



12 Octubre, 2015

NUEVOS PASOS EN DA

Ante el escaso conocimiento de la DA, especialistas en este ámbito establecen como objetivo aumentar la formación que se tiene sobre ella



FOTOS: MAURICIO BERVOY

Ángel Brea (Hospital San Pedro, en Logroño); Ángel Díaz (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria); Antonio Hernández (Hospital Universitario Dr. Peset, en Valencia); Mariano Blasco (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria); Teresa Mantilla (Centro de Salud Universitario Prosperidad, en Madrid); Jesús Millán (Hospital Gregorio Marañón, en Madrid); Pedro González (Universidad de Málaga); Juan Pedro Botet (Hospital del Mar, en Barcelona), y Xavier Pintó (Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona).

Hacia un mejor conocimiento de la dislipemia aterogénica

Varios especialistas identifican ocho aspectos en los que se debe incidir para mejorar su abordaje | Se trata de un trastorno lipídico infradiagnosticado, infratratado e infracontrolado en España

MADRID
ESTER CRESPO
 dmredaccion@diariomedico.com

Un grupo de expertos ha identificado ocho controversias -gaps- entre lo que dice la evidencia científica y lo que se realiza en la práctica, tanto en atención primaria como en especializada, en el abordaje de la dislipemia aterogénica (DA). Caracterizada por un exceso de triglicéridos, un déficit de c-HDL y una alteración de la composición de las lipoproteínas, sobre todo una disminución del tamaño y aumento de la densidad de las partículas LDL, la DA está infradiag-

nosticada, infratratada e infracontrolada en España. Por ello, la compañía Mylan trabaja en impulsar el conocimiento de este trastorno.

Uno de los aspectos que los especialistas destacan es el escaso empleo de las pruebas diagnósticas para la evaluación de esta alteración metabólica. El diagnóstico de la DA requiere un perfil lipídico completo: colesterol, triglicéridos, cLDL, cHDL y cálculo del colesterol no HDL, que se calcula restando al colesterol total el cHDL, explica Ángel Díaz, coordinador de Lípidos de la Sociedad Española de Médicos de Atención Prima-

ria (Semergen). En atención primaria se recomienda el empleo de algunos índices aterogénicos que ayudan a una mejor predicción de la enfermedad, como es el índice CT/cHDL < 3,5 en el hombre y < 3 en la mujer o el índice cLDL/cHDL < 2,5 en el hombre y < 2 en la mujer.

En especializada, en unidades de lípidos puede ser útil la determinación de los índices Apo B/Apo A, para mejorar la precisión del cálculo del riesgo cardiovascular, y TG/Apo A, que cuando es menor de 1,3 indica mayor número de LDL pequeñas y densas. "La DA se debe detectar en AP me-

dianta una búsqueda oportunista de casos en aquellos pacientes con dislipemia y que expresen los fenotipos en los que la DA es más frecuente. No aconsejamos la detección masiva de casos por sobrecarga del sistema sanitario", señala.

Otra de las controversias que han observado los espe-

cialistas es que no se ponen en práctica los objetivos terapéuticos para triglicéridos y HDLc. "La dislipemia aterogénica es un objetivo diagnóstico, pero también un objetivo terapéutico en los pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular. En este sentido, en esta población especial, además del colesterol LDL, debe alcanzarse un objetivo de triglicéridos menor de 150 mg/dl y de colesterol HDL mayor de 40 mg/dl en los varones y mayor de 50 mg/dl en las mujeres", afirma Juan Pedro Botet, del Servicio de Endocrinología del Hospital del Mar, en Barcelona.

El incremento del riesgo cardiovascular asociado a la hipertrigliceridemia es otro de los aspectos esenciales. Xavier Pintó, jefe de sección del Servicio de Medicina Interna y coordinador de la Unidad de Riesgo Vascular del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), incide en que existen numerosos estudios que han demostrado que el exceso de triglicéridos aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

RIESGO DE MUERTE

"En un metanálisis de 35 estudios longitudinales con más de 900.000 pacientes se demostró que la hipertrigliceridemia en ayunas aumenta un 80 por ciento el riesgo de muerte por causa cardiovascular y un 37 por ciento el riesgo de episodios de enfermedad cardiovascular, en comparación con la ausencia de un exceso de triglicéridos. Asimismo, los estudios genéticos de aleatorización mendeliana han demostrado que por cada mmol/L (89 mg/dL) de aumento de los triglicéridos plasmáticos causados por variantes genéticas de la lipoproteína lipasa el riesgo de muerte por cualquier causa se multiplica por dos", explica Pintó.

