

Las nuevas recomendaciones del National Cholesterol Education Program. Un documento más metabólico y mediterráneo

L. Masana

Unitat de Recerca en Lípids i Arteriosclerosi. Hospital Universitari Sant Joan. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Tarragona.

Las recomendaciones del National Cholesterol Education Program (NCEP) de EE.UU. tienen un impacto universal. Sus criterios suelen ser adoptados por muchos países de forma oficial o bien se reconvierten para una mejor adaptación a las realidades locales. Por ello es interesante analizar los contenidos de la última actualización del Panel de Tratamiento de Adultos III (ATP III)¹. Es importante valorar su aparición en un contexto de máximo interés para la prevención cardiovascular en nuestro país, bajo la óptica de los recientes estudios que conforman la evidencia científica, las recientes recomendaciones europeas y el documento "Control de la colesterolemia en España"². Desde el punto de vista metodológico, creemos que se trata de un documento bien fundamentado, si bien carece de la robustez de los anteriores a la hora de establecer indicaciones. No todas ellas se basan en niveles elevados de evidencia científica y en muchos casos traducen la opinión, muy respetable, de los expertos reunidos o consultados. De este documento cabe destacar la consideración de los trastornos del metabolismo lipídico de forma global y no sólo como alteraciones cuantitativas de las LDL. Si bien la gran diana terapéutica sigue siendo el colesterol de LDL, se presta especial atención a la hipertrigliceridemia y la hipoalfalipoproteinemia, tomadas en consideración a la hora de determinar conductas terapéuticas adicionales. La clasificación de los aumentos de LDL y colesterol total que contiene el documento a buen seguro que será utilizada por la mayor parte de expertos y especialistas en el tema. Un paso adelante de importancia es la definición de situaciones con riesgo equivalente al haber sufrido ya manifestaciones clínicas de la enfermedad isquémica coronaria, y en esta categoría se sitúan las manifestaciones vasculares arteriomatosas de

otros territorios vasculares, la diabetes mellitus y el riesgo cardiovascular global superior al 20% a los 10 años. La prevalencia de alteraciones vasculares periféricas, como los aneurismas de la aorta abdominal, es muy elevada, especialmente en sujetos de más de 60 años, por lo que estas recomendaciones inducen a la búsqueda de esta alteración y, en consecuencia, a unos objetivos terapéuticos más exigentes. La consideración de la diabetes mellitus como una situación de elevado riesgo y, por tanto, con la necesidad de la obtención de unos objetivos de LDL idénticos a los recomendados para la prevención secundaria es algo que se acepta *de facto* en la práctica diaria. Sin embargo, ésta es la primera vez que se establece de forma oficial. Si bien esta consideración parece lógica, las evidencias en las que se sustenta son de segundo orden. El riesgo de los pacientes diabéticos según el estudio Framingham dobla al de los no diabéticos pero sin llegar, en muchos casos, al de los pacientes que ya han sufrido un infarto. Las recomendaciones de las sociedades europeas y las más recientes españolas, basadas en el cálculo global de riesgo, consideran que a los diabéticos se les debe atribuir el riesgo que corresponde según la adición de esta variable a la fórmula de Framingham y actuar según el resultado. Así pues, la mayor parte de los varones y mujeres de menos de 55 años con diabetes mellitus pero con cifras de colesterol inferiores a los 240 mg/dl y de presión arterial inferiores a 130/80 mmHg presentan un riesgo global a los 10 años inferior al 20%. Además, cuando éste es superior al 20%, la meta terapéutica para LDL es 115 mg/dl según las sociedades europeas y de 130 para las españolas. Este aspecto es conflictivo, aunque personalmente abogamos por la máxima exigencia en este grupo de pacientes. Un hecho nuevo y de gran interés por sus implicaciones es la recomendación del cálculo de riesgo coronario global. Este concepto es el centro de las recomendaciones tanto de las sociedades europeas como del documento español. Podríamos decir que la ATP III recoge estas sugerencias y las oficializa considerando que los sujetos

Palabras clave:

Documentos de consenso. NCEP. Colesterol. Factores de riesgo cardiovascular. Dieta mediterránea.

Correspondencia: Dr. L. Masana. Universitat Rovira i Virgili. Sant Llorens, 21. 43201 Reus.

con riesgo cardiovascular superior al 20% deben ser tratados hasta conseguir unas concentraciones de LDL inferiores a 100 mg/dl. Las sociedades europeas fijaron el umbral en 115 mg/dl y el documento español lo elevó a 130 mg/dl teniendo en cuenta que la población mediterránea tiene un menor riesgo cardiovascular. Independientemente de las diferencias en los objetivos, consideramos que se ha reforzado el cambio cultural que supone el abordaje multifactorial del riesgo cardiovascular.

