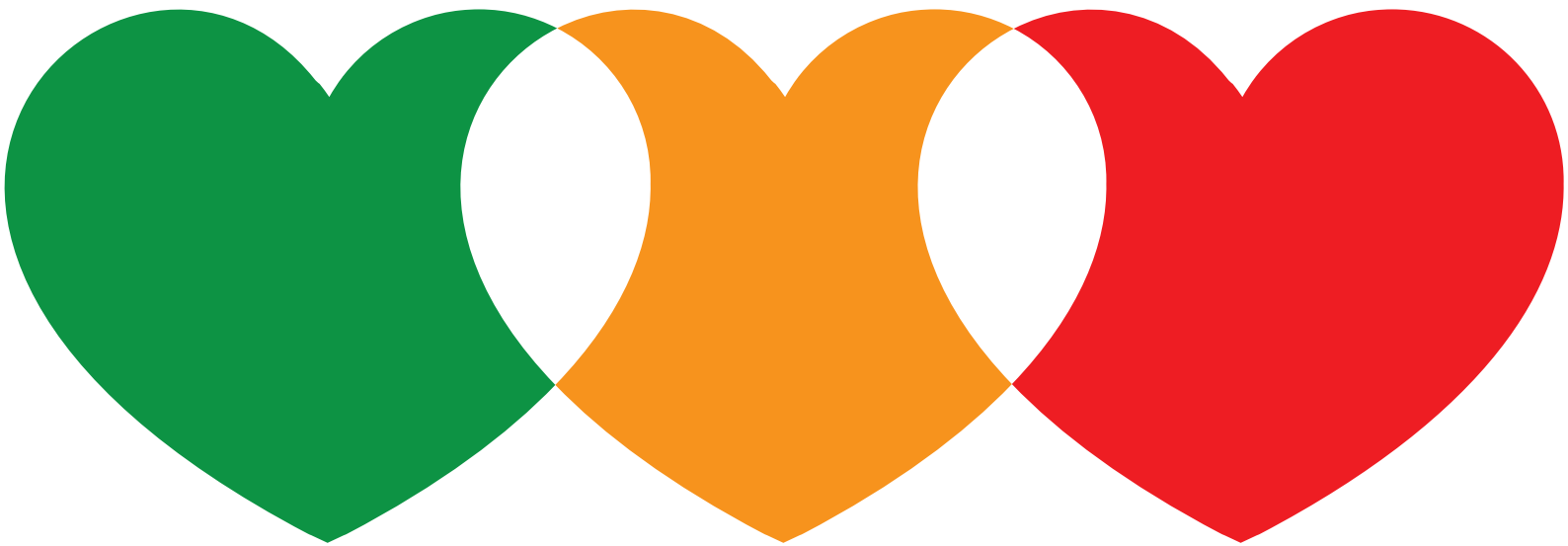


# PROYECTO ACDIS



Actitud del Clínico frente a la prevención  
de eventos carDiovasculares  
en paclentes con diSlipemia



**Ramón Bover Freire**  
**Leopoldo Pérez de Isla**  
Servicio de Cardiología.  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**saned.**  
GRUPO

© SANED 2019

Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Sanidad y Ediciones, S. L.

Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel: 91 749 95 00

Fax: 91 749 95 01.

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2ª, 2ª. 08960

Sant Just Desvern. Barcelona Tel: 93 320 93 30

Fax: 93 473 75 41. [gruposaned@gruposaned.com](mailto:gruposaned@gruposaned.com)

## **CÓDIGO DEL PROTOCOLO**

---

SAN-NUL-2017-03

## **TÍTULO**

---

Actitud del Clínico frente a la prevención de eventos cardiovasculares  
en pacientes con dislipemia “Proyecto ACDIS”

## **PROMOTOR**

---

SANED, S.L.  
Poeta Joan Maragall, 60  
28020 Madrid

## **COORDINADORES**

---

**Dr. Ramón Bover Freire**  
Cardiólogo  
Hospital Clínico San Carlos  
Madrid

**Dr. Leopoldo Pérez de Isla**  
Cardiólogo  
Hospital Clínico San Carlos  
Madrid

## **SECRETARÍA TÉCNICA Y ESTADÍSTICA**

---

Grupo Saned  
Poeta Joan Maragall, 60  
28020 Madrid

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	5
<b>3. OBJETIVOS</b>	5
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	5
4.1. Instrumentos de medida	5
4.2. Gestión de datos y estudio estadístico	5
4.3. Población del estudio	6
4.4. Datos del centro de trabajo	6
<b>5. RESULTADOS</b>	7
5.1. Guías o protocolos para el tratamiento	7
5.2. Prevalencia del riesgo cardiovascular	7
5.3. Actitud del clínico frente a la prevención de eventos cardiovasculares	8
5.4. Implicación del paciente con riesgo cardiovascular	10
5.5. Propuestas de mejora en la prevención de eventos cardiovasculares	11
<b>6. DISCUSIÓN</b>	13
<b>7. CONCLUSIONES</b>	15
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	16

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la causa más frecuente de mortalidad en España y en el resto de los países desarrollados, a pesar de la aplicación de medidas de prevención<sup>1</sup>. La diabetes y la prediabetes son problemas clínicos íntimamente ligados a la enfermedad cardiovascular, especialmente a la cardiopatía isquémica y a la insuficiencia cardiaca.

La Guía Europea 2016 de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>2,3</sup> establece recomendaciones para el manejo, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, de cualquier persona que quiera reducir la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular. La población diabética y prediabética cobra en ellas un especial protagonismo por tres motivos: 1) su riesgo cardiovascular está claramente aumentado respecto a la población no diabética; 2) la diabetes es un problema de dimensiones epidémicas que debe ser controlado y tratado; y, 3) cualquier paciente, incluyendo el diabético, necesita un abordaje integral de todos sus factores de riesgo cardiovascular para lograr una adecuada reducción del mismo, lo que implica en muchas ocasiones la necesidad de emplear múltiples líneas terapéuticas.

Gracias al conocimiento de aspectos no exclusivamente farmacológicos se puede mejorar la práctica clínica diaria y la calidad asistencial en las personas diabéticas y prediabéticas, reduciendo los eventos cardiovasculares en este perfil de paciente de especial riesgo<sup>4,5</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional, existe una gran variabilidad en los modelos organizativos. El conocimiento de los procedimientos de atención del paciente en riesgo cardiovascular es importante como punto de partida para plantear su mejora. De lo contrario, estaríamos actuando sin conocer cuáles son los objetivos a cumplir y no podríamos evaluar su cumplimiento o evolución.

## 3. OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar la actitud del médico especialista en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes diabéticos y prediabéticos.

### OBJETIVO SECUNDARIO

Conocer las propuestas de los especialistas para mejorar el control del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos y prediabéticos.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Instrumentos de medida

El comité científico del estudio elaboró un cuestionario a medida para este, estructurado en cuatro secciones: prevalencia del riesgo cardiovascular (5 ítems), actitud del clínico frente a la prevención de eventos cardiovasculares (12 ítems), implicación del paciente en riesgo cardiovascular (5 ítems) y propuestas de mejora en la prevención de eventos cardiovasculares (12 ítems).

### 4.2. Gestión de datos y estudio estadístico

Los datos de los médicos incluidos en el estudio se obtuvieron de forma anónima y confidencial. Estos datos se han registrado digitalmente y serán guardados en archivos específicos.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3 Service pack 3.

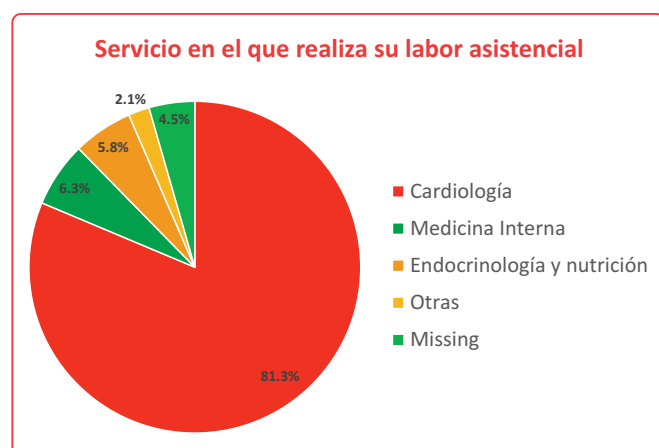
Se analizó de forma descriptiva mediante tablas de frecuencia para las variables de tipo nominal y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95% (IC95%) en el caso de estas últimas.