En cambio, existen beneficios cardiovasculares asociados al HDLc. Las partículas de HDL se encargan del transporte inverso de colesterol, pero también tienen efectos antioxidantes, antiinflamatorios, antitrombóticos o de mantenimiento de la función endotelial.

Los ensayos clínicos y el desarrollo de fármacos que aumentaban el HDL, según Teresa Mantilla, médico de familia del Centro de Salud Universitario Prosperidad, en Madrid, no han conseguido disminuir la enfermedad cardiovascular. Por tanto, "para obtener beneficios cardiovasculares aumentando el HDL se debe recomendar realizar ejercicio fi-

PEDRO GONZÁLEZ

"Diabetes tipo 2, obesidad y síndrome metabólico son las tres situaciones que más se expresan con los parámetros lipídicos y lipoproteicos de la DA"



JESÚS MILLÁN

"La DA está en el alto riesgo vascular residual, con más impacto si hay diabetes tipo 2, síndrome metabólico, obesidad e hiperlipemia familiar combinada"



ANTONIO HERNÁNDEZ

"El tratamiento combinado con las estatinas y fibratos es más eficaz que la monoterapia para reducir el riesgo cardiovascular"



ÁNGEL DÍAZ

"La dislipemia aterogénica se debe detectar en AP con la búsqueda oportunista de casos; una detección masiva sobrecargaría el sistema sanitario"



ÁNGEL BREA

"Entre los fibratos, destaca el fenofibrato por su menor asociación a efectos"



12 Octubre, 2015

NUEVOS PASOS EN DA | Sesiones formativas presenciales y 'online' a nivel nacional buscan implantar una única valoración de la dislipemia aterogénica

sico aeróbico de forma regular, disminuir el peso, abandonar el tabaco, realizar una dieta rica en ácidos grasos monoinsaturados y polinsaturados y moderada ingesta de alcohol".

SITUACIONES ASOCIADAS

La obesidad, la diabetes de tipo 2 y el síndrome metabólico son factores de riesgos que se asocian con la dislipemia aterogénica. "Son las tres situaciones clínicas que con mayor frecuencia se expresan mediante los parámetros lipídicos y lipoproteicos que definen a la DA", explica Pedro González, catedrático emérito de Medicina Interna en la Universidad de Málaga. El experto considera que en los últimos años estos factores de riesgo se están incrementando, sobre todo la obesidad en pobla-

nado en el paciente de alto riesgo con DA.

La primera línea de la terapia hipolipemiente es el uso de una estatina. Sin embargo, Antonio Hernández, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Dr. Peset, en Valencia, señala que el tratamiento con estatinas no elimina totalmente el riesgo cardiovascular residual asociado a la dislipemia aterogénica. "En los pacientes con elevado riesgo cardiovascular se plantea la asociación de estatina con fenofibrato como la más adecuada. El tratamiento combinado estatina-fibratos es más eficaz que la monoterapia para la reducción del riesgo cardiovascular y se asocia con un menor riesgo de eventos cardiovasculares", afirma Hernández.

Para Mariano Blasco, coordinador del grupo de dislipemias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), lo que el tratamiento de la DA intenta disminuir es el riesgo residual de sufrir eventos cardiovasculares aun estando ya en objetivos de colesterol LDL adecuados.

Existe una pandemia de obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, las tres situaciones que con mayor frecuencia se relacionan con la dislipemia aterogénica

ción joven y en países emergentes. "Existe una pandemia de obesidad, diabetes y síndrome metabólico".

También hay menos conocimiento respecto a que la dislipemia aterogénica está presente en el riesgo vascular residual elevado, "un riesgo que no se logra reducir con estatinas y que tiene mayor impacto en pacientes con diabetes tipo 2, síndrome metabólico, obesidad y la hiperlipemia familiar combinada", recuerda Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid.

