



La reunión, que se celebró coincidiendo con el Día de la Dislipemia Aterogénica, estuvo coordinada desde Madrid por los doctores Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón; Juan C. Pedro-Botet, responsable de la Unidad de Lípidos del Hospital del Mar, y Ángel Díaz, coordinador del Grupo de Trabajo de Lípidos de Semergen.

La prevalencia de la DA en España es notoria. Se estima que 1.400.000 personas en edad laboral la padecen y que por tanto tienen un alto riesgo cardiovascular

La DA presenta un riesgo cardiovascular alto/muy alto y ejerce un gran impacto en la diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, la obesidad y la insuficiencia renal

Los objetivos terapéuticos en los pacientes de alto riesgo son: triglicéridos inferiores a 150 mg/dl y colesterol HDL superior a 45 mg/dl (hombres) y 50 mg/dl (mujeres)

La DA: un factor de riesgo infravalorado

La necesidad de un abordaje serio como factor de riesgo, un diagnóstico preciso y un buen uso de las nuevas combinaciones terapéuticas, principales conclusiones de un encuentro de expertos en dislipemia aterogénica

MADRID
CARLA NIETO
directora@diariomedico.com

De la dislipemia aterogénica (DA) se puede decir que es una gran desconocida. Con el objetivo de ahondar en su conocimiento y abrir nuevas perspectivas sobre su abordaje, mejorar su control y disminuir el riesgo cardiovascular, expertos de toda España en esta patología, conectados vía streaming, han puesto en común sus opiniones sobre aspectos como la prevalencia, las novedades terapéuticas o las recomendaciones clínicas para su diagnóstico y tratamiento. El evento, que coincidió con la segunda edición del Día de la Dislipemia Aterogénica, tuvo lugar en la sede de Unidad Editorial, editora de DIARIO MÉDICO, y estuvo organizado por la Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA) y Abbott.

Abrió este encuentro el presidente de la SEA, Juan F. Ascaso, quien destacó la gran importancia que tiene la DA tanto por su alta frecuencia como por el elevado riesgo cardiovascular

que conlleva, y resaltó el hecho de que se trate en cierta medida de la "gran olvidada" en el conjunto de los factores de riesgo cardiovascular.

"En los últimos años, la hipercolesterolemia se ha convertido en el pilar fundamental en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares y, de hecho, todos los consensos y guías se basan en las cifras de colesterol LDL, pero olvidan otras situaciones como la DA. Es curioso que tanto en los consensos de la Sociedad Americana de Cardiología como en los de la Sociedad Europea apenas se le dé importancia a este tipo de dislipemia. No

sabemos el porqué de esta situación, pero es algo que contrasta con el gran interés que suscita entre los especialistas, tal y como demuestra el elevado número de publicaciones científicas sobre la DA", explicó Ascaso.

SALUD PÚBLICA

En esta línea, Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, y uno de los coordinadores del evento, dijo que la DA es un problema de salud pública e insistió en que se considere como factor de riesgo cardiovascular de la misma envergadura e independiente del derivado del LDL.

En cuanto al tratamiento, Millán señaló que "las estatinas salvan vidas y son clínicamente útiles y eficaces tanto en prevención primaria como en secundaria, tal y como han demostrado los grandes estudios de intervención farmacológica. Pero, pese a ello, las dos terceras partes de los pacientes tratados con estatinas fallecen debido a complicaciones cardiovasculares. Por tanto, estos fármacos no resuelven el problema del riesgo cardiovascular en su conjunto sino solo de una parte considerable y significativa (un 25 por ciento), y no evitan el riesgo derivado de la hipertriglicéridemia o del síndrome del HDL por-

que no es éste su objetivo farmacológico".

