



06

artículo

Antonio Maiques [[Buscar autor en Medline](#)]



Algunas cuestiones pendientes

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Las cuestiones pendientes de resolver en el tratamiento y control de los factores de riesgo son innumerables. Sin embargo, he elegido tres temas que encuentro más pertinentes por su actualidad y repercusión práctica: el inicio del tratamiento con fármacos antihipertensivos, el objetivo de control del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), ambos temas utilizando parte del material de este número de la revista, y, por último, analizar las consecuencias derivadas de las nuevas recomendaciones de las Sociedades Europeas.

La elección del mejor fármacos para iniciar el tratamiento antihipertensivo no es una cuestión resuelta como se ha podido comprobar en la lectura del capítulo de esta revista titulado "Ensayos clínicos que comparan dos fármacos antihipertensivos". Así, los resultados prometedores de dos grupos terapéuticos, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, por su efecto protector de los órganos diana no se ha visto refrendado por los resultados de los ensayos clínicos. En términos generales, hemos comprobado que no existen diferencias relevantes entre los distintos grupos de fármacos si analizamos los datos de los ensayos clínicos sobre prevención del infarto de miocardio, ictus o mortalidad total.

Sin embargo, los distintos metaanálisis de estos ensayos presentan conclusiones dispares. Así, un metaanálisis elaborado en el año 2000 ¹ concluye que los antagonistas del calcio son inferiores a otros grupos terapéuticos en la prevención de las complicaciones más graves de la hipertensión arterial cuando se utilizan como fármacos de primera línea en el tratamiento. El "Blood Pressure Lowering Treatment Trialists", también en el años 2000 ² y 2003 ³ interpreta que no existen diferencias substanciales entre los diferentes grupos terapéuticos. Por último, un metaanálisis que utiliza la "técnica de redes" ⁴ obtiene que los diuréticos a bajas dosis son los fármacos de primera elección para prevenir la enfermedad y la mortalidad cardiovascular y las guías de práctica clínica deberían reflejar esta evidencia. Esta disparidad basada en unos diseños que teóricamente aporta el grado máximo de evidencia plantea enormes interrogantes al médico práctico: la forma de agrupar o analizar los resultados de los ensayos clínicos ¿condiciona demasiado los resultados?

La cuestión en relación con el tratamiento de la dislipemia es ¿hasta qué valor hay reducir el cLDL? La respuesta a esta pregunta requiere el análisis de dos argumentos: las recomendaciones de las guías de tratamiento de las dislipemias y las evidencias de los ensayos clínicos. Las guías utilizadas en España ^{5;6} plantean una estrategia basada en la consecución de unos objetivos de control del cLDL. Los pacientes con riesgo cardiovascular alto, diabéticos o con una enfermedad cardiovascular deberían alcanzar un cLDL inferior a 100 mg/dl según la mayoría de las guías. Existen influyentes opiniones ⁷ que aconsejan como objetivo en determinados casos de riesgo cardiovascular muy alto un cLDL inferior a 70 mg/dl y, recientemente, se han publicado dos ensayos clínicos ^{8;9} que obtienen algunos beneficios en la reducción de la enfermedad cardiovascular con descensos del cLDL hasta casi los 60 mg/dl. La facilidad con que se bajan los objetivos de cLDL contrasta con la dificultad para el control en la práctica clínica ¹⁰.

Por otro lado, los ensayos clínicos rara vez utilizan en su diseño un objetivo de control del cLDL, ya que generalmente inician el tratamiento con una dosis fija de estatina u otro fármaco hipolipemiente y lo mantienen a lo largo de todo el estudio. Por esto, la conclusión más adecuada según los resultados de los ensayos clínicos con estatinas y, también de los metaanálisis, es que una reducción del cLDL mayor del 20% previene la enfermedad cardiovascular, sobre todo, la cardiopatía isquémica y en pacientes con riesgo muy elevado, además, el ictus y la mortalidad total. Estos beneficios se producen iniciando