Las últimas dos controversias identificadas por los expertos son los beneficios que supone el tratamiento de la dislipemia aterogénica y el tratamiento combi-

Más de 1.700 especialistas de primaria formados con Cr1terio

El programa formativo Cr1terio espera poder preparar en la dislipemia hasta 2.000 médicos de atención primaria

MADRID
ESTER CRESPO
dmredaccion@diariomedico.com

Para implantar una única valoración de la dislipemia aterogénica, se elaboró el programa formativo Cr1terio, que pretende involucrar a médicos de atención primaria mediante la asistencia a sesiones formativas presenciales y online, y donde se discuten las controversias sobre este problema.

Previamente a la realización de las sesiones, "se identificaron los gaps entre lo que dice la teoría y la práctica y la recomendación de las guías; se preparó el material de formación apoyado con casos clínicos ilustrativos; se aleccionó a los formadores en el Día de la Dislipemia Aterogénica y se implantó este programa acreditado", explica Jesús Millán, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid.

Por el momento, han sido realizadas 114 reuniones a nivel nacional y a cada una de ellas han asistido entre quince o veinte personas, en las que se han tratado unos gaps u otros, dependiendo de la dinámica del grupo, y que den comiencen las nuevas mesas redondas tras la celebración del Día de la Dislipemia Aterogénica.

"El objetivo es que, cuando acabe el programa, hayan sido formados



Un momento del encuentro organizado en la sede DM con expertos en dislipemia aterogénica.

unos 2.000 médicos de primaria", calcula Millán.

En las reuniones del programa Cr1terio se realizaron encuestas y los datos muestran una valoración satisfactoria por parte de los especialistas sobre estos encuentros de formación.

RECOMENDACIÓN

"Prácticamente el 95 por ciento de los asistentes han visto satisfechas sus expectativas y, además, casi todos los asistentes recomendarían la asistencia a estos eventos a los compañeros de su colectivo", señala Millán, que afirma que elaborarán una publicación con las respuestas de los asistentes a las reuniones.

Recientemente, un consenso europeo sobre la dislipemia aterogénica ha sido publicado en la revista *Atherosclerosis*. En él,

Las encuestas valoran con satisfacción estos encuentros, ya que el 95 por ciento de los asistentes ven cumplidas sus expectativas

los puntos clave que se destacan son que el cLDL y los triglicéridos se asocian con un aumento de riesgo de eventos cardiovasculares, que se pueden agravar con el cHDL bajo, que el colesterol no HDL puede ser un mejor marcador de riesgo cardiovascular que el LDL y que hay que prestar más atención a las lipoproteínas remanentes, resume Millán. Además, el consenso hace hincapié en que tanto el HDL como los triglicéridos deben medirse para evaluar el riesgo residual cardiovascular.

Por último, el consenso considera que para el buen manejo de los pacientes con dislipemia aterogénica, en la práctica clínica, el colesterol no HDL y los triglicéridos ayudan a evaluar el riesgo cardiovascular; el colesterol no HDL debería ser el foco para el manejo de ese riesgo; también habría que adoptar un enfoque individual y multifactorial; aumentar la atención en la prevención secundaria, y que los pacientes de alto riesgo que necesitan tratamiento con estatinas, y tienen los triglicéridos altos y el colesterol HDL bajo, se beneficien de la terapia combinada de fenofibrato y estatina. "Nos planteamos la estrategia para saber si desde el punto de vista de la intervención estos parámetros en la teoría se traducen sobre los pacientes".



TERESA MANTILLA

“ Para aumentar el HDL se recomienda ejercicio aeróbico, bajar peso, dejar el tabaco y una dieta rica en ácidos grasos monoinsaturados y polinsaturados”



JUAN PEDRO BOTET

“ Con riesgo cardiovascular ha de lograrse un nivel de triglicéridos menor de 150 mg/dl y de colesterol HDL mayor de 40 en varones, y de 50 en mujeres”



XAVIER PINTÓ

“ Un metanálisis que incluía a 900.000 pacientes demostró que la hipertrigliceridemia en ayunas eleva un 80 por ciento el riesgo de muerte cardiovascular”



MARIANO BLASCO

“ Al tratar la dislipemia aterogénica se busca reducir el riesgo residual cardiovascular, aun en los objetivos de colesterol LDL adecuados”

