

## ¿Se ajusta la conducta de los médicos argentinos a la recomendada por las guías clínicas para el control del riesgo cardiovascular mediante la utilización de estatinas?

*Does the Conduct of Argentine Physicians Adjust to Clinical Guideline Recommendations for Statin Control of Cardiovascular Risk?*

MARINA PASCUAL IZCO, JOSÉ LUIS ZAMORANO GÓMEZ

Las enfermedades cardiovasculares (CV) suponen actualmente la primera causa de muerte en el mundo. (1) A ellas se deben más del 24% de todas las muertes y se calcula que alrededor de 23 millones de personas/año fallecerán por este motivo dentro de 15 años. (2) El 9% del gasto sanitario en Europa se destina a la enfermedad CV (3) y en los Estados Unidos se estima que el dinero dirigido a tal fin se va a triplicar en las próximas tres décadas. (4) Eliminando los factores de riesgo responsables, entre los que se encuentra el colesterol, se podrían prevenir hasta el 80% de estas enfermedades. (5) Así pues, la optimización de los niveles de colesterol en sangre mediante el empleo de estatinas es uno de los pilares de la prevención CV. Sin embargo, pese a que los objetivos de estilo de vida y tratamiento están bien definidos, el control de las cifras de colesterol en sangre está todavía lejos de ser óptimo. (6, 7) De ahí que sean necesarios estudios como las encuestas EUROASPIRE (6, 7) (realizadas en varios países de Europa) o el estudio COFEMA (8) (realizado en la Argentina y publicado en estas mismas páginas) que analicen cuál es la conducta de los médicos respecto del empleo de estatinas, que permitan identificar los puntos débiles existentes y así se puedan mejorar las estrategias a seguir para alcanzar de una forma más óptima los objetivos de colesterol en sangre marcados por las guías clínicas (GC).

Los objetivos de colesterol en sangre son uno de los puntos discrepantes que encontramos entre las GC y que analizan tanto las encuestas EUROASPIRE (6, 7) como el estudio COFEMA. (8) Las guías americanas (9) no marcan niveles de LDL concretos, sino que identifican cuatro grupos de riesgo a los que iniciar estatinas de forma directa. Entre estos cuatro grupos de riesgo se encuentran los pacientes diabéticos, para quienes recomiendan el inicio directo de tratamiento farmacológico. Sin embargo, tan solo el 79% de los médicos argentinos encuestados en el estudio COFEMA cumplían con esta recomendación. (8) Y es que no es una recomendación universalmente aceptada; las guías europeas (10) recientemente presentadas mantienen

los niveles objetivo de LDL para cada grupo de riesgo que, en el caso de los pacientes diabéticos, sería < 70-100 mg/dl en la mayoría de los casos, recomendando el inicio del tratamiento con estatinas de forma directa únicamente en diabéticos tipo 1 con microalbuminuria o daño renal asociado. Esta falta de consenso puede contribuir a que no todos los médicos traten igual a pacientes de similares características.

Además de cuándo iniciarlas, también es importante conocer qué dosis de estatinas es la más adecuada. Si bien son principalmente las guías de la AHA 2013 (9) las que hacen hincapié en recomendar dosis altas de estatinas en prevención secundaria, también los estudios europeos dejan claro que cuanto mayor sea la intensidad del tratamiento, mayor será el porcentaje de pacientes que alcancen los niveles objetivo de LDL. (6) Pese a la evidencia clínica, tan solo el 37,6% de los pacientes que sufren un evento CV en Europa son dados de alta con estatinas en dosis de alta intensidad. (6) Asimismo, el estudio COFEMA reveló que poco más de la mitad (65%) de los médicos argentinos pautaban estatinas en dosis altas.

¿La causa?: el miedo a los efectos adversos. Una encuesta estadounidense reveló que hasta el 62% de los pacientes suspendían por cuenta propia las estatinas por el miedo a los efectos secundarios. (11) En esta misma línea, la mayoría de los médicos argentinos reconocieron que realizaban una monitorización de rutina de las enzimas hepáticas, si bien no es una precaución que se recomiende en ninguna de las GC.

Es probable, por lo tanto, que el bajo porcentaje de médicos que prescriben un tratamiento de alta intensidad con estatinas (atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 20-40 mg) guarde relación con el temor a la aparición de efectos adversos, pese a la evidencia clínica existente.

Llama también la atención que tanto entre los resultados del estudio COFEMA (8) como en los de la encuesta EUROASPIRE IV (6), en gran parte de los casos (33% en ambos estudios) los médicos reducían la dosis o suspendían el tratamiento con estatinas una

REV ARGENT CARDIOL 2016;84:533-534. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i6.10019>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2016;84: 558-564. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v84.i6.8516>

*Dirección para separatas:* Prof. José Luis Zamorano Gómez - Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal - Carretera de Colmenar Km 9,100 - 28034 Madrid, España - email: zamorano@secardiologia.es

vez que se alcanzaban los objetivos deseados. Sin embargo, esto no ocurre de forma contraria. De todos los pacientes encuestados en el EUROASPIRE IV (6) que no recibían un tratamiento adecuado con estatinas pese a presentar indicación para ello, tan solo en un 12,3% de los casos se iniciaba o intensificaba el tratamiento.

