

“Colesterolmanía”

M. Morente Páez

Médico de familia. Equipo de Atención Primaria San Andrés II. Madrid

El colesterol está de moda. Es conocida su asociación con la enfermedad cardiovascular, que es la primera causa de mortalidad en los países desarrollados, además de originar una elevada morbilidad, discapacidad y repercusión socio-económica.

Al disponer de fármacos eficaces en la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, continuamente se está recordando a la gente el riesgo que tienen de morir o sufrir un evento cardiovascular si no controlan su colesterol. Así, por ejemplo, podemos oír en tertulias radiofónicas cómo se nos invita a acudir al médico para medirnos los niveles de colesterol y podemos ver por televisión anuncios publicitarios con mensajes del tipo *“Para las personas preocupadas por el colesterol...”*. No es raro que acudan personas asustadas a nuestras consultas de Atención Primaria refiriendo que otro médico le ha dicho: *“Tiene usted el colesterol muy alto, no sé cómo no le ha dado ya un infarto”* o *“Si sigue con ese colesterol está al borde de que le dé un ataque cardíaco”*. Está comúnmente aceptado que “más vale prevenir que curar”, la población es cada vez más receptiva a este tipo de mensajes, cada vez son mayores las expectativas que se tienen respecto a la necesidad de ser objeto de medidas preventivas y, en general, se presta gustosa a consumir prevención farmacológica en parches de estrogénos, tabletas de hipolipemiantes y a someterse a exámenes de salud como la toma de tensión arterial, mamografías o citologías. Las recomendaciones de los expertos cada vez incluyen a más sujetos susceptibles de recibir tratamiento farmacológico con hipolipemiantes, al mismo tiempo que los objetivos terapéuticos cada vez sitúan los niveles de lípidos en cifras más bajas. Por si fuera poco, existe una tendencia entre los médicos y la población a sobrestimar el beneficio de estos fármacos¹, originada fundamentalmente por el modo de presentar habitualmente los resultados de los ensayos clínicos en términos de riesgos relativos².

En este contexto, no es de extrañar que el despistaje y tratamiento de la hipercolesterolemia sea un motivo de consulta importante en nuestros centros de Atención Pri-

maria y que los hipolipemiantes sean uno de los grupos farmacológicos más consumidos en nuestro país (en el año 2000 fue el tercer subgrupo terapéutico en importe, ascendiendo a 71.389 millones de pesetas, con un incremento del 14,72% respecto a 1999)³.

Pero el desfase entre las recomendaciones de los grupos de expertos y lo que realmente se lleva a la práctica clínica habitual es enorme, y el margen de mejora en la atención a nuestros pacientes con hipercolesterolemia es grande. El porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica tratados con hipolipemiantes no suele superar el 50%, mientras que más del 75% siguen presentando concentraciones lipídicas inaceptables⁴. En cambio, es frecuente encontrar prescripciones farmacológicas en grupos donde la relación coste-efectividad es más desfavorable o desconocida (varones jóvenes, mujeres, mayores de 74 años)².

En prevención primaria el cálculo del riesgo coronario o cardiovascular no debe ser el único elemento a tener en cuenta para la toma de decisiones terapéuticas en el individuo con hipercolesterolemia. Generalmente, es suficiente que una persona tenga un riesgo coronario teórico mayor del 20% a los 10 años para que automáticamente le prescribamos un hipolipemiante. Esta decisión debería ser meditada con detenimiento, teniendo en consideración aspectos tan importantes como la comorbilidad, los antecedentes de cumplimiento terapéutico, la esperanza y calidad de vida o las preferencias de la persona.

La consideración del riesgo absoluto, y no la reducción del riesgo relativo, debe ser uno de los elementos que guíe las decisiones terapéuticas¹. Así, por ejemplo, en pacientes sin enfermedad cardiovascular y con un riesgo similar al de la población del estudio WOSCOPS⁵ (riesgo coronario del 7,9% a los 5 años, equivalente al 16% a los 10 años), la probabilidad de no fallecer es de un 98,8% si toman la medicación durante 5 años y de un 98,3% si no la toman; el 7,9% de los que no se sometan al tratamiento tendrán un evento coronario mayor (fatal o no fatal) frente al 5,5% de los que sí lo hagan. Como puede verse, el enfoque en términos absolutos da una impresión menos favorable, menos espectacular, que la presentación de los datos en valores relativos (reducción del 31% de sufrir un episodio coronario mayor en 5 años), lo que posiblemente llevaría a muchas personas a cuestionarse la oportunidad del tratamiento. Así pues, la información que se dé es crucial para que las personas puedan participar en la decisión de to-

Correspondencia: Dr. M. Morente Páez.
Médico de Familia.
EAP San Andrés II.
C/ Alberto Palacios, 22.
28021 Madrid.

mar o no la medicación. Hoy en día, la toma de decisiones ya no está sólo en manos de los profesionales; a éstos les corresponde determinar la evidencia científica y hacer recomendaciones a las personas que de manera autónoma podrán adoptarlas⁶. Hay que proporcionar información útil y objetiva, y no sólo decirle que "tiene" que tomar la medicación para reducir el riesgo de sufrir un infarto de miocardio u otra complicación cardiovascular.