### 4.3. Población del estudio

Participaron en el estudio 574 investigadores de todo el territorio nacional. El 69% eran hombres y la edad media 45 ( $\pm 10,4$ ) años.

El 81% realizaba su labor asistencial en el servicio de Cardiología y el resto se repartían entre Medicina Interna, y Endocrinología y Nutrición (figura 1).

**Figura 1:** Porcentaje de participantes según el servicio en el que realizaba su labor asistencial.

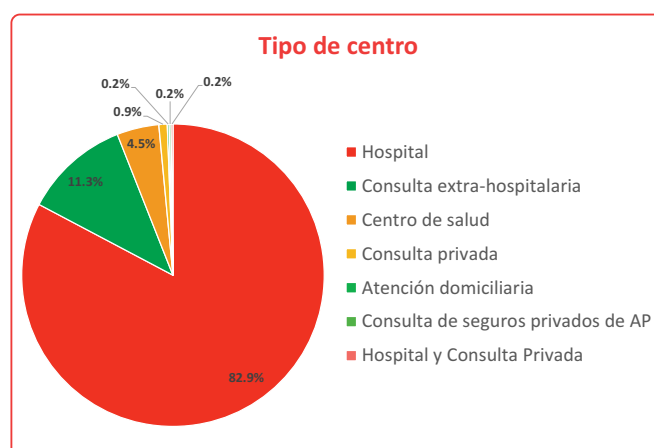


La mayoría de los investigadores pertenecía a alguna sociedad, siendo la más frecuente, la Sociedad Española de Cardiología (52%) (figura 2).

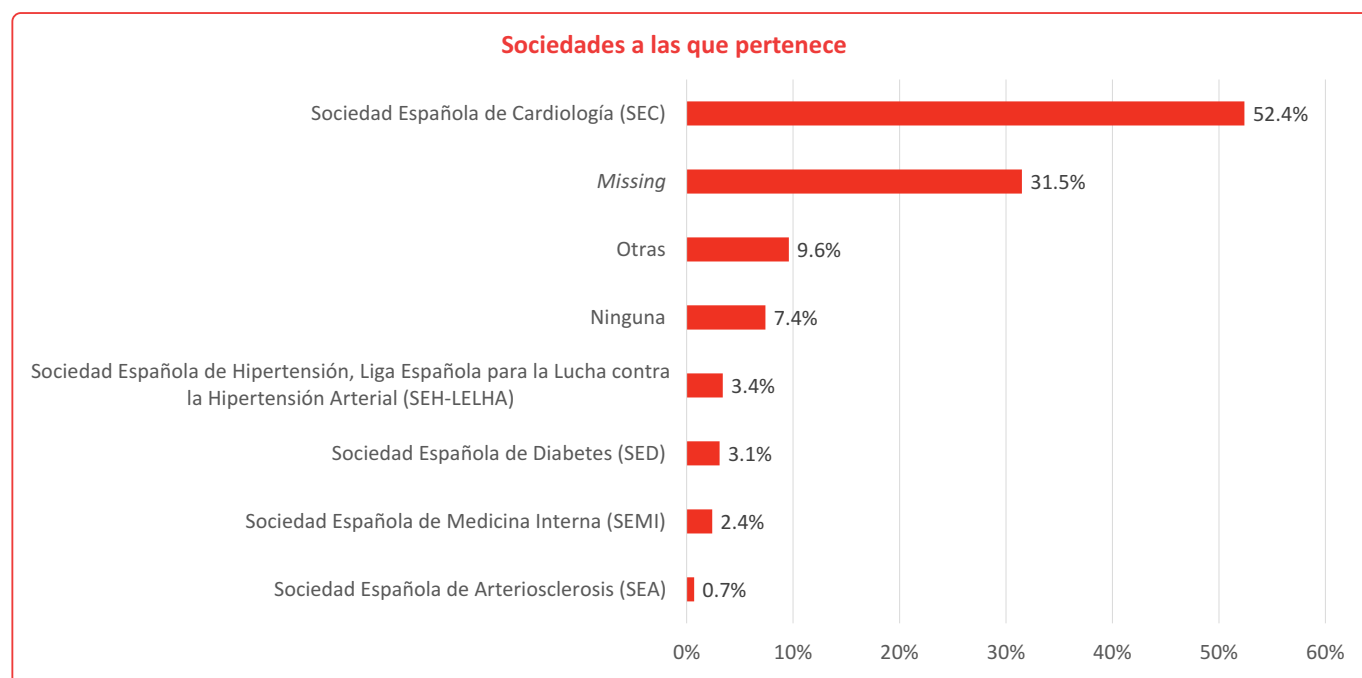
### 4.4. Datos del centro de trabajo

El 83% de los participantes trabajaba en hospitales, y el 11% en consultas extrahospitalarias (figura 3).

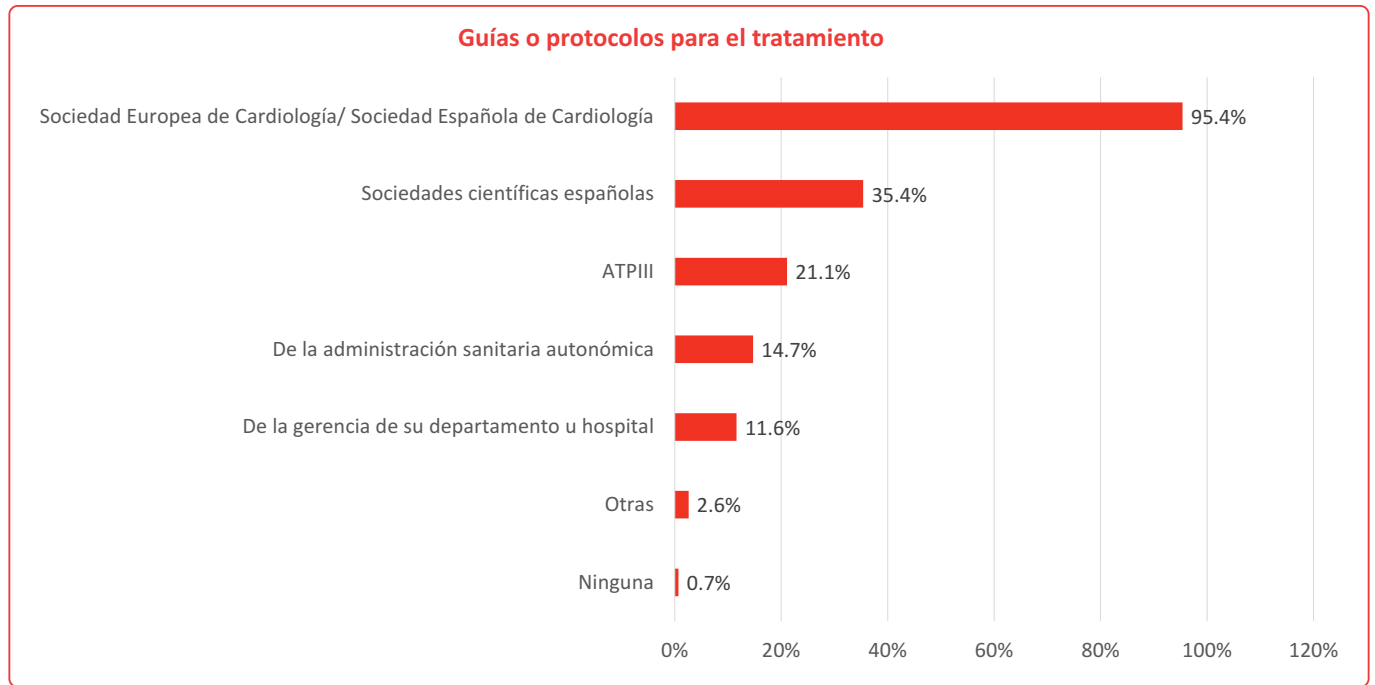
**Figura 3:** Porcentaje de participantes según tipo de centro en el que realizaba su labor asistencial.



