el tratamiento con fármacos hipolipemiantes en España en función de diversos elementos (entre otros, los recursos económicos), es discutible utilizar una tabla u otra, pero no sería conveniente olvidarse de la evidencia existente del tratamiento con fármacos hipolipemiantes, tanto en prevención primaria como secundaria. Elaborar unas recomendaciones de tratamiento que casi eliminan esta posibili-

dad de intervención puede tener sus riesgos; el infratratamiento también puede ocasionar consecuencias adversas.

Discutir la idoneidad de un tratamiento basándose en las tablas para calcular el riesgo sin considerar la evidencia de los ensayos clínicos parece un razonamiento con cierta incongruencia. La utilidad de las tablas para calcular el riesgo estriba en que realizan una selección más adecuada de los pacientes candidatos al tratamiento con fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes que la consideración aislada de los factores de riesgo cardiovascular, pero no debería ser su finalidad ocasionar acontecimientos para los que no han sido elaboradas.

Los autores de la carta abogan por la utilización del REGICOR, pero ¿cómo hacerlo? ¿Plantean cambiar automáticamente una tabla por otra manteniendo los criterios de diagnóstico de riesgo alto?, ¿se puede delimitar otro nivel de riesgo más bajo?, ¿pero cuál? un 10%, un 15%... ¿Qué ocurre con la tabla de proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)<sup>4</sup>, también elaborada en parte con datos españoles, que utiliza el riesgo de muerte cardiovascular y otro umbral para clasificar al paciente de riesgo alto y con consecuencias prácticas diferentes de las esperadas con la utilización de la tabla del REGICOR? Ante estos interrogantes, ¿sería razonable reflexionar, no sólo sobre la tabla del REGICOR, sino también sobre las otras elaboradas con datos españoles, y recomendar cautela antes de decidirse por una tabla u otra? Éste es precisamente el objetivo fundamental del artículo<sup>1</sup>: proporcionar los elementos necesarios para la reflexión sobre los métodos para calcular el riesgo y aconsejar cautela hasta disponer de los elementos de juicios necesarios para decidirse por una u otra tabla. El análisis de todos estos elementos requiere tiempo y un abordaje conjunto por las sociedades científicas y la administración sanitaria; mientras tanto, utilizar la tabla de Framingham de 1991<sup>5</sup>, aunque sobrestime el riesgo, es una opción válida, ya que efectúa adecuadamente su función, es decir, selecciona a los pacientes con mayor riesgo coronario y con mayor beneficio del tratamiento con fármacos hipolipemiantes o antihipertensivos.

**A. Maiques Galán**

Médico de Familia. Centro de Salud de Manises. Valencia. España.

1. Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular ¿Qué tabla utilizar? Aten Primaria 2003;32:586-9.
2. 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.
3. Ramos R, Solanas P, Cerdón F, Rohlfes 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.
4. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003;24:1601-10.
5. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Ortega Sánchez-Pinilla R, Vilaseca Canals J, et al. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria 2003;32(Supl 2):27-41.

## Publicidad frente a información

**Sr. Director:** Es cierto que el lenguaje de la publicidad requiere frases cortas e impactantes para vender un producto, pero en cuestiones científicas debe informar de manera exacta y sin posibilidad de equívoco.

En el número 1 de enero de 2004 de la revista ATENCIÓN PRIMARIA, entre las páginas 30 y 31 se puede leer un anuncio de Zyntabac que contiene dos frases que, si bien no son contrarias, contienen dos mensajes diferentes: «El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido recomienda: Zyntabac® debe ser prescrito para aquellos fumadores que han expresado su deseo de dejar de fumar<sup>1</sup>».

¿Recomienda? o ¿debe ser?

Es de agradecer que en el anuncio incluyeran la web en la que aparece la referencia ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)) en la que las frases más aproximadas que se pueden encontrar son:

– En *Guidance*: «Nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion are recommended for smokers who have expressed a desire to quit smoking<sup>1</sup>».

**Palabras clave:** Publicidad. Información. Bupropion.

– En el apéndice C (información para el paciente): «It is recommended that NRT and bupropion should be available to you on prescription if you are a smoker who has said that you want to quit smoking<sup>1</sup>».

La palabra *available* en inglés quiere decir disponible.

Que se recomiende que la prescripción de bupropión esté disponible para el fumador que ha expresado su deseo de dejar de fumar no es lo mismo que decir que el médico tiene que recetarlo a los fumadores que han expresado su deseo de dejar de fumar. Entre otras cosas, este artículo también nos informa acerca de las contraindicaciones del bupropión y que las preferencias del fumador en el tratamiento deben ser tenidas en cuenta (y si no quiere tratamiento farmacológico, ¿le pautamos bupropión?).

