

Aplicación práctica de las nuevas guías europeas sobre dislipemia desde el punto de vista del cardiólogo

Conclusiones

Concluding Remarks

Eduardo Alegría Ezquerro^{a,*} y José Ramón González-Juanatey^b^aServicio de Cardiología, Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián, Guipúzcoa, España^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

En el presente número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA SUPLEMENTOS, se ha reunido una colección de artículos relacionados con la implementación práctica de las «Guías para el manejo de las dislipemias», publicadas por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la *European Atherosclerosis Society* (EAS) en 2011¹. Esta publicación y los comentarios a la edición española^{2,3} se utilizaron como material teórico para llevar a cabo una serie de reuniones de debate organizadas por toda España, cuyas conclusiones principales se ofrecen al final de este artículo de resumen, después de los comentarios y conclusiones pertinentes de cada uno de los artículos que componen el número.

Respecto a la situación actual del tratamiento de las dislipemias en España, cabe concluir que la prevalencia de hipercolesterolemia en la población general española es alta, aunque los estudios disponibles son heterogéneos y han incluido a poblaciones muy diversas. Se constata un incremento importante de las intervenciones terapéuticas para controlar las dislipemias, sobre todo en la prescripción de estatinas. Sin embargo, sigue habiendo un amplio margen para mejorar sustancialmente la consecución de los objetivos señalados por las guías, tanto en la prevención primaria como en la secundaria; en especial en esta, en la que los objetivos son más estrictos y el control, por lo tanto, más difícil. Parece que el esfuerzo merece la pena, pues algunos datos indirectos señalan que el tratamiento de las dislipemias (con estatinas en particular) ha influido positivamente en la mortalidad cardiovascular (CV) en los últimos dos decenios.

Se da la máxima relevancia en las guías comentadas al cálculo del riesgo CV total individual como base de las decisiones de iniciar o no tratamiento preventivo, su índole y su intensidad. El baremo aconsejado es el SCORE, que últimamente se ha perfeccionado con la inclusión del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL)^{4,5}. La estratificación del riesgo se utiliza únicamente en los sujetos asintomáticos y se consideran las categorías de riesgo muy alto, alto, intermedio o bajo según el riesgo de fallecer por una causa CV en los siguientes 10 años, calculado con el citado baremo, sea, respectivamente, > 10%, 5-10%, 1-5% o < 1%. Son numerosos los profesionales que echan en falta la inclusión de marcadores o factores de riesgo complementarios (otros parámetros lipídicos y analíticos, técnicas de imagen como la ecografía carotídea, el calcio coronario o el índice tobillo/brazo), que juzgan útiles para refinar la predicción del riesgo de los sujetos incluidos en la categoría intermedia.

Una novedad importante de las guías comentadas es la definición rotunda de las dianas terapéuticas que conseguir en los estratos de

riesgo muy alto, alto e intermedio, en lo que se refiere al parámetro juzgado como objetivo primordial, que no es otro que el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). En concreto, para los pacientes de riesgo muy alto, el objetivo terapéutico es < 70 mg/dl y para los de riesgo alto, < 100 mg/dl. Aunque se menciona la utilidad secundaria del colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad (no-HDL) o de la apolipoproteína B, no se les otorga la consideración de objetivos terapéuticos principales por no disponerse de ensayos clínicos específicamente diseñados con este fin. Igual consideración de objetivos secundarios tienen los triglicéridos y el cHDL.

En consonancia con la consideración de objetivo primordial de la reducción intensiva de los valores de cLDL, se otorga al tratamiento con estatinas potentes y a dosis altas la categoría de tratamiento preventivo de primer orden para cualquier dislipemia en pacientes con antecedentes CV o de riesgo muy alto o alto. Se dan indicaciones prácticas sobre cómo iniciar y titular las dosis de estatinas, y se recomiendan en especial las que consiguen reducciones porcentuales más intensas del cLDL (en especial rosuvastatina y, en menor grado, atorvastatina). También se detalla la actuación ante los efectos adversos hepáticos y musculares, poco frecuentes. Es de gran utilidad la tabla sobre la secuencia de aplicación de tratamiento con estatinas (pág. 23), al igual que la del material suplementario de la publicación original¹ para decidir la estatina más adecuada y su dosis en función de la cifra de cLDL de inicio y el porcentaje de reducción requerido para alcanzar los objetivos (tablas 1 y 2).