**Figura 2:** Porcentaje de participantes según las sociedades científicas a las que pertenecía. Multirrespuesta.



**Figura 4:** Porcentaje de participantes según las guías o protocolos que conocía y aplicaba para el tratamiento del riesgo cardiovascular pacientes diabéticos y prediabéticos. Multirrespuesta.

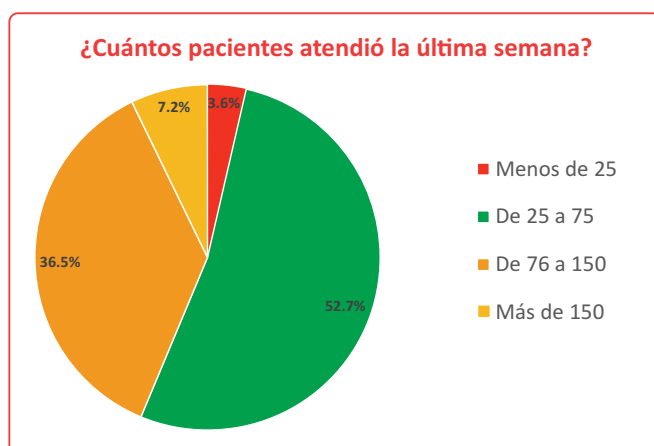


## 5. RESULTADOS

### 5.1. Guías o protocolos para el tratamiento

El 95% de los médicos indicó que aplicaba la Guía/Protocolo de la Sociedad Europea/Española de Cardiología y el 35% la de las sociedades científicas españolas (figura 4).

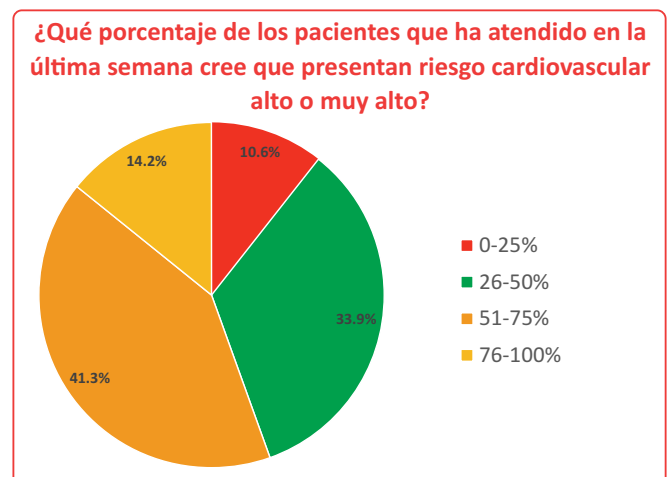
**Figura 5:** Porcentaje de participantes según el número de pacientes que atendió la última semana.



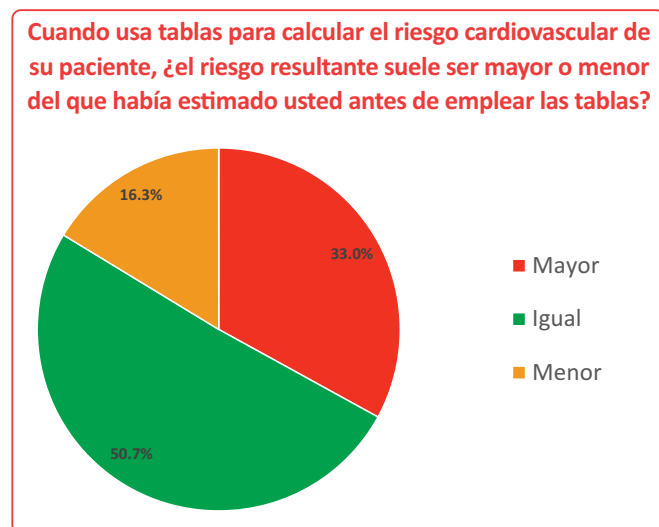
### 5.2. Prevalencia del riesgo cardiovascular

Algo más de la mitad de los participantes (53%) indicó que en la última semana había atendido entre 25 y 75 pacientes (figura 5), de los cuales consideraba que presentaban riesgo cardiovascular alto o muy alto más de la mitad (figura 6). Cuando empleaban tablas para calcular el riesgo

**Figura 6:** Porcentaje de participantes según el número de pacientes que atendió la última semana que cree que presentan riesgo cardiovascular alto o muy alto.



**Figura 7:** Porcentaje de participantes según el riesgo resultante que había estimado antes de emplear las tablas.



cardiovascular de sus pacientes la mitad de los investigadores (51%) consideraba que el valor que daban estas era igual al estimado por ellos (figura 7).

Si nos fijamos en los valores de c-LDL, el 54% de los especialista consideraba que sus pacientes diabéticos tenían una media de entre 70 y 100 mg/dl (figura 8); mientras que en los prediabéticos la cifra media era de entre 100 y 130 mg/dl (53% de los encuestados) (figura 9).

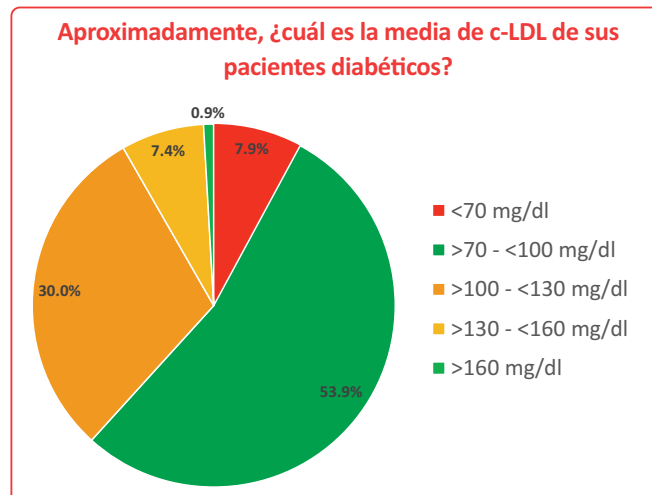
### 5.3. Actitud del clínico frente a la prevención de eventos cardiovasculares

Para conseguir dar respuesta al objetivo principal del estudio, se realizaron una serie de preguntas a los investigadores para conocer su manera de proceder a la hora de prevenir eventos cardiovasculares en pacientes prediabéticos y diabéticos. En la mayoría de las afirmaciones se alcanzó un grado de acuerdo muy alto, excepto la cuestión "No tiene mucho sentido pretender un buen control del riesgo cardiovascular", con la que la mayor parte de los participantes estaba en desacuerdo (86%).

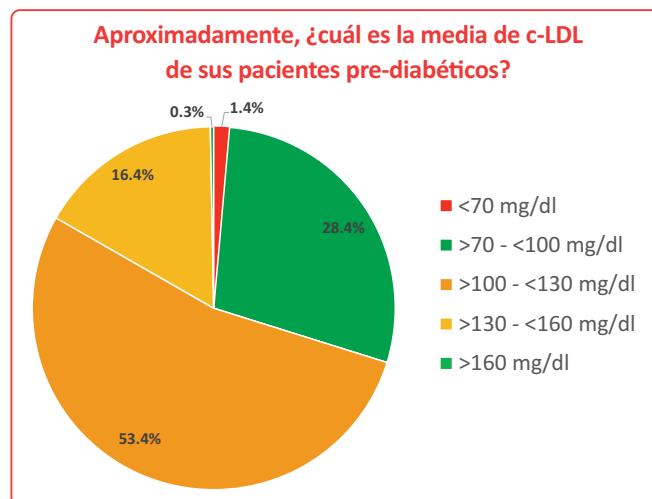
A continuación, detallamos en orden de mayor a menor nivel de acuerdo las afirmaciones planteadas en el cuestionario.

