



CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



EDITORIAL

Posición del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular sobre las guías de tratamiento de las dislipidemias



Position of Interdisciplinary Spanish Committee for Cardiovascular Prevention about Dyslipemia Treatment Guidelines

Jesús Millán Núñez-Cortés, Vicente Lahera Juliá, Manuel Vázquez Carrera y Juan Pedro-Botet

Comité editorial de clínica e investigación en arterioesclerosis

En el presente número de CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN ARTERIOSCLEROSIS se publica un artículo especial¹ dejando claro el posicionamiento del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) sobre los puntos convergentes, pero también los divergentes, que se desprenden del análisis de las guías europeas^{2,3} y americanas⁴ para el tratamiento de la dislipidemia. Dejando al margen nuestro agradecimiento porque, una vez más, el CEIPC haya escogido nuestra revista como órgano de expresión de su documento de opinión, nadie puede negar que un manuscrito de estas características, en el que se manifieste la posición del CEIPC es oportuno y valioso por cuanto, al fin y al cabo, en dicha organización se reúnen 15 sociedades científicas e instituciones que comparten el interés por la prevención cardiovascular en nuestro país. Además, y como quiera que del análisis detenido de ambas guías se desprenden elementos comunes pero también otros que muestran disparidad, la confusión e inseguridad en el abordaje del problema del tratamiento de la dislipidemia sería una oportunidad perdida para mejorar el control de los factores de riesgo lipídicos en la población española. Y por eso el CEIPC quiere dejar clara cuál es su postura compartida.

Desde luego, es preciso resaltar lo que el CEIPC señala sobre el hecho de que ambas guías recogen y se sustentan en evidencias científicas, señalando de esta forma las recomendaciones que se derivan de las mismas. Las guías americanas solo recogen los ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas y no aquellos datos procedentes de estudios observacionales, registros y «big data» en general.

Sin embargo, el análisis pormenorizado de las referencias bibliográficas que sustentan las evidencias pone de relieve que en el 30% de los casos las recomendaciones de las guías americanas se sustentan en evidencias de tipo C. Y de hecho, otras guías siguen la misma pauta^{5,6}.

El documento que ahora se publica pormenoriza, antes de llegar a las conclusiones y recomendaciones, 4 apartados muy claros y bien definidos: los aspectos comunes entre ambas guías, los aspectos diferenciales, las repercusiones clínicas derivadas de tales diferencias y las repercusiones económicas de las mismas.

Los puntos convergentes son numerosos y se encuentran bien detallados y expuestos para la identificación por el lector. Los puntos divergentes son menos, y si los leemos con detenimiento no representan posturas encontradas frontalmente, sino formas de contemplar la misma situación con diferentes perspectivas y/o prioridades. Este, quizás, sea el elemento diferenciador. En la guía europea, y al objeto de abordar el tratamiento de la dislipidemia, se definen 4 categorías de riesgo con sus correspondientes objetivos terapéuticos en cada una de ellas, de cara a facilitar la monitorización de la respuesta terapéutica. En la guía estadounidense se describen distintos tipos de pacientes según su riesgo cardiovascular y se recomienda el empleo de tratamiento hipocolesterolemizante con diferentes estatinas y dosis (clasificación que resulta muy adecuada para la práctica clínica) según la potencia farmacológica que cabe esperar y que se considere adecuada para el nivel de riesgo calculado (estatinas de alta, moderada o baja intensidad).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2014.12.002>

0214-9168/© 2014 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Qué duda cabe que la aportación de la guía americana de clasificar las estatinas según cuál sea y la dosis empleada facilita el empleo de una estatina concreta a una determinada dosis, seleccionada por su potencia farmacológica en función del riesgo individual del sujeto. Un aspecto adicional nada despreciable es que el cálculo del riesgo por un método estandarizado habría de estar sustentado en modelos procedentes de la propia población a la que se aplica y validado. Pero, obviamente, la guía americana no considera en ningún momento la consecución de objetivos terapéuticos. Y esta es una diferencia sustancial que supone perder la estrategia de abordar el tratamiento teniendo objetivos terapéuticos, sobre la que tanto énfasis se ha puesto en los últimos años. Es, por decirlo de forma simple, un planteamiento más práctico focalizado en las estatinas. Por el contrario, el planteamiento de la guía europea es más fisiopatológico y con una sólida base científica en la teoría lipídica de la arteriosclerosis; está —por consiguiente— más focalizado en el papel del factor de riesgo lipídico en la patogenia de la arteriosclerosis.