Esta visión puede ser más desalentadora si, además, tenemos en cuenta que: a) la eficacia de las intervenciones puede verse mermada cuando dejan de aplicarse en el ámbito controlado de un ensayo clínico para generalizarse a la comunidad o a un paciente concreto²; b) la mayoría de los estudios disponibles proceden de países del norte de Europa y Estados Unidos, donde las tasas ajustadas por enfermedad coronaria son mayores que las de países mediterráneos, por lo que el beneficio en nuestro medio es de esperar que sea bastante menor; y c) los estudios no aportan conclusiones útiles sobre la eficacia de tratar a mujeres sin cardiopatía isquémica y personas mayores de 74 años (que es la población que más acude a nuestras consultas y sobre la que más actividades de cribado realizamos), como tampoco lo hacen para varones jóvenes sin enfermedad coronaria, ya que estos grupos poblacionales o no se han incluido o se ha hecho en tan escaso número que los resultados no tienen ni significación estadística ni relevancia clínica.

En el campo de la prevención primaria, al tratarse de intervenciones que recomendamos a nuestros pacientes asintomáticos, la primera preocupación del profesional debe ser ante todo preservar la salud existente, evitando la yatrogenia (no olvidemos que el principio ético de no maleficencia es de rango superior al de beneficencia)⁶. Debemos tener presente que sólo se beneficia a una minoría y la mayoría solamente podrá sufrir molestias. La reciente experiencia con cerivastatina es muy ilustrativa en este aspecto. Al mismo tiempo, deberíamos tener precaución para no mermar su calidad de vida. Las personas que presentan un factor de riesgo no son enfermas, tan sólo tienen más posibilidades de padecer una enfermedad. Por tal razón, no debemos utilizar tácticas de miedo ni hacer que se sientan como enfermos. A la hora de prescribir una dieta pobre en grasas, los médicos deberíamos hacerlo con cautela, reconociendo la ineficacia que tiene para reducir la la morbi-mortalidad cardiovascular y su potencial capacidad para ocasionar ansiedad y disminución de la calidad de vida en algunos pacientes⁷.

Otro aspecto a mejorar es el incumplimiento terapéutico. La interrupción de los tratamientos prescritos ha sido muy poco estudiado en nuestro país, pero se estima que, al igual que en otros países y que en otras condiciones patológicas crónicas como la hipertensión, puede situarse en torno al 40%-60%⁸.

Existen una serie de hechos que condicionan la necesidad de establecer un orden de prioridades en la prevención cardiovascular: la prevalencia elevada de los factores de riesgo, la sobrecarga asistencial que genera la detección, seguimiento y tratamiento de los mismos, los recursos limitados, el mayor impacto y eficacia de las intervenciones cuanto mayor es el riesgo⁹. En una sociedad donde los recursos son limitados, si se invierte en hipolipemiantes con una indicación de dudosa o mala praxis, paralelamente se está renunciado a otras actividades, debido a que hemos consumido recursos, vulnerando el principio ético de justicia⁶. En este orden de prioridades, en primer lugar se sitúan los pacientes con cardiopatía isquémica (u otra enfermedad arteriosclerótica)⁹. Sólo cuando tengamos la seguridad de que los estamos tratando adecuadamente sería lícito intervenir en el grupo de personas sin enfermedad cardiovascular y con riesgo coronario elevado, de forma progresiva y en función de los recursos (tiempo y dinero) disponibles.

En definitiva, la "colesterolmanía" inunda nuestra sociedad, y nosotros los médicos no sólo no somos ajenos a ella, sino que en muchas ocasiones la fomentamos, incrementando las expectativas que la población tiene puestas sobre esta cuestión. Sin embargo, los datos objetivos apuntan a que no estamos dando una respuesta que pueda satisfacer dichas expectativas, a pesar de la enorme cantidad de recursos que estamos consumiendo. Tendremos que trabajar para acercar estas dos realidades, por una parte clarificando a la población qué se puede esperar en el campo de la prevención cardiovascular y, por otra, aumentando la eficiencia de nuestras intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Asenjo Vázquez C, Maiques Galán A, Vilaseca Canals J. Concepto y utilidad del riesgo coronario en el manejo de la hipercolesterolemia. FMC 1997;4:536-43.
- Gervás J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. Med Clin (Barc) 1997;109:549-52.
- Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2000. Inf Ter Sist Nac Salud 2001;25:78-81.
- Grupo de Investigación del estudio ELIPSE. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la provincia de Ciudad Real. Efectividad de la terapéutica hipolipemiente en Atención Primaria. Med Clin (Barc) 2000;115:321-5.
- Shepherd J, Cobbe S, Ford I, Isles C, Ross A, MacFarlane P, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. N Engl J Med 1995;333:1301-7.
- Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en Atención Primaria. Med Clin (Barc) 2001;117:740-50.
- Rosser W. Advising Patients about Low-Fat Diets. Can Fam Physician 1993;39:75-80.
- Rigueira García A.I. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? Aten Primaria 2001;27:559-68.
- Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Franch Taix M, Benegas Benegas J, Vilaseca Canals J. El riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular en la toma de decisiones. De la evidencia a la clínica. Med Clin (Barc) 1999;112(Supl 1):67-73.