Los beneficios del bupropión no se discuten, pero no es la primera vez en que lo que dicen los anuncios de los laboratorios no concuerda exactamente con la bibliografía<sup>2</sup>, por lo que no son una fuente fiable de información y nos pueden conducir a error.

**S. Machín Hamalainen<sup>a</sup>,  
M.A. Gómez Medina<sup>b</sup>  
y Z. Quintela González<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Médico de Familia. CS El Espinillo. Área 11 de Madrid. Madrid. España. <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Delicias. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

1. National Institute for Clinical Excellence. Technology Appraisal Guidance nº 39. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation, Marzo 2002. Londres. Disponible en: [www.nice.org.uk/pdf/NiceNRT39GUIDANCE.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/NiceNRT39GUIDANCE.pdf)
2. Villanueva P, Peiró S, Libroero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. Lancet 2003;361:27-32.

## Las implicaciones políticas del «hacer salud»

**Sr. Director:** Soy médico de familia, de la generación formada bajo el «saber» de los «hijos de Alma-Ata». Rápidamente aprendí

**Palabras clave:** Salud. Fórum. Marginalidad.

que la salud es bio-psico-social, lo que me proporcionó una visión muy integral de la salud, pero también me ocasionó algún conflicto. Todo comenzó cuando mi práctica médica no alcanzaba a crear un buen estado de salud en mis usuarios afectados de grandes desigualdades sociales. ¿Pasa mi actuación médica por la implicación más social? Hoy, estos mismos hijos de Alma-Ata parecen querer implicarse en esta parte más social de la salud y organizan el XVIII Congreso de la SCMFIC bajo el lema de «*fem salut, fem fòrum*» y se presentan como entidad asociada al Fòrum. Este año, Barcelona acoge el Fòrum Universal de las Culturas 2004: «Se abre puerta a un debate internacional sobre multiculturalidad y sostenibilidad», este es el supuesto objetivo del evento. Con sólo pagar un «módico» precio de entrada, se puede disfrutar de un espectáculo de culturas, lleno de luz y música.

Soy médico de familia en el CAP Casc Antic, un barrio céntrico de Barcelona donde tenemos una tasa de población inmigrada elevada y las condiciones de vida de nuestros usuarios son muy precarias: M.A. alquila un colchón con un compañero, cada uno lo utiliza durante 12 horas (a un precio elevado); Y.A. siempre acude de urgencias, no tiene papeles y sí miedo de darnos sus datos para acceder a una UBA; J.I. tiene una hernia discal, quiere «algo fuerte» para el dolor, pero no puede coger la baja ya que trabaja sin contrato; J.L. presenta múltiples afecciones crónicas que le limitan, recibe una paga mínima que no le alcanza para sobrevivir y siempre protesta en la sala de espera porque todas las ayudas se van «a los de fuera»; R.F. tiene una edad avanzada que se complica con una fractura de húmero que le ocasionaron al tirarle al suelo cuando le quitaron el bolso; M.I. viene a curarse las heridas de la cara, ya que le agredieron en la calle por ser marroquí... Y un largo etcétera.

Mientras la Barcelona del Fòrum hace espectáculo de lo exótico, cosmopolita... y proyecta una imagen de ciudad abierta, cultural, plural (que se contradice con la política de muchas empresas socias del Fòrum, comprometidas con la economía de la guerra<sup>1</sup>); la Barcelona de la calle relaciona inmigración con marginalidad, delincuencia, inseguridad y suciedad<sup>2</sup>.

Se han querido justificar los muchos millones de euros invertidos en infraestructuras

con una macrofiesta de la diversidad de alto diseño y un parque temático sobre multiculturalidad. Mientras tanto, nuestros usuarios sufren la especulación de la vivienda, leyes injustas que favorecen el trabajo precarizado, guetificación en áreas con altos niveles de pobreza, precariedad, exclusión... Sigo meditando mis conflictos de implicación política como médico ante mis usuarios...; pero donde no tengo la más mínima duda es que promover la salud no pasa por apoyar el Fòrum. Como dice Manuel Delgado<sup>3</sup>, el Fòrum hubiera podido ser una buena ocasión para el debate sobre la pluralidad y la denuncia de la desigualdad, pero las cosas no apuntan en esa dirección. Demasiadas multinacionales y demasiado dinero para creer que, como mucho, se dará una venta de espectáculo exótico de culturas en un *show* de luz y color. Mientras todo esto se lleva a cabo, nuestros usuarios, tan multiculturales como los del Fòrum, sobreviven en un gueto de pobreza y marginación.