Las repercusiones económicas de la potencial aplicación de una guía u otra no son pocas, y se analizan con solvencia en el trabajo. Para resumir en un comentario único, destacaríamos que el mensaje de coste-efectividad es inequívoco en los pacientes en prevención secundaria y en aquellos que no han tenido antecedentes de enfermedad cardiovascular pero tienen un alto riesgo. Es decir, cuando el tratamiento se encuentra indicado, no hay duda alguna en ningún caso. El dilema se puede plantear en los individuos que, buscando la prevención primaria de la enfermedad, no tienen un riesgo elevado, sino que es bajo o, a lo sumo, moderado. Aquí se puede apreciar una disparidad entre las guías, con claras repercusiones económicas⁷. Pero también hay aspectos que relativizan el problema. De hecho, la población mayor de 65 años, varones, serían todos tratables según la guía americana, y eso supondría una sobreutilización de estatinas; pero no hemos de olvidar que el sexo y la edad siguen siendo los principales factores determinantes del riesgo individual. Por lo tanto, hacer un esfuerzo en ese segmento de población tampoco es un contrasentido.

Como conclusión, según la guía estadounidense los pacientes recibirían una estatina de intensidad acorde con su riesgo individual, y según la europea recibirían tratamiento hipocolesterolemizante adecuado para alcanzar el objetivo de colesterol LDL acorde con su nivel de riesgo. Se puede pensar que es una gramática similar con distinta lexicología. En cualquier caso, el CEIPC deja clara su postura: la guía europea ofrece mejores soluciones en nuestro entorno, con mensajes más claros y más concordantes con las normas de práctica clínica actualmente vigentes.

No debemos dejar pasar un aspecto claramente diferenciador que ha cobrado actualidad reafirmando, quizás, que las recomendaciones europeas tienen nuevas evidencias que las apoyan. Se trata del empleo del tratamiento combinado en las dislipidemias. La guía americana está, a nuestro juicio, excesivamente «centrada en estatina»; no parece que exista margen para fármacos distintos a las estatinas. Sin embargo, los resultados del estudio IMPROVE-IT recientemente comunicados en la American Heart Association demuestran que la asociación de ezetimiba a una estatina ofrece un descenso adicional de colesterol LDL que se acompaña de disminución significativa de episodios

coronarios y cerebrovasculares isquémicos en los pacientes con un síndrome coronario agudo. Esto, independientemente de que viene a resaltar el interés del tratamiento intensivo y reforzar la teoría lipídica, revaloriza el objetivo lipídico LDL-dependiente. Lo mismo podríamos señalar de la dislipidemia no-LDL-dependiente como la dislipidemia aterogénica. La guía americana no considera fármacos para esa situación, cuando la europea sí que recomienda la asociación de un fibrato a la estatina, o la intensificación del efecto hipocolesterolemizante; en ambos casos con tratamiento combinado (fenofibrato o ezetimiba, respectivamente). Sin duda alguna este abordaje terapéutico parece muy racional y profundamente fisiopatológico, por lo que no sorprende que lo defienda el CEIPC en el contexto de su inclinación firme por la defensa de la guía europea en estos momentos.

El artículo especial al que los lectores tienen acceso en este número les aclarará nítidamente la situación, y les reforzará las ideas para una correcta práctica clínica.

Bibliografía

1. Lobos Bejarano JM, Galve E, Royo-Bordonada MA, Alegria Ezquerro E, Armario P, Brotons Cuixart C, et al. Posicionamiento del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular y la Sociedad Española de Cardiología en el tratamiento de las dislipemias. Divergencia entre las guías europea y estadounidense. *Clin Invest Arterioscl*. 2015;27:36–44.
2. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, de Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al., ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2011;32:1769–818.
3. Perk J, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al., European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2012;33:1635–701.
4. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al., American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129 25 Suppl 2:S1–45.
5. Expert Dyslipidemia Panel of the International Atherosclerosis Society Panel members. An International Atherosclerosis Society Position Paper: Global recommendations for the management of dyslipidemia—full report. *J Clin Lipidol*. 2014;8:29–60.
6. Rabar S, Harker M, O'Flynn N, Wierzbicki AS, Guideline Development Group. Lipid modification and cardiovascular risk assessment for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014;349:g4356.
7. Brotons C, Calvo-Bonacho E, Moral I, García-Margallo MT, Cortés-Arcas MV, Puig M, et al. Impact of the new American and British guidelines on the management and treatment of dyslipidemia in a Spanish working population. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67:906–11.