El 87% de los médicos estaba totalmente de acuerdo en que mantener la dislipemia bajo control previene los even-

**Figura 8:** Porcentaje de participantes según la media de c-LDL de sus pacientes diabéticos.



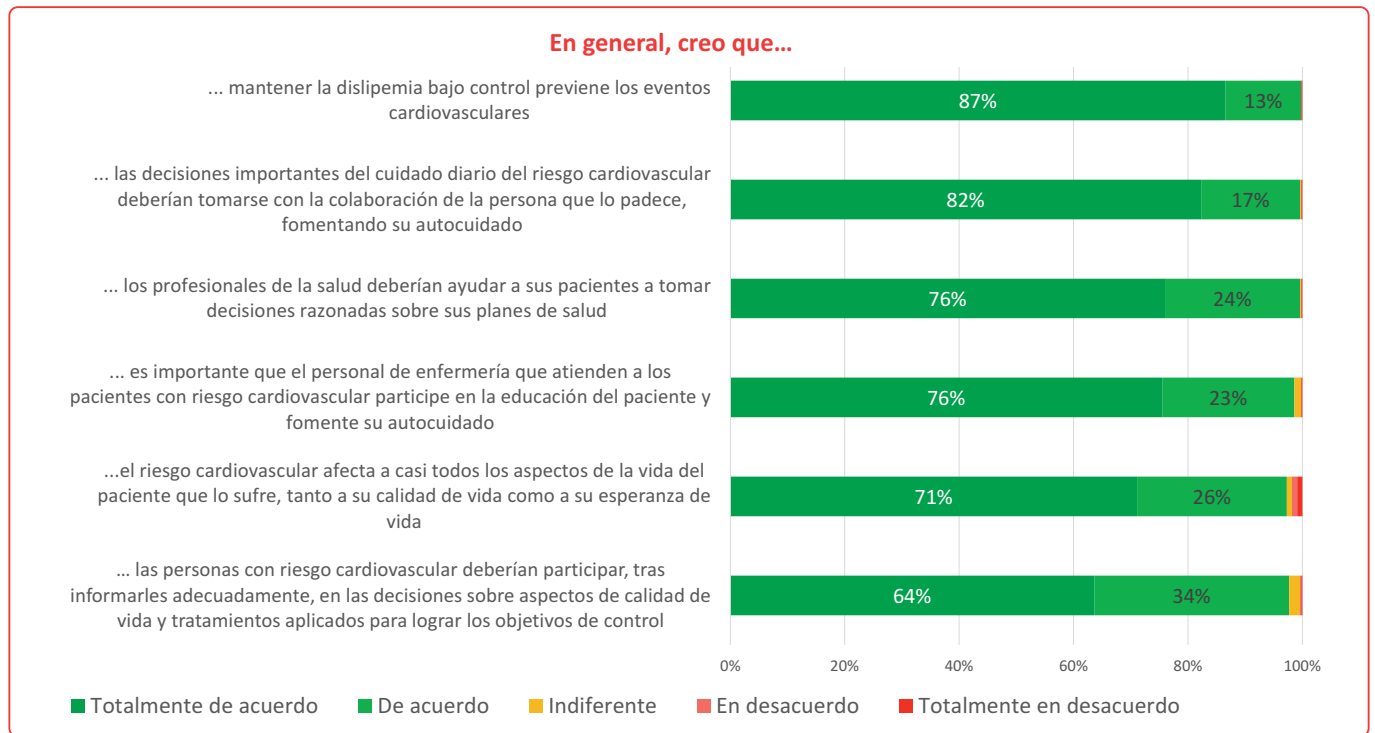
**Figura 9:** Porcentaje de participantes según la media de c-LDL de sus pacientes prediabéticos.



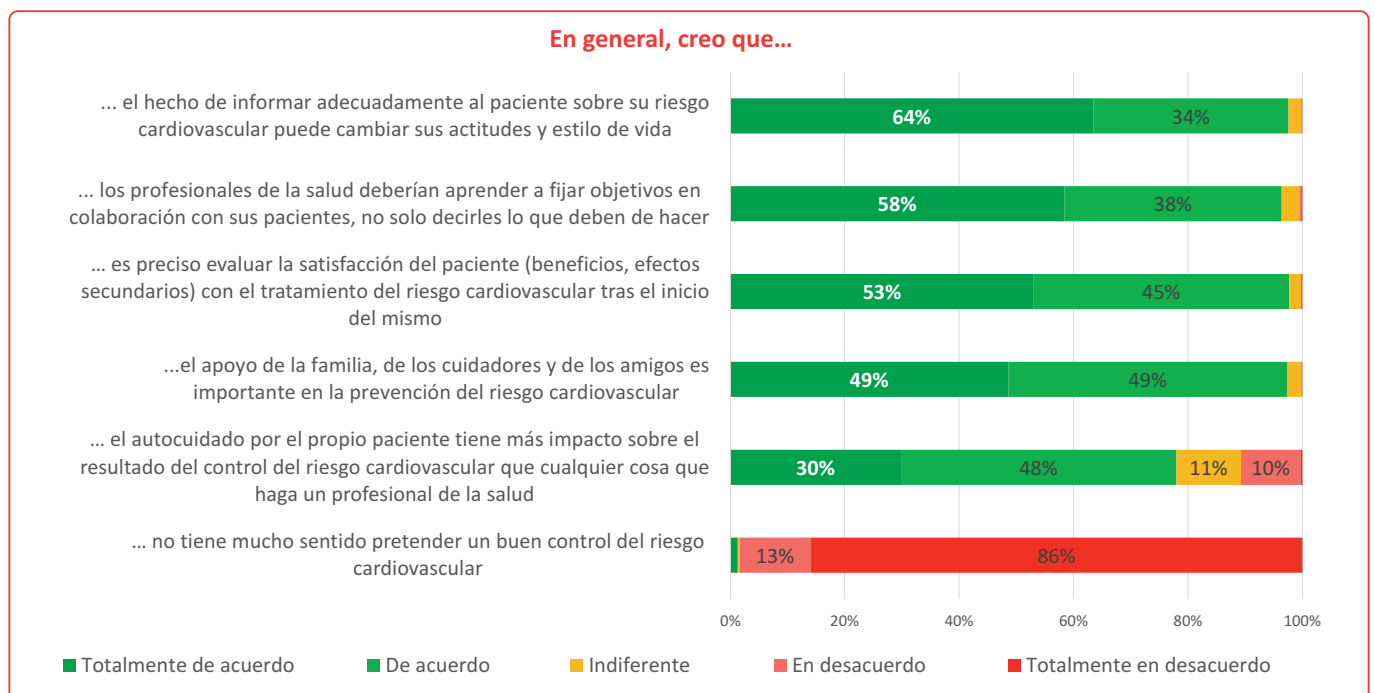
tos cardiovasculares. También parecían estar de acuerdo (82%) en que "Las decisiones importantes del cuidado diario del riesgo cardiovascular deberían tomarse con la colaboración de la persona que lo padece, fomentando su autocuidado". El 76% estaba totalmente de acuerdo en que los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud. Ese mismo porcentaje de investigadores otorgaba un papel importante al personal de Enfermería que atiende a los pacientes con riesgo cardiovascular en la educación del paciente y fomentar su autocuidado. El 71% de los investigadores estaba totalmente de acuerdo con el hecho



**Figura 10:** Porcentaje de participantes según su grado de acuerdo con las afirmaciones.



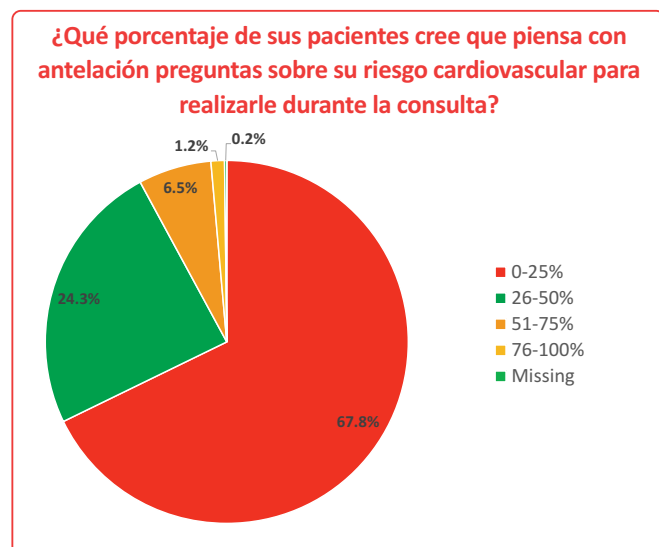
**Figura 11:** Porcentaje de participantes según su grado de acuerdo con las afirmaciones.



