

¿Por qué no calculamos el riesgo cardiovascular global de nuestros pacientes?

L. Masana

Servei Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Tarragona. España.

La hipercolesterolemia, definida como unos valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, afecta a más del 50% de la población española, y si situamos el punto de corte en los 250 mg/dl, casi 1 de cada 6 españoles supera esta cifra. A pesar de las innumerables evidencias científicas que demuestran de forma fehaciente que el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia disminuye el riesgo cardiovascular, está claro que, dada la magnitud del problema, deben adoptarse las medidas terapéuticas más eficientes. Para ello, se han desarrollado diversas estrategias que intentan que la terapéutica se concentre en aquellos colectivos que puedan obtener un mayor beneficio. Es innegable que los criterios del National Cholesterol Education Program (NCEP)¹ de Estados Unidos, por su sencillez y claridad, han sido adoptados por muchos médicos a la hora de tomar sus decisiones terapéuticas, que los han priorizado incluso por encima de las recomendaciones locales. En estas recomendaciones se aconseja tratar la hiperlipemia cuando ésta se acompañe de otros factores de riesgo asociados. Las recomendaciones europeas tienden a aconsejar el cálculo de riesgo cardiovascular global (RCG) para detectar a los sujetos propicios para indicar el tratamiento². Este cálculo se basa en índices derivados de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo mayores. El planteamiento es teóricamente perfecto: detectar a los individuos con riesgo cardiovascular alto y tratarlos. Sin embargo, esta

idea tan impecable no parece seducir a los médicos. El interesante estudio de Brotons et al³, publicado en este número de la revista demuestra que el tratamiento de la hiperlipemia no se ajusta a las recomendaciones derivadas del cálculo de riesgo cardiovascular y, aunque es un lástima que no se analice específicamente este dato, parece deducirse que pocas historias clínicas deben contener el dato de RCG. Es decir, son pocos los médicos que hacen este cálculo de forma sistemática, incluso en un ambiente en el que las historias están informatizadas y deben, o deberían, calcular de forma automática este dato al introducir las variables apropiadas en la documentación. Pero, quizá, el problema no es tan sólo logístico, sino que seguramente radica en la fiabilidad de este parámetro y en la dispersión de mensajes que llegan al médico de cabecera sobre cómo y cuándo utilizar las tablas de cálculo de RCG y, más concretamente, qué tablas se deben utilizar. Las tablas derivadas del estudio de Framingham parecen sobrevalorar el riesgo de la población mediterránea; las tablas de Framingham calibradas (Regicor) para nuestros parámetros⁴ atribuyen un riesgo tan bajo que nos impide discriminar a los sujetos que tratar. Quizá la decisión del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular, con representación de una docena de sociedades científicas y la del Ministerio de Sanidad, que ha optado por recomendar el uso de las tablas derivadas del estudio SCORE aplicadas a la poblaciones con baja incidencia de enfermedad cardiovascular, sea una solución acertada que permita dar un mensaje claro a nuestros profesionales⁵.

Más allá de la utilización de las tablas y del cálculo de riesgo cardiovascular está la idoneidad real de los tratamientos hipolipemiantes. Es interesante que las evidencias científicas que sustentan el uso

Correspondencia: Dr. L. Masana Marín.
Servei Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan.
Sant Joan, s/n. 43201 Reus. Tarragona. España.
Correo electrónico: luis.masana@urv.net

Recibido el 15 de octubre de 2004 y aceptado el 15 de octubre de 2004.

