

50 años de avances en cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia: la revolución continúa

Medicina traslacional, tratamiento de las dislipemias y prevención secundaria: conclusiones

Translational Medicine, Treatment of Dyslipidaemia, and Secondary Prevention. Conclusions

Manuel Anguita Sánchez*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

En este Suplemento se revisan los conceptos de medicina traslacional, tratamiento de las dislipemias y prevención secundaria aplicados al campo de las enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte en los países occidentales, y en concreto, al de la enfermedad coronaria aterosclerótica. A lo largo de los brillantes artículos redactados por los autores, grandes expertos en esta materia, se vislumbra la historia de un éxito, pero también se ponen de manifiesto las carencias y los problemas pendientes de solución. La historia de la cardiopatía isquémica en los últimos 30 o 40 años es una sucesión de grandes avances, tanto desde el punto de vista organizativo (introducción de las unidades coronarias, redes para la atención al infarto de miocardio y el *shock* cardiogénico, código infarto, etc.) como en su tratamiento (antiagregantes y anticoagulantes, fibrinólisis, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, técnicas de revascularización coronaria, percutáneas o quirúrgicas...), lo que ha llevado a una reducción muy significativa de la mortalidad y, por ende, a una notable mejora del pronóstico. Los pacientes con un síndrome coronario agudo tienen actualmente una mortalidad muy baja y, tanto o más importante, suelen quedar con una función ventricular bastante normal, lo que disminuye el riesgo de que en el futuro sufran complicaciones tan graves como la insuficiencia cardíaca o las arritmias ventriculares graves.

Sin embargo, el riesgo de progresión de la aterosclerosis coronaria, con la aparición de nuevos infartos de miocardio o de problemas en otros niveles (ictus, etc.), sigue presente, y evitarlo es uno de los grandes retos actuales de la medicina cardiovascular. Para ello, es fundamental el control de los factores de riesgo clásicos, como el tabaquismo, la hipertensión arterial y la hiperlipemia. Posiblemente, tras la abstención del tabaco, el control de la hiperlipemia sea la piedra angular de la prevención cardiovascular. Como se pone de manifiesto en este Suplemento, además de los cambios en los hábitos de vida (dieta saludable, ejercicio físico y demás), se dispone de fármacos muy útiles para reducir la concentración de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), lo que, además, se ha demostrado que mejora el pronóstico de los pacientes con enfermedad coronaria, disminuye su mortalidad y reduce la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares. Numerosos estudios tanto en prevención primaria como en secundaria, que comenzaron a publicarse hace ya más de 20 años, han demostrado la efectividad de las estatinas en este sentido. El uso de estatinas cada vez más potentes y prescritas a dosis más altas ha llevado a la demostración concluyente de la «teoría lipídica» y el concepto de «cuanto más bajo el cLDL, mejor», como bien se pone de manifiesto en los artículos de este Suplemento. De hecho, las más

recientes guías de práctica clínica sobre prevención cardiovascular y sobre el tratamiento de las hiperlipemias, sobre todo las de la Sociedad Europea de Cardiología, reflejan esta evidencia y recomiendan en prevención secundaria alcanzar cifras de cLDL < 70 mg/dl, que en un futuro próximo posiblemente incluso se reduzcan a cifras en torno a 50 mg/dl tras los estudios en que se combinan estatinas con otros fármacos hipolipemiantes (ezetimiba e inhibidores de la PCSK9), que han demostrado una mayor reducción de morbimortalidad incluso con esas cifras de cLDL tan bajas. Los recientes datos del estudio FOURIER, con evolocumab, confirman la hipótesis del «cuanto más bajo, mejor», aunque habrá que valorar por una parte la relación coste-efectividad de estos nuevos tratamientos y, por otra, la seguridad a largo plazo de tener concentraciones tan bajas de cLDL, en torno a 20-30 mg/dl. En todo caso, con los datos disponibles hasta la fecha, con un seguimiento en torno a 3 años, no parece que haya problemas en este sentido. Además, en el estudio GLAGOV, que evaluó a pacientes incluidos en el estudio FOURIER, esa reducción de cLDL tan importante dio lugar a un efecto favorable en la regresión de la placa de ateroma, el mecanismo íntimo de progresión de la enfermedad aterosclerótica.

Parece, pues, que deberíamos estar asistiendo al control casi total de la enfermedad coronaria aterosclerótica. Sin embargo, desgraciadamente, bien sabemos que no es así. Es cierto que se ha avanzado mucho en el campo de la prevención cardiovascular y el control lipídico, pero aún quedan importantes lagunas, algunas derivadas del desconocimiento de mecanismos básicos de progresión de la aterosclerosis y de otros factores involucrados que condicionan un riesgo residual pese a tener bien controlados todos los factores de riesgo clásicos. Por otro lado, no en todos los pacientes se consigue reducir el cLDL a pesar del uso adecuado de estatinas potentes y a dosis elevadas, pues hay una variabilidad individual de la respuesta y, sobre todo, en los casos en que el cLDL basal es muy alto (como ocurre en algunas hiperlipemias de base genética). Además, un porcentaje no despreciable de los pacientes no toleran las estatinas. En estos casos, el uso de otros fármacos, como la ezetimiba (aunque su efecto hipolipemiante no sea demasiado potente) y sobre todo los nuevos inhibidores de la PCSK9 u otros fármacos que ya se vislumbran en el horizonte, puede ayudar a conseguir los objetivos de control lipídico.

Pero, y aquí retomamos el concepto de medicina traslacional, hay otros muchos factores no dependientes de la eficacia de los fármacos, sino de su adecuado uso y de que médicos y pacientes sigan las recomendaciones disponibles basadas en la evidencia, que tienen un impacto tanto o más importante en la falta de control de los valores lipídicos de muchos enfermos, como se pone claramente de manifiesto en el presente Suplemento. Se podría resumir con un «sabemos lo que tenemos que hacer, pero no lo hacemos». Tenemos medios para conseguir un control de lípidos adecuado, acorde con lo recomendado

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Av. Menéndez Pidal s/n, 14004 Córdoba, España.

Correo electrónico: m.anguita.sanchez@hotmail.com (M. Anguita Sánchez).

en las guías; pero en una proporción muy importante de los pacientes no se consigue, lo cual se debe a factores relacionados con los enfermos y sus familias, con los médicos y con la administración sanitaria. Y este es el gran reto al que nos enfrentamos actualmente en este terreno. Necesitamos fármacos más eficaces, seguros y potentes, como los nuevos inhibidores de la PCSK9, pero también nuevas formas de gestión y organización sanitaria que ayuden a romper las barreras que entre todos (incluidos, y vuelvo a repetir, enfermos, médicos y administración) levantamos e impiden que lleguen a los pacientes los beneficios de tratamientos tan seguros y efectivos.

FINANCIACIÓN

Esta publicación ha sido financiada por Amgen. Las conclusiones, interpretaciones y opiniones expresadas en ella corresponden exclusivamente a sus autores. Amgen declina cualquier responsabilidad sobre el contenido de la misma.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.