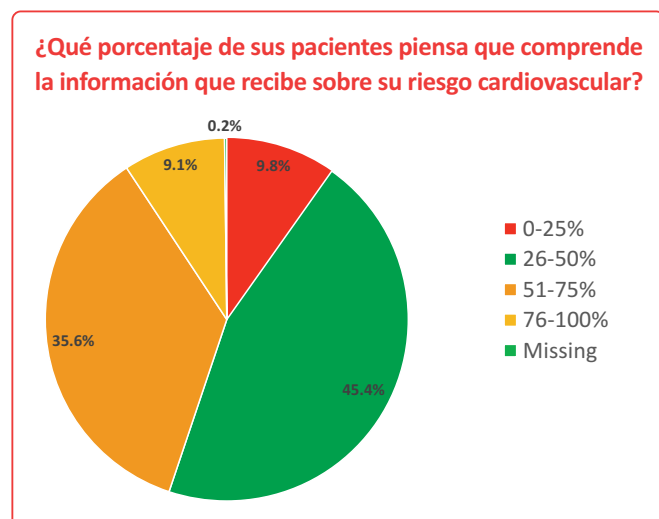
de que el riesgo cardiovascular afectaba a casi todos los aspectos de la vida del paciente que lo sufre, tanto a su calidad de vida como a su esperanza de vida. Por otro lado, el 64% de los médicos estaba totalmente de acuerdo en que

las personas con riesgo cardiovascular deberían participar, tras informarles adecuadamente, en las decisiones sobre aspectos de calidad de vida y tratamientos aplicados para lograr los objetivos de control (figura 10).

**Figura 12:** Porcentaje de participantes según el porcentaje de pacientes que consideraba que pensaban con antelación a la consulta sus preguntas sobre riesgo cardiovascular.



**Figura 13:** Porcentaje de participantes según el porcentaje de pacientes que consideraba que comprendían la información sobre su riesgo cardiovascular.



Otra de las estrategias, en las que el 64% de los médicos estaba totalmente de acuerdo para mejorar el control del riesgo cardiovascular, era informar adecuadamente al paciente sobre que su riesgo cardiovascular podía cambiar sus actitudes y estilo de vida.

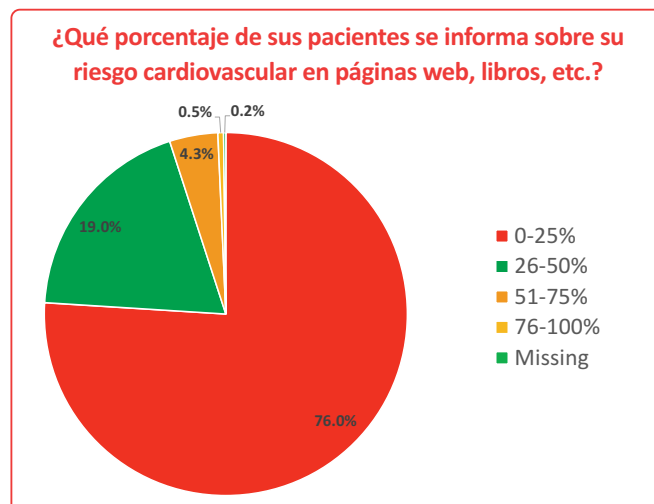
El 58% de los encuestados estaba totalmente de acuerdo en que los profesionales de la salud deberían aprender a fijar

objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles lo que deben hacer. Y otra cuestión importante, y en la que estaban totalmente de acuerdo el 53% de los participantes, fue que era preciso evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento tras el inicio del mismo. La afirmación “El apoyo de la familia, de los cuidadores y de los amigos es importante en la prevención del riesgo cardiovascular” fue respaldada por casi la totalidad de los encuestados (98%) que afirmaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con ella. Por último, la cuestión que menos respaldo obtuvo, con el 78% de acuerdo (totalmente de acuerdo o de acuerdo) de los investigadores, fue que el autocuidado por el propio paciente tiene más impacto sobre el resultado del control de riesgo cardiovascular que cualquier cosa que haga un profesional de la salud (figura 11).

#### 5.4. Implicación del paciente con riesgo cardiovascular

Un 68% de los encuestados creía que menos del 25% de sus pacientes pensaba con antelación preguntas sobre su riesgo cardiovascular para realizarle durante la consulta (figura 12). En cuanto al porcentaje de pacientes que creía que comprendían la información sobre su riesgo cardiovascular, un 45% de los médicos pensaba que era del 26 al 50%, y el 36% que lo hacía entre el 51 y el 75% (figura 13).

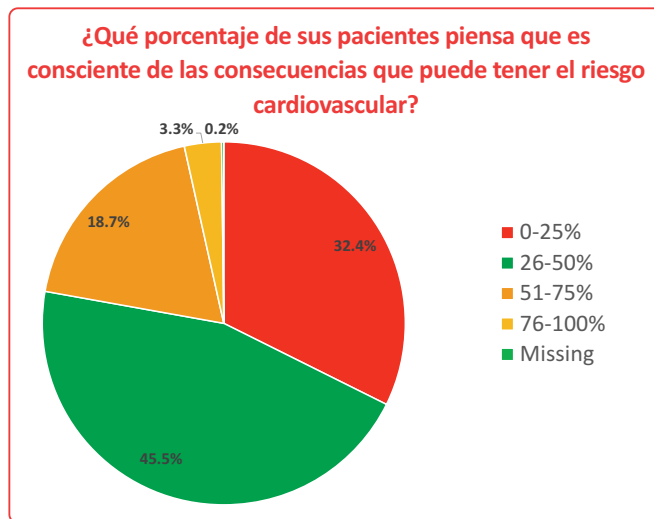
**Figura 14:** Porcentaje de participantes según el porcentaje de pacientes que consideraba que se informaban sobre su riesgo cardiovascular por webs, libros, etc.



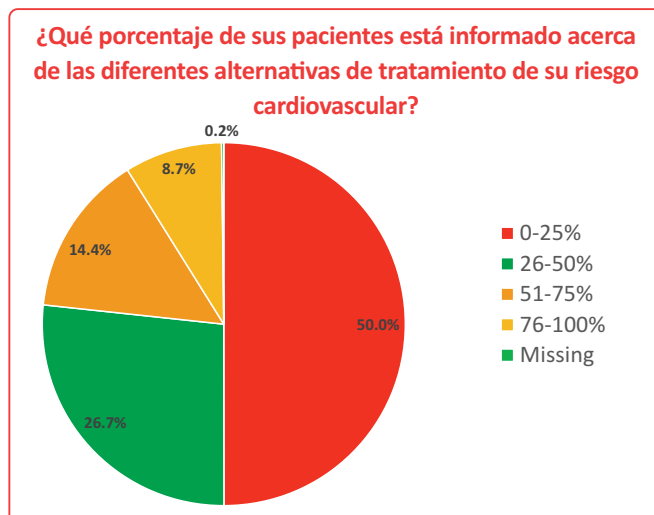
Otra de las cuestiones que se planteó fue qué porcentaje de sus pacientes consideraba que se informaba sobre su riesgo cardiovascular en páginas web, libros, etc., un 76% de los participantes afirmó que menos del 25% (figura 14).

Pocos pacientes son conscientes de las consecuencias que puede tener el riesgo cardiovascular, así lo reflejó un 78% de los encuestados que pensaba que menos del 50% de sus pacientes era consciente de estas consecuencias (figura 15).

**Figura 15:** Porcentaje de participantes según el porcentaje de pacientes que consideraba que eran conscientes de las consecuencias de tener riesgo cardiovascular.



**Figura 16:** Porcentaje de participantes según el porcentaje de pacientes que consideraba que estaba informado de las diferentes alternativas terapéuticas para su riesgo cardiovascular.



