

# CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



## Editorial

Jesús Millán Núñez-Cortés

*Unidad de Riesgo Cardiovascular y Lípidos, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España*

El gran avance en los últimos 20 años en el manejo de las enfermedades cardiovasculares ha sido el tratamiento de los factores de riesgo, avance más significativo que el que ha tenido lugar en la prevención o en el manejo tecnológico de los síndromes clínicos. Aproximadamente un 50% del beneficio se ha debido a un mayor y mejor tratamiento de los factores de riesgo.

Aun en estas condiciones hemos de reconocer que las dislipemias se encuentran infradiagnosticadas, y cuando lo están se encuentran infratratadas, y cuando lo están se encuentran infracontroladas. Y eso a pesar de que la prevalencia de las dislipemias se ha incrementado significativamente en los últimos 5 años en nuestro medio, como ha demostrado el estudio DARIOS, a partir de la encuesta nacional de salud.

Este hecho no es exclusivo de nuestro medio. En Europa, los datos globales del estudio EURIKA han permitido señalar cómo la dislipemia es el factor de riesgo menos tratado (no llega al 75% de los portadores de una dislipemia), y se encuentra controlado un porcentaje menor al 45%. Además, y por las dificultades que encierra una intervención más agresiva, el porcentaje de pacientes tratados y controlados por una dislipemia es inferior en los enfermos con alto riesgo (aproximadamente un 60%) que en los pacientes con bajo riesgo (aproximadamente un 40%).

Del conjunto de dislipemias, probablemente la hipercolesterolemia es la que mejores datos ofrece, aunque insuficientes, como ya se ha señalado. En el estudio ENRICA, cerca de un 50% de los pacientes con hipercolesterolemia no se encuentran controlados a pesar de disponer de fármacos eficaces, cuyo uso se va generalizando.

Pero los pacientes tratados por hipercolesterolemia o con estatinas, aun con cifras de lipoproteínas de baja densidad (LDL) bajo control, mantienen un riesgo residual no dependiente directamente del colesterol unido a LDL (cLDL), sino

de —entre otros factores— una dislipemia aterogénica cuando se encuentra presente. Una parte del riesgo residual en pacientes tratados con medidas y fármacos hipocolesterolemiantes estándar es de origen lipídico, y el aumento de triglicéridos con o sin colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) bajo asociado contribuye de manera importante a este riesgo residual.

Por otra parte, la dislipemia aterogénica es particularmente frecuente en los pacientes de alto riesgo. Más del 50% de los enfermos con enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 o síndrome metabólico tienen dislipemia aterogénica. Y el abordaje terapéutico de la dislipemia aterogénica consigue una reducción significativa de las complicaciones macrovasculares (y en el diabético de las microvasculares).

El número que ahora se publica en CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS revisa en profundidad el papel de la dislipemia aterogénica en el riesgo residual, así como los resultados con fenofibrato, un fármaco específicamente eficaz frente a ella y que ha demostrado un beneficio clínico en los pacientes portadores de la anomalía lipídica.

El tratamiento de la dislipemia aterogénica con fenofibrato ha aportado un enfoque racional en la intervención farmacológica sobre el riesgo residual para disminuir las complicaciones macrovasculares, y las microvasculares en el diabético. En el presente número se revisan de forma pormenorizada los resultados de los estudios clínicos de intervención con fenofibrato, un potente fármaco hipotrigliceridemiante, con efecto significativo sobre el incremento de cHDL y reducción de las partículas de LDL pequeñas y densas (perfil farmacológico idóneo para el tratamiento de la dislipemia aterogénica). Se podrán encontrar los resultados de los estudios en monoterapia o en terapia combinada, de los que resultan particularmente interesantes los que permiten asociar el fenofibrato con una estatina, combinación indicada en los pacientes con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, tal y como se recomienda en las guías de práctica clínica.

Correo electrónico: [jesus.millan@salud.madrid.org](mailto:jesus.millan@salud.madrid.org)

El presente número de CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS ha sido posible gracias al privilegio de contar con la excepcional participación de los integrantes del Foro de Dislipemia Aterogénica que, dentro del programa CODA (CONocer la Dislipemia Aterogénica), han contribuido en los últimos tiempos a la generación de investigación en este campo y a implementar actividades formativas para la sensibilización de los profesionales. Gracias a la compañía Abbott ha sido posible una gran parte de tales acti-

vidades, incluida esta publicación, y debemos agradecer que —con su acreditada independencia— siga favoreciendo el progreso en el conocimiento científico sobre este problema.

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.