

Situación de la dislipemia en España

Las guías estadounidenses de dislipemia. Fortalezas y debilidades

Juan Pedro-Botet *, Juan J. Chillarón, David Benaiges y Juana A. Flores Le-Roux

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Palabras clave:
Colesterol
Enfermedad cardiovascular
Estatinas
Guías clínicas
Riesgo cardiovascular

Keywords:
Cholesterol
Cardiovascular disease
Statins
Clinical guidelines
Cardiovascular risk

RESUMEN

El *American College of Cardiology* y la *American Heart Association* han formulado nuevas guías sobre cifras de colesterol y riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica que aportan un cambio en el paradigma del tratamiento de la hipercolesterolemia, al abandonar el objetivo terapéutico en colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y centrarse en los beneficios clínicos de las estatinas. Se exponen los aspectos fundamentales de esta guía y se destacan los puntos fuertes y los que se podría mejorar.

United States Guidelines on Dyslipidemia. Strengths and Weaknesses

ABSTRACT

The American College of Cardiology and the American Heart Association have produced new guidelines on cholesterol levels and the risk of atherosclerotic cardiovascular disease that represent a paradigm shift in the treatment of hypercholesterolemia because they abandon the use of the low-density lipoprotein cholesterol level as the therapeutic target and focus instead on the clinical benefits of statins. This article presents the key features of these guidelines and highlights both their strengths and areas open to improvement.

INTRODUCCIÓN

El *American College of Cardiology* (ACC) y la *American Heart Association* (AHA), en colaboración con el *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), han publicado recientemente las tan esperadas guías 2013 del tratamiento del colesterol (de la hipercolesterolemia) para reducir el riesgo cardiovascular¹. El proceso se inició en 2008, cuando un grupo de expertos convocado por el NHLBI desarrolló unas preguntas clínicas consideradas fundamentales, interpretó la evidencia científica disponible y desarrolló unas recomendaciones sobre la base de dichas pruebas. En respuesta a un informe del *Institute of Medicine* de 2011², el consejo asesor del NHLBI recomendó generar una evidencia de alta calidad y asociarse con otros organismos profesionales para el desarrollo de las guías de práctica clínica³. El documento final da respuesta a las cuestiones específicas que el panel de expertos consideró más relevantes, y no debe entenderse como una revisión exhaustiva del diagnóstico, tratamiento y control de las dislipemias. Por lo tanto, difiere de las recomendaciones previas del *National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATPIII)⁴, que abarcaban el diagnóstico, manejo y tratamiento del perfil lipídico. En definitiva, las actuales guías de la ACC/AHA responden con mayor detalle a las tres siguientes preguntas clínicas formuladas por el panel de expertos:

1. ¿Qué evidencia hay para los objetivos terapéuticos del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y el colesterol unido a lipoproteínas no de alta densidad (cNo-HDL) en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA)?

2. ¿Qué evidencia hay para los objetivos terapéuticos de cLDL y cNo-HDL en la prevención primaria de la ECVA?

3. Para la prevención primaria y secundaria, ¿qué impacto en las concentraciones de lípidos, eficacia y seguridad tienen los fármacos hipolipemiantes utilizados para el tratamiento de los lípidos en general y de subgrupos seleccionados?

Por otra parte, la mayoría de las guías de práctica clínica enfatizan el uso de las estatinas como fármaco de primera línea debido a que los otros agentes hipolipemiantes no han mejorado los resultados cardiovasculares conseguidos con las estatinas en monoterapia. Estas guías, por lo tanto, se alejan del enfoque centrado en la consecución del objetivo terapéutico de colesterol hacia un enfoque basado en la dosis y el tipo de estatina.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Estas guías, diseñadas para aplicarlas a adultos mayores de 21 años, identifican cuatro grupos prioritarios de pacientes que pueden obtener el mayor beneficio de la terapia con estatinas (tabla 1):

1. Los pacientes con ECVA clínicamente establecida, incluidos la enfermedad cardíaca coronaria (ECC), el ictus isquémico y la enfermedad arterial periférica de origen aterosclerótico. Estos pacientes deben recibir tratamiento con estatinas de alta intensidad o de inten-

*Autor para correspondencia: Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Pg. Marítim 25-29, 08003 Barcelona, España.
Correo electrónico: 86620@parcdesalutmar.cat (J. Pedro-Botet).

Abreviaturas

ACC: American College of Cardiology
 AHA: American Heart Association
 cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad
 ECC: enfermedad cardiaca coronaria
 ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica
 NCEP-ATPIII: National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III
 NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute

Tabla 1

Pacientes que se benefician del tratamiento con estatinas

Pacientes	Subgrupo	Estatina
Enfermedad cardiovascular	≤ 75 años	Alta potencia
	> 75 años	Moderada potencia
cLDL ≥ 190 mg/dl		Alta potencia
40-75 años DM1 o DM2	RCV ≥ 7,5%	Alta potencia
	RCV < 7,5%	Moderada potencia
40-75 años y RCV ≥ 7,5%		Moderada/alta potencia

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus; RCV: riesgo cardiovascular.

Enfermedad moderada en el caso de los mayores de 75 años o los que no toleran el tratamiento con estatinas de alta intensidad.

2. Los individuos con elevación de cLDL ≥ 190 mg/dl, que probablemente están afectados de hipercolesterolemia familiar. Estos pacientes deben recibir tratamiento con estatinas de alta intensidad.

3. Las personas de 40 a 75 años de edad con diabetes mellitus (tipo 1 o 2) y concentraciones de cLDL entre 70 y 189 mg/dl. Estos pacientes deben recibir tratamiento con estatinas de intensidad moderada o de alta intensidad si su riesgo cardiovascular a 10 años es ≥ 7,5%.

