



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

Mejorar la salud cardiovascular: estamos obligados a no perder impulso



To improve cardiovascular health: we are forced for not losing impulse

Jesús Millán Núñez-Cortés*, Teresa Mantilla Morató, Jose María Lobos Bejarano y Juan Pedro-Botet Montoya

Sociedad Española de Arteriosclerosis, Comunidad de Madrid, España

En los últimos años hemos asistido a un gran avance en la batalla contra la enfermedad cardiovascular, debido en parte al control de los distintos factores de riesgo modificables. En este contexto, ocupa un lugar destacado la terapia hipolipidemiante con fármacos eficaces y seguros. Las abundantes evidencias científicas al respecto quedan recogidas en las distintas y numerosas guías de práctica clínica, documentos y consensos nacionales o internacionales, algunos de los cuales son de amplia difusión y seguimiento en nuestro medio. En cierta medida, «señalan el camino» basado en las mayores y mejores evidencias, y de ahí la responsabilidad asumible en su formulación y en su aplicación.

El objetivo fundamental de una guía de práctica clínica es, incluyendo un «estado de la cuestión» y considerando las evidencias, formular recomendaciones buscando un «modelo» que sea fácil de explicar: sin contradicciones, fácil de entender, organizado de manera lógica y focalizando el interés científico, y fácil de aplicar, porque el objetivo último es ofrecer un instrumento sencillo pero simple para la práctica clínica diaria. En la actualidad, las guías de práctica clínica se han convertido en un instrumento fundamental en nuestra actividad asistencial, ya que facilitan la toma de decisiones clínicas a los profesionales de la salud. Pero elaborar un documento de esta índole tiene algunos riesgos. Al pretender formular mensajes sencillos y asumibles que aporten una cierta novedad, pueden aparecer documentos que a veces con argumentos incompletos cuando no sesgados

podrían ser causa de una oportunidad perdida para profundizar en los beneficios que ofrece el tratamiento, en el caso de que se llegaran a aplicar.

En el manejo de las dislipidemias, los documentos o guías de práctica clínica se han de fundamentar en las evidencias derivadas principalmente de los ensayos clínicos controlados para los pacientes en prevención secundaria, y para aquellos en prevención primaria no solo los ensayos clínicos, sino también en evidencias de distinto origen como, por ejemplo, epidemiológicas o genéticas en otras. Bastaría recordar los 5 estudios clínicos sobre los que se sustentan todas las evidencias posteriores en el tratamiento con estatinas de pacientes en prevención primaria (WOSCOPS, AFCAPS-TEXCAPS) y secundaria (4S, CARE, LIPID). Pero se podrían citar otros muchos que «han creado ciencia» en este terreno, no solo con estatinas, sino con otros fármacos hipolipidemiantes.

La mayoría de las guías de práctica clínica proponen acciones específicas ante situaciones clínicas frecuentes. En el terreno de las dislipidemias, la acción a tomar suele depender del nivel de riesgo individual determinado por el número de factores de riesgo presentes («cantidad» de riesgo) y por la intensidad de dichos factores («calidad» del riesgo) hasta el punto de que de este último aspecto va a depender el riesgo individual en los pacientes en prevención primaria. Dicho de otra manera, la intervención terapéutica dependerá, en el caso de las dislipidemias, no solo del nivel de riesgo, sino también del nivel de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) (es fácil comprender cómo una hipercolesterolemia habrá de ser tratada, lo mismo que debería suprimirse el hábito tabáquico, si es que estuviera presente, o se debiera tratar la hipertensión arterial, todo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.millan.nunezcortes@madrid.org
(J. Millán Núñez-Cortés).

ello al margen de que el riesgo global individual sea o no elevado).

Este razonamiento, en sí mismo, puede acarrear confusión. Existen muy pocas dudas o ninguna acerca del beneficio terapéutico en los pacientes en prevención secundaria; así como en los pacientes en prevención primaria de alto/muy alto riesgo cardiovascular. Pero quienes no comparten esta filosofía pueden todavía albergar dudas sobre qué hacer en los pacientes con hipercolesterolemia en prevención primaria con riesgo bajo o moderado. Y complicando algo más las cosas, se puede poner en duda el tratamiento en determinadas poblaciones según la edad o el género, la utilidad de los distintos grupos de fármacos, el beneficio clínico de un esfuerzo terapéutico adicional, etc. Cuestiones, muchas de ellas, que conducen al escepticismo y a la inseguridad en la implementación de las recomendaciones (el paradigma es la resistencia a las combinaciones terapéuticas), como paso previo a la limitación del esfuerzo terapéutico, a no abordar un tratamiento o en el mejor de los casos a mantener un tratamiento insuficiente, y con ello a un estancamiento en la progresión de los beneficios clínicos que nos han permitido los avances de los últimos años. Un buen ejemplo de ello son algunas de las guías clínicas generadas por la administración y que, por sus propuestas, obligan a reaccionar para no perder el impulso de la mejoría ya alcanzada en la prevención cardiovascular.