bibliografía

1. Pahor M, Psaty BM, Alderman MH, Applegate WB, Williamson JD, Cavazzini C et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2000; 356:1949-1954.
2. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000; 355:1955-1964.
3. Turnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003; 362(9395):1527-1535.
4. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289(19):2534-2544.
5. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of TheThird 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, or ATP III). *JAMA* 2001; 285:2486-2497.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés

el tratamiento hipolipemiante incluso con valores muy bajos de cLDL, en algunas ocasiones inferiores a 130 mg/dl 11;12 . Reducciones mayores del cLDL obtenidas con dosis altas de estatinas consiguen mejores resultados en algunos casos, pero también con un aumento de los efectos secundarios. Así, resumiendo, una de las recomendaciones más importante de las guías de tratamiento como es el objetivo de control de cLDL no tiene una evidencia clara que lo sustente; si no existe una evidencia rotunda ¿hasta donde debemos reducir el cLDL?

Desde el años 1997 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 13 recomendaba el cálculo del riesgo coronario mediante la tabla del estudio de Framingham para establecer las prioridades de intervención en prevención cardiovascular y la indicación del tratamiento con fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos. El riesgo coronario también lo utilizaban las Sociedades Europeas en su primera 14 y segunda versión 15 y el Ministerio de Sanidad y Consumo 16 . Ahora, las Sociedades Europeas en su tercera versión y las sociedades científicas españolas relacionadas con la prevención de las enfermedades cardiovasculares y el Ministerio de Sanidad y Consumo 6 aconsejan calcular el riesgo de muerte cardiovascular mediante las tablas del SCORE (*Sistematic Coronary risk Evaluation*). La utilización de datos derivados de población mediterránea con un riesgo más parecido al español justificaría este cambio. El paso de calcular el riesgo coronario a estimar el riesgo de muerte cardiovascular también conduce a modificar la definición del paciente con riesgo cardiovascular alto: igual o superior al 20% si es el riesgo coronario o igual o superior al 5% si es el riesgo de muerte cardiovascular.

Otro cambio propuesto por la tercera revisión de las Sociedades Europeas 6 es considerar, tal como lo hacía el *Adult Treatment Panel 5* , la diabetes como un equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica. Anteriormente, la diabetes era considerada como un factor de riesgo y, como la presión arterial, colesterol total o tabaquismo, había que calcular el riesgo coronario, pero ahora directamente son considerados de riesgo alto.

Todas estas modificaciones se han realizado desconociendo las consecuencias prácticas que ocasionaría su aplicación: los pacientes con un riesgo alto por uno u otro método ¿serán cuantitativamente semejantes?, ¿tendrán características diferenciales en cuanto al sexo, edad y factores de riesgo cardiovascular?. Los diabéticos cambian su catalogación y pasan a considerarse como pacientes de riesgo alto y por lo tanto subsidiarios de tratamiento con estatinas, pero ¿a cuántas personas afectaría? o los recursos existentes en atención primara ¿son suficientes para atenderlos?

Recientemente, se han publicado unas tablas de Framingham calibradas para la población española conocidas como las tablas del REGICOR 17 (Registre Gironi del Cor) que obtienen un riesgo coronario 2,3 veces inferior en varones o 2,7 en mujeres. Utilizar estas tablas y el la definición del 20% para el paciente de riesgo alto acarrearía tratar a muy pocas personas con estatinas en prevención primaria. Para acreditar esta conclusión se aducen algunos estudios que afirman que el tratamiento con estatinas en prevención primaria no estaría justificado por su coste alto y sus escasos beneficios. ¿Cómo explicar esta gran disparidad cuando se compara con las recomendaciones de las Sociedades Europeas III?, más aún se si considera que ambas tablas provienen de estudios realizados en población española.

Como se puede comprobar existen varias cuestiones pendientes de resolver en prevención de la enfermedad cardiovascular, pero su planteamiento no justifica una actitud contemplativa ante el control y tratamiento de los factores de riesgo. El posicionamiento para el médico práctico sería cumplir de la forma más adecuada posible las recomendaciones de las guías de tratamiento, manteniendo una actitud crítica frente a los interrogantes planteados.

