

## El documento Colesterol 2000: ¿útil para el enfermo renal?

**Sr. Editor:**

Frente a la epidemia de enfermedad cardiovascular en España, con la morbimortalidad que ésta conlleva, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, la sección de Cardiología Preventiva y Rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología, y la Sociedad Española de Arteriosclerosis, con la colaboración de múltiples sociedades científicas, han elaborado el documento Colesterol 2000, que ha sido publicado recientemente<sup>1</sup>. Hemos leído con interés dicho documento y, aunque creemos que de manera global su aportación es positiva, consideramos que no recoge adecuadamente algunas evidencias que relacionan el riñón y la enfermedad cardiovascular y que exponemos a continuación.

Los pacientes con enfermedad renal presentan una mayor prevalencia de hiperlipidemia que la población general, sobre todo aquellos con síndrome nefrótico, en diálisis peritoneal o receptores de trasplante renal<sup>2</sup>. La microalbuminuria, la proteinuria y el aumento de creatinina han demostrado ser factores predictivos, no sólo de progresión de la enfermedad renal, sino también de episodios cardiovasculares<sup>3-5</sup>.

El número de ingresos por enfermedad cardiovascular en los pacientes con insuficiencia renal crónica es superior al de la población general<sup>6</sup>. Cuando estos enfermos llegan a la insuficiencia renal terminal tienen una gran prevalencia de enfermedad cardiovascular, en un 75% se objetiva hipertrofia ventricular izquierda y en un 40% enfermedad coronaria, procesos que se han instaurado a lo largo de la enfermedad renal<sup>6,7</sup>.

En los pacientes hemodializados la muerte por enfermedad cardiovascular es más frecuente que en la población general y el riesgo de episodios de enfermedad coronaria es igual al de los pacientes con historia previa de enfermedad coronaria<sup>4</sup>.

En los últimos años, la nefroangiosclerosis, la enfermedad vasculorrenal ateromatosa y la enfermedad vasculorrenal ateroembólica se engloban en el capítulo de enfermedad vascular renal, y todas ellas son la manifestación de la disfunción endotelial en el riñón<sup>8</sup>.

Al reconocer las evidencias expuestas hasta aquí, expertos en nefrología propugnan la necesidad de tratar las alteraciones lipídicas en los pacientes con nefropatía al mismo nivel que el recomendado para la prevención secundaria en la cardiopatía isquémica<sup>6</sup>. Por tanto, los pacientes con nefropatía deberían ser incluidos en el grupo de mayor riesgo cardiovascular, y el objetivo de valores de colesterol total y colesterol LDL tendría que ser idéntico al propuesto en pacientes que ya han presentado acontecimientos coronarios.

Creemos que el documento debería incorporar este consenso y, en el capítulo de prevención secundaria, cuando se menciona «la otra enfermedad aterosclerótica», debería in-

cluirse la enfermedad vascular renal, tanto la nefroangiosclerosis como la enfermedad ateromatosa de la arteria renal.

Por otro lado, el documento recomienda, en prevención secundaria, que si la presión arterial es superior o igual a 140/90 mmHg se deben iniciar medidas higienicodietéticas, cuando la OMS y el VI JNC indican en estos casos iniciar tratamiento médico<sup>4,9</sup>.

Concluimos que, considerando los datos ya existentes en la bibliografía médica, el documento no recoge suficientemente las singularidades de ciertos grupos poblacionales con alta prevalencia de enfermedad cardiovascular, como es el caso del enfermo renal.

Por último, creemos que hubiera sido interesante que otras sociedades científicas, con afección de órgano diana, hubieran colaborado de manera más activa en la elaboración de este importante documento de consenso y será necesario que aparezcan nuevas guías o que las ya existentes incluyan propuestas específicas y concretas para poblaciones singulares, como la de los pacientes con nefropatía.

M. Lurdes Comas Mongay, Eugenia Castellote Alonso, Joan Feixas Roma y Manel Pladevall Vila<sup>a</sup>

Unidad de Nefrología. <sup>a</sup>Unidad de Hipertensión. Hospital General de Vic.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza I, Villar A, Mata P, Pérez F, Máiquez A, Casasnovas JA et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
2. Jungers P, Massy ZA, Khoa TN, Fumeron C, Labrunie M, Lacour B et al. Incidence and risk factors of atherosclerotic cardiovascular accidents in predialysis chronic renal failure patients: a prospective study. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 2597-2602.
3. Shulman NB, Ford CE, Hall WD et al. Prognostic value of serum creatinine and effect of treatment of hypertension on renal function. Results from the hypertension detection and follow-up program. The Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. *Hypertension* 1989; 13 (Supl): 80-93.
4. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999; 17: 151-183.
5. Calvino J, Calvo C, Romero R, Gude F, Sánchez-Guisande D. Atherosclerosis profile and microalbuminuria in essential hypertension. *Am J Kidney Dis* 1999; 34: 996-1001.
6. Levey AS, Betó JA, Coronado BE, Eknoyan G, Foley RN, Kasiske BL. Controlling the epidemic of cardiovascular disease in chronic renal disease: what do we know? What do we need to learn? Where do we go from here? National Kidney Foundation Task Force on Cardiovascular Disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 853-906.
7. Foley RN, Parfrey PS, Harnett JD, Kent GM, Martin CJ, Murray DC et al. Clinical and echocardiographic disease in patients starting end-stage renal disease therapy. *Kidney Int* 1995; 47: 186-192.
8. Gómez FJ, Luño J. Enfermedad vascular renal mejor que hipertensión como causa de insuficiencia renal terminal. *Nefrología* 1999; 19: 395-397.
9. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.