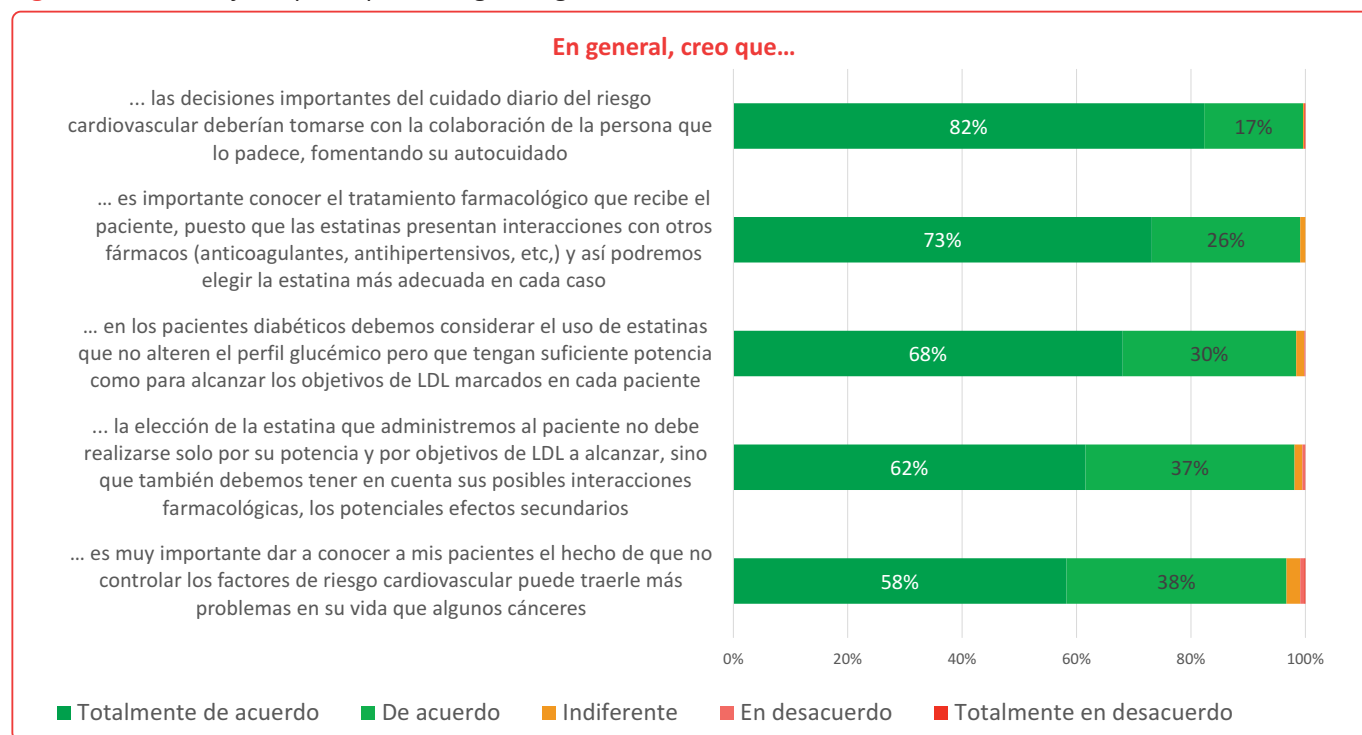
Un 77% de los médicos consideraba que menos del 50% de sus pacientes estaba informado acerca de las diferentes alternativas de tratamiento de su riesgo cardiovascular (figura 16).

## 5.5. Propuestas de mejora en la prevención de eventos cardiovasculares

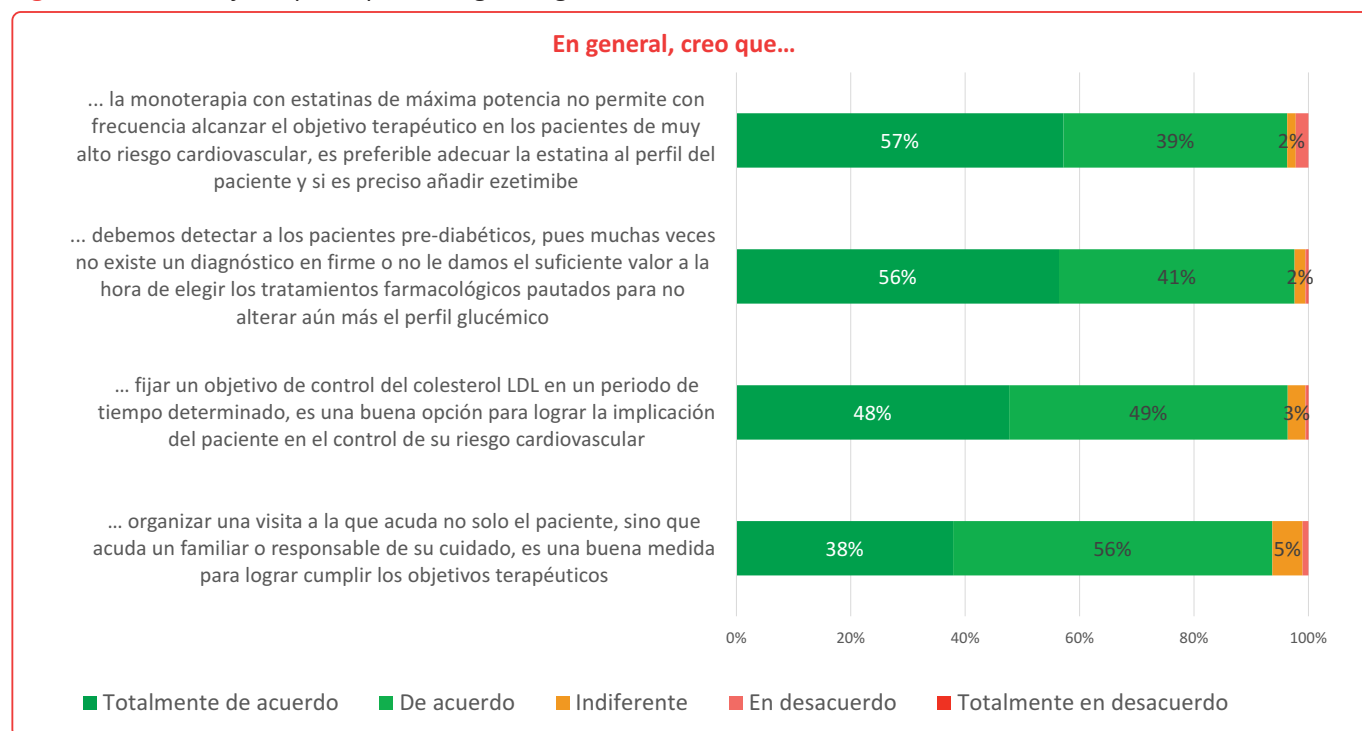
Cuando a los investigadores se les trasladó una serie de propuestas de mejora en la prevención de eventos cardiovasculares, la mayoría de las afirmaciones tuvieron un grado de acuerdo muy alto. Entre las que más grado de consenso lograron destacó la necesidad de implicar al paciente en las decisiones importantes del cuidado diario del riesgo cardiovascular, fomentando su autocuidado (82% de los participantes estuvo totalmente de acuerdo), la importancia de conocer todo el tratamiento del paciente, ya que las estatinas presentan interacciones con otros fármacos y así se puede elegir la más adecuada (73% totalmente de acuerdo) y que en pacientes diabéticos hay que considerar el uso de estatinas que no alteren el perfil glucémico, pero que tengan suficiente potencia para alcanzar los objetivos LDL (68% totalmente de acuerdo). Con un 62% de participantes totalmente de acuerdo destaca la afirmación “La elección de la estatina no debía realizarse solo por su potencia y por objetivos LDL a alcanzar, sino que también hay que tener en cuenta sus posibles interacciones farmacológicas, potenciales efectos secundarios y el perfil clínico del paciente”. Casi la totalidad de los encuestados estaba de acuerdo (38%) o totalmente de acuerdo (58%) en que era muy importante dar a conocer a sus pacientes que no controlar los factores de riesgo cardiovascular podía traer más problemas a su vida que algunos cánceres (figura 17).