Otro aspecto a destacar es la importancia que el ATP III otorga al síndrome metabólico. Es sabido que un trastorno poco definido en el que concurren diversas alteraciones metabólicas –como la hiperlipemia, la hipertensión, la obesidad troncular y la hiperglicemia– es común a muchos pacientes que padecen las consecuencias clínicas de la aterosclerosis. Se han señalado la resistencia a la insulina e hiperinsulinismo como probables factores patogénicos comunes. La prevalencia de esta alteración es difícil de valorar en la población, entre otras cosas porque se carece de unos criterios diagnósticos únicos. Consideramos que el atrevimiento de la ATP III de definir unos criterios clínicos va a ser de gran interés y utilidad clínica. Debemos tener las reservas lógicas de la extrapolación a nuestro medio y la arbitrariedad con la que más o menos se han definido estos criterios. Llama la atención que se sustituyan los índices de masa corporal y cintura/cadera por el perímetro de la cintura. Las evidencias epidemiológicas apuntan a su mejor relación con el riesgo vascular y además tiene innumerables ventajas de aplicabilidad práctica. Los puntos de corte para triglicéridos, colesterol HDL y normotensión determinarán la inclusión en esta categoría de muchos individuos de nuestra población. Creemos que lo relevante es la consideración de que el complejo de factores de riesgo, una vez más, debe ser la preocupación del clínico y que, una vez controlado el colesterol LDL, en un grupo amplio de pacientes quedan cosas por hacer como el control de la obesidad, los triglicéridos y las HDL. Las recomendaciones de la ATP III hacen más complejo el manejo del paciente hiperlipémico, pero probablemente se acercan más a la realidad clínica y metabólica.

En este sentido tiene valor la clasificación de las concentraciones de triglicéridos con la llamada de atención que supone que una cifra de triglicéridos superior a 150 mg/dl es anormal. Las evidencias de múltiples ensayos en este sentido han provocado que se intente llamar la atención al clínico sobre estos valores de triglicéridos. Asimismo la incorporación de la cifra de 40 mg/dl como punto de corte único deseable para las HDL acentúa el papel de estas clases lipoproteicas en el riesgo cardiovascular

dado por las alteraciones del metabolismo lipídico.

Por primera vez se comenta el papel de los factores de riesgo no clásicos y los emergentes como las concentraciones de Lp(a) y homocisteína, entre otros. Aunque se releguen a una segunda línea de consideración clínica, no cabe duda de que se pretende transmitir el mensaje de su utilidad en casos concretos.

Las recomendaciones dietéticas son uno de los cambios más apreciables en el documento. Podríamos hablar de una “mediterraneización” de dichas recomendaciones. Se apuesta por permitir un incremento de las grasas totales hasta un 35% del aporte energético total si en parte es a expensas de incrementar monoinsaturados hasta un 20%. No se cita al aceite de oliva, pero queda claro que se opta por una estrategia idéntica a la defendida por la Sociedad Española de Arteriosclerosis desde hace años. Sorprende, sin embargo, el acento que se pone en el uso de fitoesteroles y fibra, componentes de los que existen estudios comparativos pero que carecen de la evidencia epidemiológica que poseen los ácidos monoinsaturados. En este caso la robustez de las recomendaciones se basa en evidencias de segundo orden. En cuanto al tratamiento farmacológico, y especialmente al uso de estatinas, quisiera destacar que el documento considera aceptable el concepto de efecto de clase y que admite que cualquiera de ellas puede ser útil si permite alcanzar los objetivos preestablecidos.

Estamos pues delante de un documento que, si bien está elaborado para la población americana, a buen seguro influirá también en la actitud de los médicos de otros muchos países. Es un documento que recomienda un enfoque mucho más complejo del individuo con riesgo vascular; refuerza la necesidad del cálculo de riesgo cardiovascular global, pero además recuerda a los clínicos que el metabolismo lipídico y, por tanto, sus alteraciones son más complejas que los ascensos y descensos de LDL. Debe conocerse en profundidad el significado de estos trastornos metabólicos, debe diagnosticarse a los pacientes para indicar en cada momento la terapia dietética y farmacológica más adecuada. El ATP III nos ofrece un documento menos robusto en las evidencias que sustentan sus conclusiones, más complejo y mucho más metabólico, en el que se tiene en cuenta la valoración global del riesgo y, por tanto, más europeo y, en concreto, más mediterraneizado.

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: 2486-2497.
2. Control de la Colesterolemia en España, 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.