Se hace mención igualmente de las diversas familias farmacológicas que contribuyen a conseguir los objetivos previstos de cLDL, así como de otros fármacos utilizados para los objetivos secundarios de aumentar el cHDL o reducir los triglicéridos. Las indicaciones de estos tratamientos hipolipemiantes combinados se circunscriben a casos especiales en los subgrupos de riesgo más alto.

Finalmente, se detallan las recomendaciones de tratamiento en diferentes situaciones en las que la dislipemia forma parte de un síndrome o enfermedad o en colectivos particulares. Las enfermedades asociadas son habituales en los pacientes con dislipemia y viceversa; esta interrelación en ocasiones modifica la índole y la intensidad del tratamiento hipolipemiente. Es deseable que todos los profesionales involucrados conozcan las indicaciones del tratamiento y sus objetivos en los diferentes escenarios. Una conclusión importante es que no se debe aplicar a los ancianos y a las mujeres protocolos de tratamiento hipolipemiente diferentes. En cuanto a la insuficiencia renal,

*Autor para correspondencia: Policlínica Gipuzkoa, P.º de Miramón 174, 20014 San Sebastián, Guipúzcoa, España.

Correo electrónico: ealegría.med@policlinicagipuzkoa.com (E. Alegría Ezquerro).

Tabla 1
Tratamiento para objetivos del cLDL¹

cLDL inicial (mg/dl)	Reducción necesaria objetivo de cLDL (mg/dl)		
	~70	~ 100	~ 115
> 240	> 70	> 60	> 55
200-240	65-70	50-60	40-55
170-200	60-65	40-50	30-45
150-170	55-60	35-40	25-30
130-150	45-55	25-35	10-25
110-130	35-45	10-25	< 10
90-110	22-35	< 10	—
70-90	< 22	—	—

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

se detallan los ajustes de dosis que algunas estatinas precisan. Notable atención se dedica a la diabetes mellitus, algo lógico dado que se la considera en el grupo de riesgo muy alto. Las directrices aplicables al síndrome metabólico son equiparables. En cuanto a los síndromes coronarios agudos, se resalta la importancia de utilizar desde el principio estatinas a dosis altas con independencia de los valores de cLDL de partida. El documento también se hace eco de la polémica sobre la utilidad del tratamiento en la insuficiencia cardíaca no isquémica. Otras situaciones como el trasplante cardíaco, las enfermedades autoinmunitarias o algunas infecciosas, como el síndrome de inmunodeficiencia humana, también disponen de protocolos especiales. Es importante también conocer los aspectos más relevantes de las dislipemias familiares más comunes, por el elevado riesgo CV que suponen y porque su tratamiento precoz y enérgico consigue retrasar o prevenir la aparición de enfermedades CV.

Los debates antes aludidos tuvieron como punto de partida algunas cuestiones polémicas relacionadas con la directriz europea. En concreto, en el tema de la cuantificación del riesgo, se debatieron dos cuestiones. La primera se refería a si una puntuación SCORE > 10 en realidad es equivalente a cualquier enfermedad CV. Aunque los pacientes con antecedentes de enfermedad CV clínicamente manifiesta están en la situación de máximo riesgo, es igualmente cierto que la agregación de factores de riesgo en cuantía suficiente para arrojar un cálculo en el baremo SCORE > 10 se debería tratar (en lo que a los lípidos se refiere) con el mismo grado de intensidad para evitar complicaciones CV ulteriores. La única excepción sería la edad avanzada, pues este factor pesa mucho en el baremo citado, y en ocasiones incrementa el riesgo sin que en realidad el resto de los factores que lo componen sean muy patológicos. Una segunda cuestión rela-