La DA se caracteriza por la disminución del colesterol HDL (por debajo de 45 mg/dl en varones y de 50 mg/dl en mujeres), y un aumento de los triglicéridos (por encima de 150 mg/dl). "Estas dos condiciones serían la punta del iceberg bajo la cual se esconden alteraciones metabólicas y lipoproteicas de gran poder aterogénico", señaló Juan Carlos Pedro-Botet, responsable de la Unidad de Lípidos del Hospital del Mar, de Barcelona, quien abordó una de las cuestiones que más preocupan a los expertos en DA: su relación con el riesgo cardiovascular residual.

Pedro-Botet comentó las conclusiones de varias investigaciones, destacando los datos del estudio epidemiológico *Edicondis-Ulisea* de control de factores de riesgo cardiovascular, patrocinado por la SEA. Este estudio reflejó que el 18 por ciento de los 1.828 pacientes remitidos a las unidades de lípidos desde atención primaria tenían DA y también presentaban mayor prevalencia de diabetes, enfermedad cardiovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial periférica.

"Al intentar analizar cuáles eran los factores que se podían relacionar con la presencia de DA vimos que estaba asociada con el IMC (sobrepeso y obesidad); con la ausencia de tratamiento hipolipemiante (con estatinas y fibratos, concretamente) y con la presencia de enfermedad coronaria y de insuficiencia cardíaca. De este 18 por ciento, sólo el 16 por ciento alcanzó los objetivos terapéuticos de colesterol HDL y triglicéridos.

CONCLUSIONES

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico correcto de la DA pasa por hacer un perfil lipídico completo que incluya la determinación de colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL y colesterol no-HDL

CONSECUENCIAS

Una vez que se controla el colesterol LDL, la dislipemia aterogénica se presenta como principal responsable del riesgo cardiovascular residual de origen lipídico

TRATAMIENTO

Hay que buscar opciones terapéuticas que además de regular el LDL actúen sobre el HDL y los TG, algo que se consigue con la combinación de pravastatina y fenofibrato

Se puede concluir, por lo tanto, que uno de cada seis pacientes remitidos a las unidades de lípidos tiene DA y que, desgraciadamente, la consecución de objetivos terapéuticos es muy baja, por lo que la dislipemia aterogénica es la responsable de un riesgo residual muy importante, que exige realizar esfuerzos suplementarios para diagnosticar y controlar esta situación lipídica. En este sentido, las recomendaciones clínicas aconsejan que ante una DA hay que considerar la administración de un fibrato".

GUÍA CLÍNICA PARA AP

La reunión también sirvió de marco para la presentación de la primera *Guía Clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de la dislipemia aterogénica*.

La primera intervención pasa por los cambios en el estilo de vida añadiendo si es preciso un tratamiento adicional. Las estatinas y los fibratos son los fármacos de elección

ca en atención primaria, en cuya elaboración han participado tres sociedades científicas de AP (Semergen, Semfyc y SEMG) y la SEA. Ángel Díaz, coordinador del Grupo de Trabajo de Lípidos de Semergen, explicó que el objetivo de esta guía es informar a los médicos de AP de cuáles son los componentes y cómo se define la DA e insistió en la importancia de realizar un diagnóstico adecuado.

"Una vez controlados los otros factores de riesgo, como el LDL, la DA es la principal responsable del riesgo residual de origen lipídico, y desde la atención primaria debemos conocer sus expresiones fenotípicas más frecuentes para así diagnosticarla precozmente y tratarla lo antes posible, reduciendo el impacto de la enfermedad cardiovascular en este tipo de población", explicó Díaz, quien destacó el papel que pueden jugar en este diagnóstico factores como el colesterol no-HDL y determinados índices aterogénicos.

