

Guía de Dislipemias semFYC 2.^a edición: ¿era necesaria?

El Grupo de Dislipemias de la semFYC se constituyó en 1996 con el encargo explícito y concreto de elaborar una Guía de Dislipemias para publicar dentro de la serie «Recomendaciones semFYC». Dicha guía se editó en 1997¹, casi de manera simultánea con la primera edición de la Guía de Prevención Cardiovascular del PAPPS², con la que mantenía discrepancias cualitativas y cuantitativas. Hemos de reconocer que hubo una clara descoordinación entre ambos grupos, en parte porque realizaron de manera paralela su trabajo sin conocimiento mutuo. Quizá la principal fuera la forma de medir el riesgo coronario, para lo que el PAPPS recomendaba la tabla cuantitativa de Framingham de 1991 y nosotros una tabla de tipo cualitativo, de elaboración propia, en la que ya incluíamos como novedad la consideración de los pacientes diabéticos como de riesgo coronario alto, recomendación que en algunos ámbitos se tachó de herética.

Con el paso del tiempo, como es habitual en medicina y especialmente en el campo de las enfermedades cardiovasculares, la guía quedó parcialmente obsoleta y se nos encargó su actualización. A pesar de lo que podría creerse a primera vista, esta tarea nos ha llevado mucho más tiempo, trabajo y dedicación que la primera edición, fundamentalmente porque durante su elaboración se publicaban de forma constante nuevos ensayos clínicos –más de 13–, metaanálisis –más de 8– y otros estudios que era necesario incorporar. De la misma manera, entre los años 2000 y 2003 hemos vivido una plétora de actualizaciones en las guías de práctica clínica sobre dislipemias, entre las que debemos citar el ATP III^{3,4} y el Tercer Task Force Europeo⁵, además del Consenso Español publicado en 2000⁶. Para colmo se publican 2 tablas de valoración del riesgo cardiovascular (RCV) en cierta manera de características «españolas» –REGICOR⁷ y SCORE⁸ para países europeos de bajo riesgo–, lo que nos obligó a replantear sobre la marcha la manera de valorar el RCV del paciente dislipémico, piedra central en la indicación terapéutica del uso de fármacos.

En esta coyuntura, nos planteamos la necesidad imperiosa de alcanzar un acuerdo entre todos los grupos de trabajo que, en el ámbito de la semFYC, estudian las enfermedades cardiovasculares. Para ello se creó un grupo de trabajo

dentro de la semFYC que, después de un par de reuniones y conexiones «a través de la red», valoró las ventajas e inconvenientes de las diversas tablas, recomendando la utilización de las tablas SCORE para las regiones de Europa con riesgo cardiovascular bajo, decisión en la que se tuvieron en cuenta tanto aspectos científicos como que la propia semFYC había firmado previamente la publicación de la adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular que utiliza las tablas SCORE⁹. Una vez alcanzado dicho acuerdo, decidimos publicar la guía de inmediato.

Su estructura global es similar a la primera de 1997. Repasemos a continuación las principales novedades:

- Introducción: se actualizan con fecha del año 2000 los datos epidemiológicos de las enfermedades cardiovasculares y las dislipemias. Se centra el interés de su estudio en que es un factor de riesgo cardiovascular mayor, hay pruebas de que su tratamiento previene enfermedades cardiovasculares en determinados casos y no en otros, y se proponen las 10 preguntas tipo que suelen acudir a la cabeza del médico de familia cuando se enfrenta a estos pacientes.
- Definición: se mantienen los mismos criterios para la hipercolesterolemia, pero se actualizan los de hipertrigliceridemia.
- Clasificación: se ajusta la simplificada y se actualizan las de primarias y secundarias. Como gran novedad, se incluyen los criterios de diagnóstico MedPed para la hipercolesterolemia familiar heterocigota.
- Diagnóstico: se ajustan las recomendaciones para la detección y se actualizan las recomendaciones técnicas para la determinación de lípidos según las normas de la Sociedad Española de Arteriosclerosis.
- Estudio: se mantiene la misma sistemática, pero se amplía la lista de factores de riesgo cardiovascular, así como las indicaciones para el estudio de la función tiroidea. Se incluye como novedad la determinación sistemática del índice tobillo-brazo y del perímetro abdominal.
- Riesgo coronario (RC): es un capítulo nuevo cuya justificación se basa en que el cálculo del RC es el punto central en la valoración del paciente con dislipemias, ya que, salvo en las formas primarias con elevado riesgo aterogénico –hipercolesterolemia familiar, hiperlipemia familiar combinada y dislipoproteinemia– y en pacientes con enfermedad coronaria, su evaluación indicará si el paciente debe recibir fármacos o no. En este capítulo explicamos los conceptos de RCV y RC, así como las diversas opciones

Correo electrónico: flagod@meditex.es

Palabras clave: Dislipemia. Riesgo cardiovascular. Enfermedades cardiovasculares.

que «hay en el mercado» para su cálculo, cuál elegimos y por qué.

– Tratamiento no farmacológico: se pone menos énfasis en las bases fisiopatológicas de las modificaciones alimentarias y se profundiza en los estudios que justifican la intervención dietética en el tratamiento de los pacientes con dislipemia, resaltando las recomendaciones en función de su utilidad en la práctica clínica. Se revisan las recomendaciones sobre tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso y estilo de vida.