4. Las personas sin diabetes mellitus o ECVA, de 40 a 75 años de edad con un riesgo cardiovascular estimado a 10 años ≥ 7,5%. Estos pacientes deben recibir terapia con estatinas de moderada/alta intensidad.

La guía también identifica varios grupos de pacientes con cLDL < 190 mg/dl, en los que la presencia de factores adicionales, entre los que cabe citar posibles interacciones fármaco-fármaco, las preferencias del paciente y la presencia o antecedentes de efectos adversos de las estatinas, puede modular la toma de decisiones clínicas. Aquí se incluye a los pacientes con cLDL ≥ 160 mg/dl o con dislipemias genéticas diferentes de la hipercolesterolemia familiar, antecedentes familiares de ECVA prematura (inicio a edad < 55 años en un familiar de primer grado varón o < 65 años en una familiar de primer grado), proteína C reactiva ultrasensible > 2 mg/l, una puntuación de calcio coronario ≥ 300 UA o percentil ≥ 75 según edad, sexo y origen étnico, un índice tobillo-brazo < 0,9 o elevado riesgo cardiovascular a lo largo de la vida.

En conclusión, esta guía tiene como objetivo simplificar el control de la colesterolemia identificando subgrupos específicos de pacientes que se beneficiarían de la terapia con estatinas (ECVA, cLDL ≥ 190 mg/dl o antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 o 2), y recomienda para el resto de la población la estimación del riesgo cardiovascular mediante una nueva calculadora, como se comenta más adelante.

PUNTOS FUERTES

Prioridad a la terapia con estatinas

Durante la década transcurrida desde la publicación del NCEP-ATPIII⁴, se ha ampliado aún más la extraordinaria cantidad de infor-

mación científica que avala la eficacia clínica de las estatinas^{5,6}, y es el grupo farmacológico mejor validado para reducir la morbimortalidad cardiovascular, con un excelente perfil de seguridad^{1,7}. Además, la guía ACC/AHA aporta una clasificación de diferentes estatinas y dosis en función de su potencia (tabla 2), lo que facilita la elección del tipo de estatina y su posología. Es presumible que la priorización de las estatinas comporte una infrutilización de los otros hipolipemiantes, especialmente para pacientes en tratamiento que aún no han alcanzado la dosis máxima tolerada de estatina.

Dado que el documento de la ACC/AHA es estatinocéntrico, efectúa amplias recomendaciones generales de uso, abordando de manera exhaustiva el perfil de seguridad y proporcionando información práctica sobre la aparición de los efectos secundarios.

Tabla 2

Clasificación del tipo y dosis de estatinas según su potencia en la reducción del cLDL

Alta potencia, ↓↓↓ cLDL ≥ 50%	Moderada potencia, ↓↓ cLDL 30- < 50%	Baja potencia, ↓ cLDL < 30%
Atorvastatina 40-80 mg	Atorvastatina 10-20* mg	Simvastatina 10 mg*
Rosuvastatina 20-40* mg	Rosuvastatina 5*-10 mg	Pravastatina 10-20 mg
	Simvastatina 20-40 mg	Lovastatina 20 mg
	Pravastatina 40-80* mg	Fluvastatina 20-40 mg*
	Lovastatina 40 mg	Pitavastatina 1 mg*
	Fluvastatina XL 80 mg*	
	Fluvastatina 40 mg (x2)	
	Pitavastatina 2-4 mg*	

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

*Sin evidencia clínica en estudios clínicos aleatorizados.

Enfermedad cardiovascular aterosclerótica ampliada

La enfermedad cerebrovascular isquémica y la ECC comparten factores de riesgo y el proceso aterosclerótico subyacente. Ha quedado ampliamente demostrado que las intervenciones hipolipemiantes reducen los episodios clínicos relacionados con ECVA, no solo la cardiopatía isquémica. Por lo tanto, el abordaje de este concepto más amplio, la enfermedad aterosclerótica, está justificado y es más eficiente. A pesar de las complejidades inherentes a este paradigma, ampliar el marco de la ECC a la ECVA es un cambio importante y bienvenido⁸.

Énfasis en el riesgo cardiovascular absoluto

La ACC/AHA subraya el cálculo del riesgo absoluto en la asignación del tratamiento farmacológico y recomienda la terapia con estatinas de alta/moderada intensidad para los grupos con alto riesgo absoluto, incluidos los pacientes con ECVA, los de 40-75 años con diabetes mellitus y aquellos con cLDL ≥ 190 mg/dl. La guía prioriza estos tres grupos sobre la base de la evidencia de los ensayos clínicos controlados.

Para pacientes de 40-75 años no incluidos en ninguno de estos grupos que presentan concentración de cLDL entre 70 y 189 mg/dl, se recomienda el cálculo de riesgo cardiovascular a 10 años sobre la base de los factores de riesgo tradicionales utilizando las nuevas tablas basadas en el *Pooled Cohort Equations*⁹ y desarrolladas por el grupo *Risk Assessment Work* con datos de estudios previos. Las tablas de riesgo cardiovascular de la ACC/AHA¹ difieren de las del NCEP-ATPIII⁴ en varios aspectos. En primer lugar, la calculadora de riesgo es específica para sexo y etnia, a diferencia de la anterior. Más importante es el hecho de que los estimados incluyen resultados de la enfermedad cardiovascular global (infarto de miocardio no fatal, muerte coronaria y accidente cerebrovascular mortal y no mortal), mientras que la calculadora de riesgo del NCEP-ATPIII estima solo muerte coronaria e

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019342>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019342>

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