JESÚS MILLÁN



“ El paradigma del tratamiento de las dislipemias está próximo a cambiar. Para mejorar resultados habrá que pasar de una actitud LDL-céntrica a contemplar tratamientos combinados que tengan en cuenta los triglicéridos y el colesterol HDL ”

JUAN CARLOS PEDRO-BOTET



“ La dislipemia aterogénica es el tipo de dislipemia característica del síndrome metabólico, de la diabetes tipo 2 y de la mayor parte de los pacientes que se encuentran en prevención secundaria por haber padecido un infarto de miocardio ”

ÁNGEL DÍAZ



“ Todos los pacientes con DA se consideran de alto riesgo; de ahí la importancia de hacer un seguimiento con revisiones periódicas; vigilar la adherencia al tratamiento y vencer la inercia para poder adecuar el tratamiento hipolipemiente ”



En la reunión participaron expertos de ocho ciudades españolas.

150 médicos de toda España (con sus diagnósticos) solamente para Pancho

MADRID
C.N.
dmredaccion@diariomedico.com

"Les presento a don Francisco, Pancho para los amigos, un varón de mediana edad con riesgo cardiometabólico elevado y, sin duda, el paciente mejor atendido de España, pues unos 150 médicos van a opinar sobre cómo manejar su situación". De esta forma, Jesús Millán dio paso a un caso clínico en cuya resolución participaron médicos procedentes de ocho ciudades (La Coruña, Burgos, Barcelona, Valencia, Murcia, Granada, Sevilla y Madrid) que asistieron mediante *streaming* a esta reunión.

Por sus características (obeso, tabaquismo, hiper-

tenso, triglicéridos, 273 mg/dl; colesterol HDL 39 mg/dl), Pancho fue diagnosticado como un paciente con síndrome metabólico, riesgo cardiovascular elevado y dislipemia mixta con riesgo de DA.

TRATAMIENTO

Una vez definido el perfil del paciente y trazadas las líneas de tratamiento, se planteó a los asistentes una serie de preguntas. Algunas de ellas fueron, a modo de ejemplo, las siguientes: ¿Cuál sería el primer objetivo lipídico en este paciente?, ¿en qué momento hay que abordar el tratamiento de la DA?, ¿cuál es el fármaco de elección?

Los participantes en el encuentro, capitaneados por los coordinadores de las distintas sedes, tuvieron que resolver estas incógnitas en un tiempo limitado (cinco minutos para cada pregunta).

Finalmente, se dio paso a los distintos coordinadores para que cada uno ofreciera los resultados obtenidos, permitiendo así la interacción entre las distintas sedes y dando lugar a un interesante debate.

La mayoría de las respuestas fueron coincidentes y en algunas, como la combinación de pravastatina y fenofibrato en dosis fija como fármaco de elección, hubo unanimidad.

Pravastatina y fenofibrato, dúo ganador

MADRID
C.N.
dmredaccion@diariomedico.com

Las conclusiones finales de la reunión se centraron en las novedades terapéuticas. Respecto a las estatinas, tratamiento estándar para la hipercolesterolemia, se sabe que no eliminan el riesgo residual de la DA. Otra opción terapéutica son los fibratos, que en DA han demostrado una reducción de la morbi-mortalidad cardiovascular de entre un 22 y un 46 por ciento, lo que hace obligada su administración a estos pacientes. De hecho,

las guías españolas recomiendan que, tras alcanzar el objetivo LDL en pacientes con DA, se debe añadir un fibrato.

Actualmente, los especialistas disponen de una combinación fija de pravastatina 40 y fenofibrato 160 que ofrece un efecto global sobre todo el perfil lipídico, con la ventaja adicional de la disminución del LDL entre un 15 y un 20 por ciento atribuible al fenofibrato en pacientes de alto riesgo.

Respecto a los efectos adversos, no hay diferencias significativas frente a la

monoterapia aislada de cualquiera de los fármacos. El objetivo que se busca con esta combinación es reducir el LDL pero también el resto de parámetros lipídicos para disminuir el riesgo residual.

Parece demostrado, según la experiencia, que esta combinación facilita la adherencia terapéutica y mejora la consecución de los objetivos de tratamiento, con resultados más duraderos, lo que la convierten en una terapia segura y de elección que facilita el tratamiento individualizado.