Y sí, podemos afirmar que las estatinas son la principal arma de la que disponemos contra la dislipidemia. Pero no la única. El ezetimibe es un inhibidor de la absorción intestinal de colesterol que ha demostrado que mejora la reducción de los niveles de LDL asociado con estatinas. (12) Es por ello que su uso está recomendado por las guías europeas (10) en asociación con estatinas en aquellos casos en los que no se alcanzan los objetivos de LDL deseados o de forma aislada en caso de intolerancia a las estatinas. No comparten esta recomendación las guías americanas, (9) para las que no existe suficiente evidencia de la eficacia de este fármaco pese a las publicaciones existentes. La actitud de los médicos argentinos es coherente con esta premisa, empleando ezetimibe en menos del 20%.

Y no podía faltar en un estudio de relevancia como el COFEMA el análisis del empleo de estatinas en situaciones controvertidas. Por ejemplo, se ha discutido mucho sobre el riesgo de emplear estatinas en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Las guías americanas de 2013 (9) evitaban hacer cualquier recomendación al respecto ante la falta de evidencia. Las guías europeas de 2016, (10) sin embargo, dejan clara su postura en base a los diferentes ensayos clínicos disponibles en pacientes con ERC y estatinas: los pacientes con ERC son pacientes de muy alto riesgo CV en los que está indicado el uso de estatinas, exceptuando aquellos en hemodiálisis libres de enfermedad aterosclerótica conocida. De acuerdo con esto, el 90% de los médicos argentinos encuestados en el estudio COFEMA indicaron estatinas en prevención secundaria en pacientes con ERC.

Lo mismo ocurre con la insuficiencia cardíaca (IC) y el uso de estatinas. Las guías de la AHA 2013 (9) no consideraron que existiera evidencia suficiente para hacer ninguna recomendación al respecto, si bien las guías de la ESC 2016 (10) señalan que aunque no está indicado el uso de rutina de estatinas en pacientes con IC, tampoco existe evidencia de daño ni por lo tanto indicación para suspenderlas en pacientes con IC e indicación de uso por otro motivo. En esta línea, el 81% de los encuestados en el estudio COFEMA optaron por indicar estatinas en prevención secundaria en pacientes que además presentaban falla cardíaca.

Así entonces, ¿se ajusta la conducta de los médicos argentinos a la recomendada por las GC? Los resultados del estudio COFEMA demuestran, tal como hemos analizado, que sí. Quizás la mayor deficiencia

se observe en el bajo número de médicos argentinos que prescriben dosis altas de estatinas, tal y como también se observó que ocurría en las encuestas EUROASPIRE. Dada la evidencia existente a favor del tratamiento de alta intensidad con estatinas, sería interesante llevar a cabo futuros estudios que confirmaran las causas de esta actitud para poder reconducirla y aumentar así el porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos de colesterol en sangre marcados por las GC.

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The top 10 causes of death, factsheet No. 310. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>. Acceso en diciembre 2016.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006;3:e442. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
3. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, et al. European Cardiovascular Disease Statistics, 2012. Brussels: European Heart Network, 2012.
4. Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:933-44. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.192667>
5. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization, 2004.
6. Riner Z, De Backer G, Fras Z, Kotseva K, Tokgözoğlu L, Wood D, et al. Lipid lowering drug therapy in patients with coronary heart disease from 24 European countries- Findings from the EUROASPIRE IV survey. *Atherosclerosis* 2016;246:243-50. <http://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.010>
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; on behalf of EUROASPIRE study Group Cardiovascular prevention guidelines the clinical reality: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in 8 European countries. *Lancet* 2009;372:929-40. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61000-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61000-0)
8. Rosende A, Caniggia C, Casuscelli J, Mirada M, Comtesse D, Charask A y cols. Conductas frente a la utilización de estatinas en una muestra de médicos de la Argentina. Estudio COFEMA. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:558-64.
9. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2889-934.
10. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J* 2016.
11. Cohen JD, Brinton EA, Ito MK, Jacobson TA. Understanding statin use in America and gaps in patient education (USAGE): an internet-based survey of 10,318 current and former statin users. *J Clin Lipidol* 2012;63:208-15. <http://doi.org/10.1016/j.jcl.2012.03.001>
12. Reiner Z. Combined therapy in the treatment of dyslipidemia. *Fundam Clin Pharmacol* 2010;23:79.