## Respuesta

### Sr. Editor:

La carta de la Dra. Comas et al "El documento del Colesterol 2000: ¿útil para el enfermo renal?", expone que, aunque el documento<sup>1</sup> es globalmente positivo, no recoge algunas evidencias que relacionan el riñón con la enfermedad cardiovascular<sup>2</sup>.

Como coordinador del mismo agradezco la valoración positiva del mismo. Dicho documento<sup>1</sup> se centra en el tratamiento del enfermo dislipémico, aunque con una visión global de la prevención cardiovascular. Por ello se mencionan 2 métodos de valoración del riesgo individual de enfermedad cardiovascular, como son el método cualitativo basado en la presencia de factores de riesgo clásicos, o el método cuantitativo valorado con las tablas obtenidas del estudio Framingham.

Dependiendo del riesgo individual se gradúa la intervención sobre el colesterol. En la personas de muy alto riesgo, que son las que padecen enfermedad vascular arteriosclerótica de cualquier localización, el manejo de enfermo es muy exigente, con tratamiento desde el inicio de los síntomas clínicos de la enfermedad y con objetivos de tratamiento de cLDL < 100 mg/dl y un objetivo de cHDL > 35 mg/dl. En el grupo de alto riesgo, que dicho documento establece por el método cualitativo como aquellos pacientes que tienen dos o más factores de riesgo, y por el método cuantitativo con un riesgo superior al 20% en los 10 años siguientes, el objetivo de tratamiento es un cLDL < 130 mg/dl.

Dentro de la miscelánea de enfermedades que mencionan la Dra. Comas et al se incluyen enfermos cuya semiología renal, como proteinuria, microalbuminuria, aumento de creatinina, etc., es causada por enfermedad vascular arteriosclerótica de localización renal y estos pacientes, como el resto con enfermedades cardiovasculares de origen arteriosclerótico, están recogidos en el documento en el apartado de prevención secundaria.

En pacientes trasplantados de corazón, trabajos recientes con estatinas demuestran una reducción de la arteriosclerosis coronaria y de la mortalidad por cardiopatía isquémica, lo que apoya el papel etiológico de la dislipemia y la necesidad de controlarla. En estos estudios, el nivel medio de cLDL ha sido de  $115 \pm 14$  mg/dl en el trabajo de Wenke et al, que han empleado simvastatina<sup>3</sup>, y de  $116 \pm 32$  mg/dl en el de Kobashigawa et al, que han utilizado pravastatina<sup>4</sup>.

Los pacientes trasplantados estarían incluidos en el apartado de prevención primaria, grupo de alto riesgo del Documento del Colesterol Español, aunque no se encuentran mencionados de manera expresa porque habitualmente tienen dos o más factores de riesgo clásicos, o más del 20% de riesgo de sufrir un acontecimiento cardiovascular en los próximos 10 años, según las tablas. En este grupo de alto riesgo, el objetivo es un valor de cLDL < 130 mg/dl, que es la

concentración media conseguida por los estudios anteriores.

Hay otras enfermedades renales que causan dislipemias, de forma secundaria, como el síndrome nefrótico. Cuando este síndrome se resuelve de manera satisfactoria se corrige la dislipemia. En los casos en que esto no ocurre, el tratamiento de la dislipemia debe ser realizado con criterios de valoración del riesgo individual incluidos en el documento en el apartado de prevención primaria.

Por último, añadiríamos una cuestión de suma importancia que Comas et al no mencionan en su carta. Durante muchos años, el tratamiento con hipolipemiantes, en especial estatinas, ha estado contraindicado, o se ha dudado de su seguridad, en pacientes trasplantados por el riesgo aumentado de rabdomiólisis y problemas hepáticos que presentan estos enfermos al asociar dichos fármacos con la ciclosporina. En nuestra experiencia, después de tratar durante la última década a todos los pacientes trasplantados de riñón en el hospital La Paz de Madrid, y empleando de forma progresiva los hipolipemiantes, no se producen problemas significativos en la mayoría de los enfermos. Pero también es cierto que, debido a la disfunción multisistémica que presentan muchos de estos pacientes, es difícil emplear dosis tan elevadas como en las dislipemias no asociadas a trasplante, con lo que en muchos casos no se puede reducir el cLDL más de lo que han conseguido los trabajos anteriores.

En resumen, creemos que el Documento del Colesterol, sin mencionar expresamente a los enfermos renales ni a los de otros órganos afectados por la enfermedad arteriosclerótica, ofrece unos métodos adecuados de valoración del riesgo individual para, según los mismos, establecer las indicaciones de control y tratamiento de las dislipemias en dichos pacientes. Lo difícil es cumplirlas.

Ignacio Plaza Pérez

Unidad de Cardiología Preventiva y Rehabilitación.  
Unidad Médico-Quirúrgica de Cardiología.  
Hospital La Paz. Madrid.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza Pérez I, Villar Álvarez F, Mata López P, Pérez Jiménez F, Maiquez Galán A, Casanovas Lenguas JA et al. Control de la Colesterolemia en España, 2000: Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 815-837.
2. Comas Mongay ML, Castellote Alonso E, Feixas Roma J, Pladevall Vila M. El documento del Colesterol 2000: ¿útil para el enfermo renal? *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 807.
3. Kobashigawa JA, Katznelson S, Laks H, Johnson JA, Yeatman L, Wang XM et al. Effect of pravastatin on outcomes after cardiac transplantation. *N Engl J Med* 1995; 333: 621-627.
4. Wenke K, Meiser B, Thiery J, Nagel D, Scheidt W, Steinbeck G et al. Simvastatin reduces graft vessel disease and mortality after heart transplantation. *Circulation* 1997; 96: 1398-1402.