Un 96% de los participantes estaba de acuerdo (39%) o totalmente de acuerdo (57%) en que la monoterapia con estatinas de máxima potencia no era suficiente en muchas ocasiones para alcanzar el objetivo terapéutico de LDL inferior a 70 mg/dl en los pacientes de muy alto riesgo, sino que era necesario elegir una estatina más adecuada y añadir ezetimiba si era preciso. Especial atención necesitan los pacientes prediabéticos, ya que muchas veces no existe diagnóstico en firme o no se le da el suficiente valor a la hora de elegir

**Figura 17:** Porcentaje de participantes según su grado de acuerdo con la afirmación.



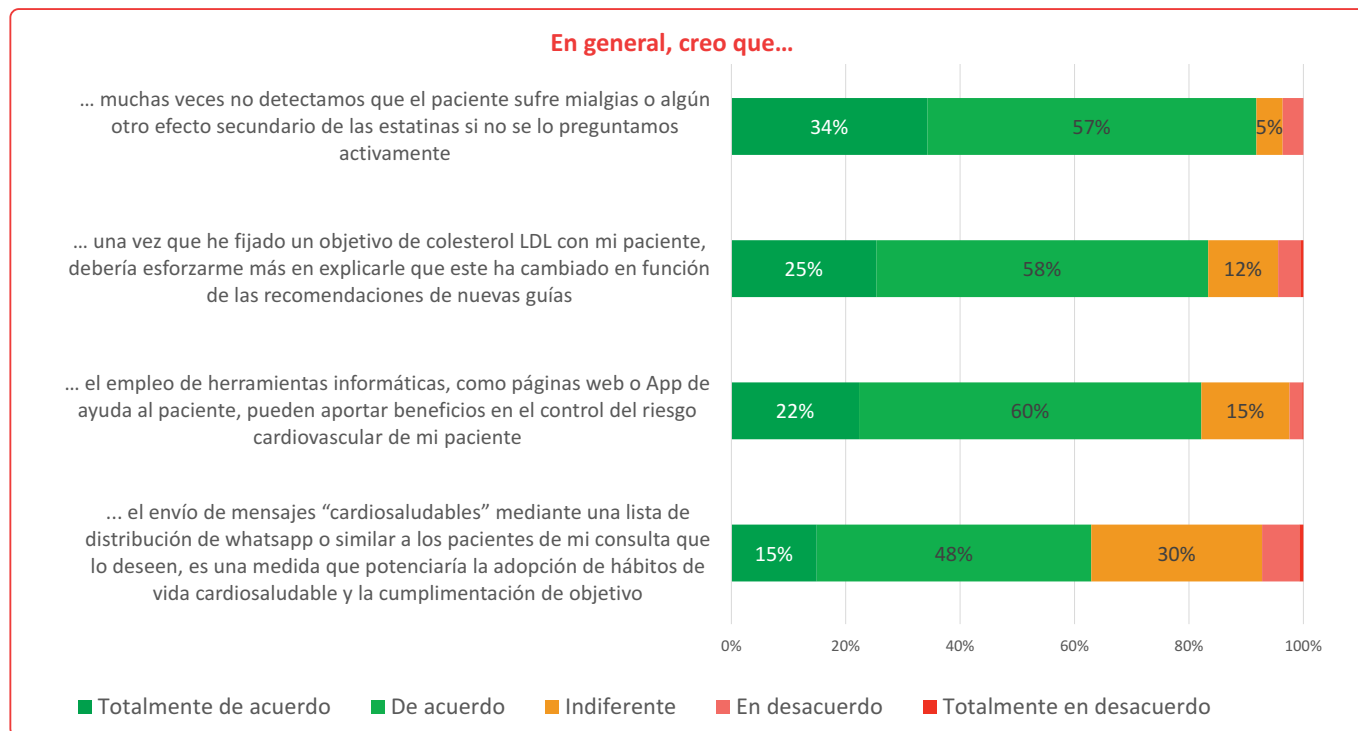
**Figura 18:** Porcentaje de participantes según su grado de acuerdo con la afirmación.



los tratamientos, en ello estaba de acuerdo (41%) o totalmente de acuerdo (56%) la mayoría de los encuestados. El 97% de los participantes estaba de acuerdo (49%) o total-

mente de acuerdo (48%) en que fijar un objetivo de control del colesterol LDL en un periodo de tiempo determinado, era una buena opción para lograr la implicación del paciente

**Figura 19:** Porcentaje de participantes según su grado de acuerdo con la afirmación.



en el control de su riesgo cardiovascular. Prácticamente la totalidad de los médicos (94%) estaba de acuerdo (56%) o totalmente de acuerdo (38%) en que organizar una visita a la que acuda no solo el paciente, sino que también acuda un familiar o responsable de su cuidado, era una buena medida para lograr cumplir los objetivos terapéuticos (figura 18).

Un 92% de los encuestados estaba de acuerdo (39%) o totalmente de acuerdo (57%) en que muchas veces no se detectaba que el paciente sufría mialgias o algún efecto secundario de las estatinas si no se le pregunta activamente. Una vez fijado un objetivo de colesterol LDL con los pacientes, habría que esforzarse más en explicarle que este había cambiado en función de las recomendaciones de nuevas guías en opinión del 83% de los participantes que estaba de acuerdo (58%) o totalmente de acuerdo (25%) con esta premisa. Un 82% de los especialistas opinó que el empleo de herramientas informáticas podía aportar beneficios en el control del riesgo cardiovascular. La afirmación en la que los participantes más se dividían fue en que el envío de mensajes "cardiovasculares" era una medida que potenciaría la adopción de hábitos de vida cardiosaludable y la cumplimentación de objetivos para reducir el riesgo

cardiovascular (solo el 48% de los participantes estaba de acuerdo) (figura 19).

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados de este proyecto pueden ser un punto de partida para evaluar el estado de conocimiento real que existe acerca de los puntos abordados y podría convertirse en una buena guía de orientación del conocimiento, ya que recoge datos de la práctica en vida real. Esta información, por tanto, puede ser un importante complemento a la información proporcionada por los ensayos clínicos y otro tipo de estudios.

Se trata de información recogida de médicos experimentados, ya que la vida laboral media de los mismos fue de más de 17 años de ejercicio profesional. En cuanto a su tipo de actividad, el 83% eran médicos hospitalarios.

Cuando respondieron acerca de qué tipo de guías usaban, 95% de los participantes notificó que su guía de referencia

son las guías de la Sociedad Europea de Cardiología. En base a las mismas, el 41% de los participantes indicó que entre el 50 y el 75% de sus pacientes atendidos en la semana previa a la realización de la encuesta presentaba un riesgo cardiovascular alto o muy alto, y más de la mitad de los encuestados consideraba que la estimación que hacen del riesgo vascular era similar a la obtenida a partir de las tablas. Este último dato puede ser debido a la alta prevalencia de enfermedad cardiovascular en las consultas de Cardiología (el 81% de los participantes eran cardiólogos), lo que hace que el riesgo vascular de estos pacientes sea muy alto y no sea ni siquiera necesario el empleo de tablas de cálculo de riesgo cardiovascular.

Fue muy interesante el resultado acerca de los niveles estimados de colesterol LDL en pacientes diabéticos y prediabéticos. El 54% de los médicos consideraba que la media de colesterol LDL de sus pacientes diabéticos se situaba entre 70 y 100 mg/dl, mientras que 53% consideraba que la media de colesterol LDL los pacientes prediabéticos estaba incluso por encima de estos valores (100-130 mg/dl).

