

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmood M, Lip GYH. Nonvitamin K Oral Anticoagulants in Patients With Atrial Fibrillation and Severe Renal Dysfunction. *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:847-855.
2. Bonde AN, Lip GYH, Kamper AL, et al. Renal Function Time in Therapeutic Range and Outcomes in Warfarin-Treated Atrial Fibrillation Patients: A Retrospective Analysis of Nationwide Registries. *Thromb Haemost.* 2017;117:2291-2299.
3. Chao TF, Liu CJ, Wang KL, et al. Incidence and prediction of ischemic stroke among atrial fibrillation patients with end-stage renal disease requiring dialysis. *Heart Rhythm.* 2014;11:1752-1759.
4. Dahal K, Kunwar S, Rijal J, Schulman P, Lee J. Stroke, major bleeding, and mortality outcomes in warfarin users with atrial fibrillation and chronic kidney disease: a meta-analysis of observational studies. *Chest.* 2016;149:951-959.
5. Lip G, Freedman B, De Caterina R, Potpara TS. Stroke prevention in atrial fibrillation: Past, present and future. Comparing the guidelines and practical decision-making. *Thromb Haemost.* 2017;117:1230-1239.
6. Potpara TS, Ferro CJ, Lip GYH. Use of oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation and renal dysfunction. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14:337-351.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.015>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.023>
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Uso de estatinas de alta potencia tras revascularización percutánea



Use of High-potency Statins After Percutaneous Revascularization

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el editorial de Parikh y Kirtane¹ sobre la indicación de intensificar el tratamiento hipolipemiente tras el implante de un *stent* farmacológico. Es conocido que el uso de estatinas reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica y mejora el pronóstico tras un síndrome coronario. La eficacia del tratamiento se ha relacionado con la magnitud de la reducción de las lipoproteínas de baja densidad producida por estos fármacos. Así, las estatinas de alta potencia aportan un beneficio aún mayor que el tratamiento con estatinas de menor potencia².

Recientemente nuestro grupo comparó la estrategia de revascularización percutánea de lesiones graves en ramas coronarias secundarias (diámetro ≥ 2 mm) de arterias epicárdicas mayores frente al tratamiento conservador en 589 pacientes y, tras un seguimiento medio de 24 meses, no se apreciaron diferencias significativas en la aparición de eventos cardiovasculares entre el tratamiento percutáneo (376 pacientes; 63,8%) y el conservador (213 pacientes; 36,2%)³.

Se analizó si el uso de estatinas de alta potencia (atorvastatina, rosuvastatina, pitavastatina y simvastatina 80 mg) frente a las de baja potencia era diferente en función de la estrategia de revascularización adoptada. En el total de pacientes no se apreciaron diferencias respecto a los eventos cardiovasculares en el seguimiento según recibieran revascularización percutánea o tratamiento médico óptimo en general o estratificando por subgrupos en función del tratamiento recibido.

Creemos que hay 2 aspectos importantes que se debería tratar cuando se quiere evaluar el beneficio del uso de estatinas de alta potencia tras la revascularización percutánea. El primero sería el posible sesgo de prescripción que tenemos los profesionales para indicar tratamientos más intensivos tras el implante de *stent* frente al tratamiento médico óptimo⁴ y el segundo, la mayor adherencia al tratamiento hipolipemiente de los pacientes que reciben tratamiento percutáneo comparados con los que no⁵.

Mercedes Millán Gómez^{a,*}, Macarena Cano García^b,
Carlos Sánchez González^b y Manuel Jiménez Navarro^a

^aUnidad de Gestión Clínica, Área del Corazón, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga (UMA), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Málaga, España

^bUnidad de Gestión Clínica del Corazón y Patología Vasculard, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: mercedesmillang@gmail.com
(M. Millán Gómez).

On-line el 3 de agosto de 2018

BIBLIOGRAFÍA

1. Parikh KH, Kirtane AJ. Should we up the intensity of statin therapy after placing a drug-eluting stent? *Rev Esp Cardiol.* 2018;71:416-417.
2. Jiménez Navarro MF. Comments on the 2016 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:894-899.
3. Cano-García M, Millán-Gómez M, Sánchez-González C, et al. Impact of percutaneous coronary revascularization of severe coronary lesions on secondary branches. *Rev Esp Cardiol.* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2018.04.011>.
4. Bagnall AJ, Yan AT, Yan RT, et al. Optimal medical therapy for non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: exploring why physicians do not prescribe evidence-based treatment and why patients discontinue medications after discharge. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3:530-537.
5. Kocas C, Abaci O, Oktay V, et al. Percutaneous coronary intervention vs. optimal medical therapy—the other side of the coin: medication adherence. *J Clin Pharm Ther.* 2013;38:476-479.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.09.023>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.07.011>
0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.