de hipolipemiantes, en general, y de estatinas, en particular, se basan en estudios aleatorizados, doble ciego, en los que jamás se ha utilizado la variable riesgo cardiovascular global como criterio de inclusión. ¿Creemos en la medicina basada en la evidencia científica? Si dejamos aparte los estudios de prevención secundaria y analizamos los principales trabajos centrados en prevención cardiovascular primaria podemos obtener una serie de conclusiones, cuanto menos sorprendentes. Estos estudios tienen la ventaja de permitirnos conocer el riesgo cardiovascular global de la población analizada según el número de episodios que se producen en el grupo placebo. El riesgo real de la población de los estudios WOSCOPS, AFCAPS/TEXCAPS y ASCOT⁶⁻⁸ basándose en los episodios del grupo placebo fue del 16, el 11 y el 9% en 10 años, respectivamente; a pesar de ello, el riesgo relativo de episodios cardiovasculares mayores se redujo en un 31, un 37 y un 36%, respectivamente, lo que crea una clara controversia dado que lo que parece lógico, esto es, tratar sólo a los sujetos con riesgo elevado, se ve al menos puesto en entredicho por las evidencias científicas que nos indican que tratar a sujetos hiperlipémicos, aunque su riesgo sea bajo, disminuye la enfermedad. El único argumento en contra de adoptar este segundo punto de vista es que no nos lo podemos permitir, ya que representaría un gasto sanitario excesivamente elevado y un número peligroso de individuos medicalizados. Sin embargo, estos datos deberían tenerse en cuenta cuando en el trabajo de Brotons et al se analiza el porcentaje de pacientes "sobretatados". Se entiende que los resultados hacen hincapié en aquellos pacientes que no deberían recibir tratamiento según su RCG pero, como se ha comentado, no puede deducirse que de esta práctica se derive un efecto nocivo para el paciente hiperlipémico, sino más bien al contrario. Mención especial merece, en este sentido, el análisis respecto al sobretatamiento de los diabéticos. En el artículo se analiza este aspecto con respecto a unas recomendaciones específicas, y la conclusión es que éstas no se siguen. Pero, quizá, este hecho pudiera explicarse por los mensajes que llegan a los médicos sobre el papel de la diabetes como situación de elevado RCG por definición. Las guías del NCEP, Adult Treatment Panel (ATP) III, ya recomiendan que esta enfermedad se considere como un equivalente de enfermedad cardiovascular, con necesidad de alcanzar objetivos de prevención secundaria. Además, recientemente han aparecido los resultados del primer estudio de intervención con estatinas exclusivamente desarrollado en pacientes diabé-

ticos. En el Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS)⁹ se demostró que los pacientes diabéticos, incluso con cifras de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), dentro de las recomendaciones más exigentes en la actualidad, (100 mg/dl), se beneficiaban del tratamiento con estatinas (en el estudio 10 mg de atorvastatina). La conclusión de los autores del trabajo fue muy contundente: todos los pacientes diabéticos deberían ser tratados con estatinas, con independencia de sus cifras de colesterol. Esta provocativa afirmación se matiza en un editorial que acompaña a la publicación original¹⁰. Sin embargo, según estos datos, en los tiempos actuales es arriesgado hablar de sobretatamiento hipolipemiante en los pacientes diabéticos. ¿Qué ocurre con los no diabéticos? A tenor de los resultados del estudio PROVE-IT¹¹, en el que se demuestra que pautas agresivas de tratamiento hipolipemiante (80 mg/día de atorvastatina), con las que se consiguen cifras medias de LDL cercanas a los 70 mg/dl, mejoran los resultados clínicos en un 30% a los obtenidos por las pautas habituales (40 mg/días de pravastatina), parece ser que el tratar a los pacientes hipercolesterolémicos de forma eficaz será un requisito cada vez más necesario. De hecho, estos resultados ya han motivado una "puesta al día" de las recomendaciones de ATP III en la que se sugiere que en pacientes de alto riesgo fijar como objetivo para las cifras de LDL los 70 mg/dl es una opción deseable sustentada en evidencias científicas de clase A¹². Del estudio de Brotons et al debe preocupar que un 50% de pacientes que deberían ser tratados no lo están siendo. Es importante recordar que el debate de los profesionales de la salud no es tan sólo si las compañías farmacéuticas obtienen más o menos beneficios, sino que en España diariamente fallecen casi 400 personas por enfermedades cardiovasculares y que en más del 40% de los pacientes que han sufrido un infarto se va a repetir, con peor pronóstico, en los 10 años siguientes, y aunque se traten adecuadamente, todavía más de 30 presentarán un reinfarto. Debemos aprender a utilizar las herramientas que están en nuestras manos para discriminar a los individuos objeto de intervención farmacológica y realizarla hasta conseguir los objetivos terapéuticos.

Bibliografía

1. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.

2. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Atherosclerosis* 2004;173:381-91.
3. Brotons C, Casanovas J, Iruela A, Vinyeta R, Bartés A, Martínez M, et al. Utilización del cálculo del riesgo cardiovascular para el control y tratamiento de las dislipemias en atención primaria. *Clin Invest Arterioscler* 2004;16:240-6.
4. Marrugat J, Solana P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:253-61.
5. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Rev Esp Salud Publica* 2004;78:435-8.
6. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.
7. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. *JAMA* 1998;279:1615-22.
8. Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial -Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58.
9. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96.
10. Abhimanyu G. Statins for all patients with type 2 diabetes: not so soon. *Lancet* 2004;364:641.
11. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R, et al. The pravastatin or atorvastatin evaluation and infection therapy-thrombolysis in myocardial infarction 22 investigators. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004;350:1495-504.
12. Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004;24:149-61.