– Tratamiento farmacológico: se actualizan los datos sobre los 3 principales grupos de fármacos y se revisan todos los ensayos clínicos publicados desde la anterior guía. Se incluyen tablas de ayuda para calcular la dosis necesaria de estatinas en función del descenso del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) que se desea alcanzar. Se incluye el fármaco ezetimiba, recientemente comercializado en España. Se establece un apartado nuevo en el que se discute el coste-efectividad de los diversos tratamientos hipolipemiantes, es decir, qué coste tiene reducir un porcentaje determinado el colesterol o, lo que es más importante, qué coste tiene cada año de vida ganado utilizando estos fármacos, aspecto de mucha actualidad pero que pocas veces influye en nuestras decisiones clínicas.

– Seguimiento en prevención primaria: se propone un nuevo algoritmo de manejo de los pacientes con hipercolesterolemia en función del RCV calculado con el SCORE. Se ajustan los tiempos de seguimiento de los pacientes en función de su RCV. Se actualiza y simplifica el algoritmo de la hipertrigliceridemia.

– Seguimiento en prevención secundaria: se actualizan y ajustan los objetivos de intervención tanto sobre el cLDL como sobre el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL).

– Casos particulares: se actualiza el tratamiento en mujeres y se deja clara la ineficacia y peligrosidad cardiovascular del tratamiento hormonal sustitutivo; lo mismo se hace para pacientes jóvenes –menores de 30 años– y ancianos –mayores de 75–. En niños, se revisan y simplifican las recomendaciones y se incluyen datos sobre el uso de estatinas en estas edades. Se amplía de manera considerable el apartado de hipertensión arterial y dislipemia y se establece un apartado nuevo sobre dislipemia y arteriopatía no coronaria –cerebrovascular y vascular periférica.

– Dislipemias secundarias: se revisa de manera específica la dislipemia diabética y se justifica la valoración especial que se le concede en la guía. Además de hipotiroidismo, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica, se incluyen como novedades obesidad, hiperuricemia, consumo de alcohol, de anticonceptivos orales, embarazo y trasplantes cardíacos y renales.

– Se mantienen los mismos criterios de derivación y se incluyen nuevos criterios de evaluación del manejo de pacientes con dislipemia.

– Educación sanitaria: se revisan y amplían las recomendaciones para realizar consejo dietético en nuestras consultas.

– Cumplimiento terapéutico: le dedicamos un capítulo específico y nuevo, ya que es un aspecto esencial en la consecución de objetivos terapéuticos en pacientes con procesos crónicos, aunque no el único. Se explica la manera de medirlo y se dan algunas herramientas de aplicación práctica para mejorarlo en la consulta del médico de familia.

– Bibliografía: se amplía y actualiza. Se incluyen direcciones web que pueden servir para la formación complementaria en este ámbito.

Hemos de comentar que la guía se ha hecho de manera totalmente objetiva y aséptica, lejos de cualquier influencia de la industria farmacéutica –sin conflicto de intereses– y que el grupo ha experimentado una ligera renovación por cambio de dos de sus componentes entre ambas ediciones de la guía. Nuestra idea es que, a partir de ahora, se actualicen los contenidos a través de la página web de la semFYC, herramienta mucho más ágil que la publicación convencional en papel. Sería nuestro deseo, un poco en la línea de la medicina basada en pruebas, incluir el grado de recomendación en cada caso, tal como hemos hecho en otros documentos publicados por el grupo. No podemos descartar que la próxima actualización pase por revisar la tabla de riesgo cardiovascular que se debe utilizar dados los nuevos datos en relación con la calibración del Regicor –estudio VERIFICA–, los nuevos datos que han ido apareciendo sobre el estudio SCORE o la publicación del estudio DORICA con una nueva calibración de las tablas de Framingham¹⁰, sin olvidar que se está trabajando en otra tabla de RCV –proyecto ERICE– cuyos resultados aún son una incógnita en la actualidad.

En resumen, se trata de una guía que pretende ser una ayuda para el médico de familia a la hora de valorar el tratamiento de los pacientes con dislipemia. Ahora sólo falta darla a conocer, ya que es sabido que para implementar el paso a la práctica no es suficiente con su publicación, por lo que desde esta tribuna invitamos a visitarla en la página web de la semFYC desde donde puede consultarse el texto completo:

http://www.semfy.com/es/actividades/grupos/documents_22046.html

<http://www.semfy.com/uploads/entrades/entrada/188387/dislipemias.pdf>

F. Lago-Deibe

Médico de Familia. Centro de Salud de Sárdoma. Vigo. España.
Por el Grupo de Dislipemias de la semFYC (A. Álvarez Cosmea, M. Blasco Valle, J. Lapetra Peralta, C. Llor Vilá, A. Maiques Galán, T. Mantilla Morató, E. Navarro Brito, M. Taboada Tabeada y A. Val Jiménez.)

Bibliografía

1. Lago Deibe F, Abad Vivas Pérez J, Álvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Del Álamo Alonso A, Llor Vila C, et al. Recomendaciones semFYC Dislipemias. Barcelona: EMISA; 1997.

2. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS. Guía de Prevención Cardiovascular. Madrid: SERSA; 1996.
3. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-97.
4. Grundy S, Cleeman J, Bairey C, Brewe H, Clark L, Hunninghake D, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation. 2004;110:227-39.
5. 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. Eur Heart J. 2003;24:1601-10.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Arteriosclerosis. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Clin Invest Arteriosclerosis. 2000;12:125-52.
7. Marrugat J, Solanas P, D'Agostinho R, Sullivan L, Ordovás J, Cerdán F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003;56:253-61.
8. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald S, Sans C, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003.
9. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:435-8 y 439-56.
10. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Foz Sala M, Mantilla T, Serra Majem L, Moreno B, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. Med Clin (Barc). 2004;123:686-91.