Algunas cosas que no podemos olvidar y algunos mensajes inequívocos

- El factor de riesgo lipídico se encuentra infratratado e infracontrolado en nuestro medio, y muchos pacientes siguen sin recibir el tratamiento adecuado, por lo que el grado de consecución de objetivos es alarmantemente bajo. *Por tanto, hay que recomendar un esfuerzo adicional para mejorar esta situación y alcanzar los objetivos terapéuticos, incluidos los más exigentes (colesterol LDL < 70 mg/dl) empleando los fármacos más eficaces, potentes y seguros, o la combinación de ellos si es preciso.*
- La reducción de los niveles elevados de colesterol LDL es un objetivo principal en prevención cardiovascular. Puede haber controversia acerca de cómo reducir los niveles de colesterol LDL, pero no sobre la necesidad de hacerlo. Sin embargo, no debemos olvidar que el objetivo fundamental del tratamiento de los factores de riesgo es reducir la morbimortalidad, y no solo controlar una eventual dislipidemia. *Esto significa que para reducir el riesgo cardiovascular asociado, sea cual fuere este, la reducción de colesterol LDL sigue siendo un elemento clave, al margen de que cualquier otro factor de riesgo también deba ser tratado.*
- El efecto del tratamiento hipocolesterolemia es proporcional al riesgo basal: a mayor riesgo, mayor beneficio, con un mayor beneficio absoluto en términos de reducción de episodios. *Pero en todo caso, el beneficio es indiscutible, en prevención secundaria y también en primaria, incluso en las personas con bajo riesgo.*
- Lamentablemente, la realidad indica que la mayor parte de los episodios coronarios y cardiovasculares en general ocurrirá en la población con riesgo intermedio/bajo (estudio español VERIFICA). *Por tanto, para prevenirlos siempre es preciso tratar a personas asintomáticas, sin que eso deba rechazarse a priori.*
- Es bien conocido el papel protagonista de las estatinas como fármacos hipocolesterolemiantes, pero hay que señalar nítidamente que su empleo a dosis insuficiente es causa de fracaso terapéutico. Además, carece de justificación no considerar otros fármacos hipolipemiantes cuando estos puedan estar indicados. *En consecuencia, y dado que disponemos de distintos grupos farmacológicos con diferentes perfiles terapéuticos, es una renuncia injustificada no emplear ezetimiba para alcanzar objetivos terapéuticos o un fibrato para la dislipidemia no-LDL-dependiente (solo asociado a una estatina en la dislipidemia mixta).*
- Los 2 elementos más relevantes del riesgo residual de origen lipídico en pacientes tratados con estatinas son la falta de consecución de objetivos terapéuticos en colesterol LDL, así como la dislipidemia no dependiente de LDL, que es un factor de riesgo independiente incluso cuando el colesterol LDL se encuentra controlado. En ambos casos, una intervención terapéutica adicional con ezetimiba o con fenofibrato, respectivamente, permite reducir los episodios adicionales. *No tener en consideración tales elementos para tratarlos solo contribuye a su tradicional infradiagnóstico e infracontrol, y mantenimiento de un riesgo elevado de recurrencias.*
- En el momento actual, el margen para alcanzar los objetivos terapéuticos, incluso los más exigentes, es muy razonable porque disponemos de combinaciones potentes (la más potente es la de la estatina más potente a dosis máxima + ezetimiba), y eso permite reducciones adicionales (6-7% duplicar dosis de estatina, 10-15% cambiar a estatina más potente, 15-20% asociar ezetimiba). *Por tanto, no está justificado reducir la potencia hipocolesterolemia al no emplear los fármacos a nuestro alcance, y este es un riesgo propio de las recomendaciones para el empleo de genéricos o para el control de gasto (menor empleo de mayores dosis o de los fármacos o combinaciones más potentes).*
- La dislipidemia aterogénica no se puede ignorar y su manejo es muy distinto del simple tratamiento de una hipertrigliceridemia aislada con un fibrato (sirva como ejemplo el diabético en prevención primaria). *Aun siendo el estilo de vida el primer escalón terapéutico, la dislipidemia aterogénica requiere un abordaje farmacológico individualizado porque la estatina no elimina el riesgo dependiente de triglicéridos o de colesterol HDL bajo, y generalmente obliga a asociar a la estatina un fibrato (niacina no se encuentra disponible).*
- Dado que para un mismo nivel de riesgo el colesterol LDL puede ser muy distinto el riesgo cardiovascular, el cálculo del riesgo ha de realizarse siempre con el mismo instrumento (es equivoco emplear distintos instrumentos) y, a ser posible, adaptado a la población a la que se aplica. No obstante, el tratamiento para controlar el colesterol LDL no tiene que ser uniforme, sino orientado a alcanzar un nivel óptimo para el nivel de riesgo que se trate. *En la práctica, esto encierra señalar un objetivo a alcanzar acorde con el nivel de riesgo individual, sin que se pueda sustituir un objetivo de colesterol LDL como control por la consecución de un porcentaje (teórico) de reducción*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2839526>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2839526>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)