

2. Guerrant RL, Walker DH, Weller PF. *Tripanosoma cruzi*. En: *Enfermedades infecciosas tropicales*. Madrid: Harcourt; 2002. p. 384-91.
3. Roure S, Pedro-Botet M, Valerio L, Sabria M, Sopena N. *Guía clínica per la infecció/malaltia de Chagas*. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003. p. 3.
4. Froilan Sanz F, Gómez Navarro C, Castrillo Garcia N, Pedrote Martínez A, Lage Gallé E. Miocardiopatía chagásica en España: un diagnóstico a tener en cuenta. *An Med Interna (Madrid)*. 2005; 22:538-40.
5. Muñoz J, Gascón J. Enfermedad de Chagas importada. *Enf Emerg*. 2005;7:134-8.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.023

semFYC y ezetimiba

semFYC and ezetimib

Sr. Director:

Recientemente hemos asistido en nuestro centro de salud a una sesión basada en el documento de la semFYC «Manejo de las dislipemias en el paciente diabético y de riesgo coronario», que forma parte de las «Sesiones clínicas en APS»¹. En él se plantea un caso clínico de un varón de 63 años, sedentario, actualmente obeso, hipertenso, diabético, fumador y sin antecedentes de enfermedad vascular. Con base en los datos de las exploraciones complementarias, se le atribuye un riesgo cardiovascular alto.

Después del consabido paso por las medidas higienicodietéticas, el paciente regresa a la consulta al cabo de 1 año y su perfil lipídico es entonces: colesterol total, 251 mg/dl; colesterol de las LDL, 165 mg/dl; colesterol de las HDL, 50 mg/dl, y triglicéridos, 180 mg/dl. Por ello se decide prescribir 20 mg/día de simvastatina. Al considerarse subóptimo el resultado con el colesterol de las LDL en 110 mg/dl y después de considerar si aumentar la dosis de simvastatina a 80 mg/día, cambiar a atorvastatina 80 mg/día o agregar otro fármaco, se decide, sin mayor justificación, añadir ezetimiba. El paciente regresa al cabo de 1 año con un informe en el que consta que ha sufrido un episodio de isquemia cerebral transitoria y se comprueba que había abandonado anteriormente los fármacos hipolipemiantes. La actitud propuesta incluye atorvastatina 80 mg/día o simvastatina 40 mg/día más ezetimiba 10 mg/día. En esta ocasión en el documento no se resuelve la disyuntiva.

Creemos que la actitud correcta era dar dosis altas de una estatina, ya que, si bien es cierto que cuando se combina

Noemí Pérez León*, Almudena Raya Rejón y Rosa Maria Sequera Requero

ABS Llefià 06, Badalona, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noemi.perez@menta.net (N. Pérez León).

ezetimiba con una estatina la reducción del colesterol de las LDL es mayor que la obtenida con una estatina sola, ezetimiba no ha mostrado eficacia en la prevención de episodios cardiovasculares². Este punto no se discute en el texto. Tampoco se aporta bibliografía ni anterior a nuestra referencia ni más reciente que lo contradiga. Se da la circunstancia de que los dos laboratorios patrocinadores del documento (Merck Sharp & Dohme y Schering Plough) comercializan la ezetimiba.

Nos causa extrañeza que la semFYC avale estas conclusiones y preferimos pensar en un error o inadvertencia más que en un conflicto de intereses, pero la semFYC debería aclarar la situación sin tardanza, ya que se juega en ello su prestigio e independencia. Creemos que esta sesión clínica contribuye a propagar hábitos de prescripción que benefician únicamente a la industria, con posible menoscabo de la salud de los pacientes, lo que atenta contra el principio de no maleficencia. Por ello, solicitamos una rectificación y, naturalmente, la retirada del documento.

Bibliografía

1. Orozco-Beltrán D, Martín Manzano JL. Manejo de las dislipemias en el paciente diabético y de riesgo coronario. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2007.
2. *Butlletí groc*. 2005;18:7. Disponible en: <http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/bg182.05e.pdf>.

Joan Atmetlla Andreu* y Sheila Romero Ruperto

CAP Chafarinas, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 24043jaa@comb.es (J. Atmetlla Andreu).

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.024