cionada con la anterior es si se debería incluir en el grupo de muy alto riesgo la insuficiencia renal ligera. La mayoría de los asistentes a los talleres eran renuentes a aceptar la inclusión en este grupo de personas con tasas de filtrado glomerular muy ligeramente por debajo de los 60 ml/min/m², señalados en las guías como límite para tal consideración. Algunas opiniones apuntaban a la conveniencia de poner una nota de precaución matizando este aspecto con la edad, mientras otros insistían en que la disfunción renal ligera se debe considerar una enfermedad CV en sí misma, a la que se debería aplicar los tratamientos hipolipemiantes con la misma intensidad que en los que han padecido ya una complicación clínica.

En cuanto a los objetivos terapéuticos, se debatió ampliamente si debería considerar objetivos de primer nivel también el cHDL y los triglicéridos, pero casi unánimemente se llegó a la conclusión de que el cLDL debe seguir siendo el objetivo primordial. Igualmente se consideró justificable que todos los pacientes de riesgo muy alto compartan el mismo objetivo de cLDLc, puesto que las potentes estatinas modernas (rosuvastatina) permiten alcanzarlos en un porcentaje apreciable de los casos.

En relación con las estatinas, la gran mayoría de los asistentes concordaban en que el poder reductor del cLDL es el factor prioritario en la selección de la estatina y dejaban en un segundo plano de escasa relevancia clínica otras posibles acciones (antiinflamatoria, antitrombótica) de este grupo de fármacos. También se discutieron posibles diferencias entre las diversas estatinas, tanto farmacocinéticas (que indudablemente existen, pero tienen relativamente poca trascendencia clínica a la hora de indicarlas) como farmacodinámicas. En este sentido se insistió en que la propiedad más importante de dichos fármacos no es la potencia farmacológica (miligramos de la sustancia que consiguen un efecto), sino la potencia real (porcentaje de reducción del cLDL respecto los diferentes miembros de esta familia de fármacos). Es indudable que la rosuvastatina se encuentra a la cabeza en esta gradación y que cuando se precisan reducciones de las cifras de partida de cLDL > 50% sería la única que podría conseguirlo (tabla 2). En este sentido, en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular, en los que el control del cLDL es más estricto y más difícil de conseguir, debería ser aconsejable el uso de la estatina más eficaz desde un primer momento, para conseguir las cifras de control recomendadas por la guía de la forma más eficiente y rápida posible.

Finalmente, entre las carencias identificadas en el tratamiento de las dislipemias, se dio menos importancia a la prescripción de estatinas y otros fármacos que al control efectivo de las cifras, lo que supone alcanzar de manera rápida, consistente y permanente las dianas fijadas por las directrices.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Tabla 2
Eficacia reductora del cLDL de las diferentes dosis de las diversas estatinas

Estatina (mg/día)							Reducción cLDL (%)
Rosuvastatina	Atorvastatina	Simvastatina	Pitavastatina	Lovastatina	Pravastatina	Fluvastatina	
—	—	10	1	20	20	40	30
—	10	20	2	40	40	80	38
5	20	40	4	80	80	—	41
10	40	—	—	—	—	—	47
20	80	—	—	—	—	—	55
40	—	—	—	—	—	—	63

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen M-R, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011;32:1769-818.
2. Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen M-R, Wiklund O, et al. Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:1168.e1-e60.
3. Anguita M, Alegría E, Barrios V, Casasnovas JA, Escobar C, León M, et al. Comentarios a las guías de práctica clínica sobre manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis 2011. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:1090-5.
4. Cooney MT, Dudina A, De Bacquer D, Fitzgerald A, Conroy R, Sans S, et al; SCORE Investigators. How much does HDL cholesterol add to risk estimation? A report from the SCORE Investigators. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16:304-14.
5. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:476-85.