Desde aquí me gustaría invitar a los organizadores del congreso de la SCMFIC a que vengan al CAP Casc Antic, para que sean portavoces de la Barcelona real en este evento al que están asociados, o simplemente no participen en él.

**A. Irueta Isusi**

Médico de Familia. CAP Casc Antic. Barcelona. España.

1. Tree M. La ferum del Fòrum. El Punt Diari, 24 de febrer de 2005.
2. Navarro M. IX Congreso de Antropolgía de la FAAEE.
3. Delgado M. El gran circo de las culturas. El País, 11 de septiembre de 2002.

## ¿Sabemos detectar y manejar a los adolescentes con problemas derivados del uso de drogas?

Sr. Director: La lectura del editorial «La medicina de familia y la adolescencia», de Jiménez Leal<sup>1</sup>, en el que se sugiere la necesidad de aumentar competencias para el

**Palabras clave:** Alcohol. Adolescencia. Drogas.

tratamiento con y de los jóvenes, nos ha hecho reflexionar sobre la cuestión y plantearnos si efectivamente los médicos de familia estamos suficientemente preparados para «abordar» a los adolescentes.

La adolescencia se caracteriza por grandes cambios (físicos, cognitivos, psicológicos y sociales) y es, indiscutiblemente, la época en que la mayoría se inicia en el consumo de drogas. De igual forma, en este período se establecen ciertos hábitos de consumo que podrían perjudicar el crecimiento, maduración y evolución del joven hacia su integración social<sup>2</sup>. En los resultados publicados en la encuesta sobre drogas a población escolar 2002<sup>3</sup>, el 26% de los escolares reconoce haber tenido algún problema o consecuencia negativa debido al consumo de alcohol. A la vista de estos datos, nos preguntamos si las manifestaciones psicopatológicas (insomnio, nerviosismo, tristeza...) no estarán indicando un posible abuso de alcohol u otras sustancias.

Creemos que debemos permanecer alerta, ya que, de ser cierta la observación anterior, nos encontraríamos ante un problema mucho más frecuente de lo que se piensa y que exigiría poner en marcha actividades para la detección temprana y la resolución de estos problemas (mediante intervenciones realmente efectivas, como las estrategias de disminución de daños y riesgos<sup>4</sup>) e intensificar acciones preventivas en este colectivo. Los médicos de familia deberíamos mejorar nuestros conocimientos, actitudes y habilidades en el abordaje de los jóvenes, ya que la actitud desconfiada de éstos hacia la autoridad de los adultos complica muchas veces la detección del abuso de sustancias. Debemos inspirar la confianza suficiente y aprovechar el acercamiento de los jóvenes a nuestras consultas para interrogarles sobre el consumo de estas sustancias cuando exista sospecha de un posible abuso (como la presencia de algún trastorno mental en estas edades, ya que el 20% de estos pacientes presenta problemas derivados de ese abuso)<sup>5</sup>. No hay que olvidar que los trastornos afectivos, los síndromes ansiosos y los trastornos de la personalidad son diagnósticos frecuentes de los trastornos por consumo de alcohol<sup>6</sup>, y que ese abuso puede favorecer secundariamente el desarrollo de psicosis en la adolescencia<sup>7</sup>.

El «manejo» de los adolescentes es un reto para el que no hemos adquirido habili-

# CARTAS AL DIRECTOR

---

dades suficientes, pero nos alegra que suscite cada vez un mayor interés, en aras de una atención lo más integral posible de este colectivo que representa nuestro futuro, del que también somos responsables en parte.

**M.P. Orgaz Gallego  
y M. Segovia Jiménez**

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Palomarejos. Toledo. España. <sup>b</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa María de Benquerencia. Toledo. España.

1. Jiménez Leal R. La medicina de familia y la adolescencia [editorial]. *Aten Primaria* 2003;32(10):555-6.
2. Rovira J. La adolescencia y el consumo de drogas. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 1):9-13.
3. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta a población escolar sobre drogas 2002 (consultado el 4-3-2004). Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/observa/html/estudios.htm>
4. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Martí R. Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y

riesgos. *Aten Primaria* 2003;32(10):590-3.

5. Mersy David J. Reconocimiento del abuso de alcohol y de sustancias. *Am Fam Physician* 2004;1(11):12-6.
  6. García Thuring L, Fernández Pérez MC, Martín Bayón D, Gómez Zurita G. Manejo ambulatorio del paciente alcohólico. *APySAM* 2003;2(6):39-44.
  7. Santullo Esperón C. Psicosis en niños y adolescentes: identificación en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2003;4(4):16-20.
-