Sin duda, el riesgo cardiovascular era una importante preocupación para los médicos encuestados. El 86% consideraba fundamental tener un adecuado control del riesgo cardiovascular, mientras el 71% decía ser consciente de que el riesgo cardiovascular afectaba a prácticamente todos los aspectos de la vida del paciente que lo sufría, incluyendo su calidad de vida y su esperanza de vida. Además, y de forma acorde a lo expresado en recientes guías de práctica clínica<sup>1-8</sup>, una amplia mayoría de los encuestados (82%) consideraba que las decisiones del cuidado diario deberían consensuarse con la colaboración de la persona afectada, de tal manera que se hiciera posible mejorar su autocuidado, siendo para el 76% en cualquier caso necesario que los profesionales de la salud ayudaran a sus pacientes en la toma de decisiones razonadas sobre sus planes de salud. Para el 64% de los médicos el simple hecho de informar adecuadamente al paciente sobre su riesgo cardiovascular podía ser suficiente para lograr cambiar sus actitudes y su estilo de vida. El 76% de los participantes opinó que el personal de Enfermería que atendía a los pacientes con riesgo cardiovascular debía participar en la educación del paciente, ya que podía tener un papel nu-

clear en la formación en autocuidado. Todos estos factores se deberían traducir en un mejor abordaje de las dislipemias, que en este informe se posiciona como un factor importante y cuyo control es imprescindible, ya que previene la aparición de eventos cardiovasculares para el 87% de los encuestados. Asimismo, más de la mitad (53%) consideraba que era muy necesario evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento instaurado para el control de riesgo vascular tras el inicio del tratamiento. Uno de los puntos que debe compartir estrechamente el médico y el paciente tiene que ser el fijar los objetivos a alcanzar para el control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, ya que ello puede cambiar las actitudes del paciente y modificar de forma saludable su estilo de vida. En este último aspecto, el estilo de vida, el 78% de los encuestados manifestó que el control y la mejoría del estilo de vida pueden ser mucho más impactantes sobre los resultados de salud que los cuidados proporcionados por el profesional sanitario.

Otro de los aspectos abordados en este trabajo fue la actitud del paciente en el manejo y control de su riesgo cardiovascular. Un 55% de los médicos pensaba que menos de la mitad de sus pacientes comprendió la información recibida sobre su riesgo cardiovascular. Es más, un tercio de los encuestados pensaba que menos del 25% de sus pacientes eran conscientes de las consecuencias de su riesgo cardiovascular elevado, y un 77% consideraba que menos del 50% estaba informado acerca de las diferentes alternativas de tratamiento. Quizá, por ello, en España la búsqueda de información adicional (Internet, libros, etc.) sobre el riesgo cardiovascular es algo residual: los médicos dicen que menos del 25% de sus pacientes acuden a estas fuentes de conocimiento.

Uno de los aspectos más interesantes del proyecto fue aquel en el que los médicos proponían formas de mejorar la prevención de los eventos cardiovasculares. El 96% de los participantes estuvo de acuerdo en que fijar un objetivo de control del colesterol LDL en un periodo de tiempo determinado era una buena opción para lograr la implicación del paciente en el control de su riesgo cardiovascular. El empleo de herramientas informáticas era considerado como positivo por el 82% de los encuestados. Por tanto,

las herramientas informáticas potencialmente pueden aportar beneficios en el control del riesgo cardiovascular. El papel de los familiares o cuidadores del paciente también fue ampliamente apoyado por los médicos. El 94% de ellos estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que realizar una visita a la que acuden no solo pacientes sino también un familiar o responsable de su cuidado era una buena medida para lograr cumplir los objetivos terapéuticos. Y no solamente los cuidadores toman un papel destacado. Casi la mitad de los participantes consideró que el envío de mensajes “cardiosaludables” a sus pacientes potenciaría la adopción de hábitos de vida saludable y la cumplimentación de objetivos para reducir el riesgo cardiovascular. De hecho, un 96% de los encuestados estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que era muy importante dar a conocer a sus pacientes que no controlar los factores de riesgo cardiovascular podía traer más problemas a su vida que algunos cánceres. Existe también otro punto de conflicto, el cambio frecuente de objetivos a alcanzar recomendados por las diferentes guías de manejo terapéutico. El hecho de informar a los pacientes de los cambios que sufren estas recomendaciones fue un punto ampliamente apoyado por los médicos participantes (83%). Además, en la encuesta quedó reflejada la preocupación que existe acerca de las interacciones medicamentosas. Por ello, el 99% de los médicos estuvo totalmente de acuerdo en la importancia de conocer la totalidad de los medicamentos que toma un paciente, ya que muchas estatinas pueden producir interacciones con otros fármacos. Como aspecto diferencial, pitavastatina no se metaboliza por el CYP3A4, lo que se traduce en un bajo potencial de interacciones farmacológicas. Pravastatina y pitavastatina no presentan interacción clínicamente relevante con ninguno de los fármacos con mayor frecuencia empleados en los pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular (betabloqueantes, calcioantagonistas, digoxina, acenocumarol, amiodarona). Además, un 97% de los médicos estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que debía detectar activamente a los pacientes prediabéticos, ya que muchas veces no existe este diagnóstico en firme o no le dan el suficiente valor a la hora de elegir los tratamientos. En el mismo sentido, casi la totalidad de los médicos (98%) estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que para mejorar su manejo y el de los pacientes diabéti-

cos se debía considerar el uso de estatinas que no alteraran el perfil glucémico pero que tuvieran suficiente potencia como para alcanzar los objetivos de LDL. Un 96% de los participantes declaró estar de acuerdo con que la monoterapia con estatinas de máxima potencia muchas veces no es suficiente alcanzar el objetivo terapéutico de colesterol LDL, y que en muchas ocasiones es aconsejable usar estatinas más adecuadas al perfil clínico del paciente y añadir un fármaco de segundo escalón (ezetimiba) si es preciso para lograr los objetivos. Como comentario de los anteriores resultados, en caso de alto riesgo de desarrollar diabetes (prediabetes y síndrome metabólico) hay estatinas con un efecto neutro sobre el desarrollo de diabetes. El único ensayo clínico a gran escala que ha investigado específicamente los efectos de una estatina en nuevos casos de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) es el ensayo de prevención de diabetes con pitavastatina en pacientes japoneses con tolerancia alterada a la glucosa (J-PREDICT)<sup>9</sup>, en el que pitavastatina se asoció con una reducción significativa en la incidencia acumulada de DM2. Por todo ello, pitavastatina es una estatina adecuada cuando hay alto riesgo de desarrollar DM2, y también beneficiosa para el perfil glucémico en pacientes con diabetes ya establecida, debido a que no altera el metabolismo glucídico. Esta característica diferencial de pitavastatina se encuentra ya incorporada a su ficha técnica en nuestro país<sup>10,11</sup>.

En cuanto a efectos secundarios, un 92% de los encuestados estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que muchas veces no se detectaba que el paciente sufría mialgias o algún efecto adverso de las estatinas si no se le preguntaba activamente. Dentro de este apartado, es necesario destacar que un 98% de los médicos estaba de acuerdo en que una estatina no debía elegirse solamente por su potencia y por los objetivos LDL a alcanzar, sino que también había que tener en cuenta sus posibles interacciones farmacológicas, sus potenciales efectos secundarios y el perfil clínico del paciente.

## 7. CONCLUSIONES

El control de los factores de riesgo cardiovascular y, especialmente, el control de los niveles de colesterol LDL son

una pieza fundamental para la mejora de la salud de nuestra sociedad. En el colectivo de médicos, el riesgo vascular es ampliamente considerado y la necesidad de controlarlo está presente en la práctica diaria. El paciente diabético, como paciente de alto o muy alto riesgo vascular, presenta una especial importancia a la hora de controlar los factores de riesgo y, en concreto, los niveles de colesterol LDL. Las estatinas son la pieza clave del manejo de los pacientes con hipercolesterolemia, pero la elección de la mejor estatina para un determinado paciente no se debe basar exclusivamente en su potencia hipolipemiente, sino que otros factores como la posibilidad de efectos secundarios (diabetogenicidad, mialgias) o la potencial interacción con otros fármacos, muy frecuente en los estudios publicados, deben tener un peso importante a la hora de seleccionar una estatina. Pitavastatina ofrece un beneficio diferencial frente a otras estatinas en diferentes perfiles de pacientes o escenarios clínicos, como son la presencia de disfunción renal o microalbuminuria, de diabetes o prediabetes, y la polimedicación.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Lobos Bejarano JM, Galve E, Royo-Bordonada MÁ, Alegría Ezquerro E, Armario P, Brotons Cuixart C, et al; Spanish Interdisciplinary Committee for Cardiovascular Disease Prevention; Spanish Society of Cardiology. Spanish Interdisciplinary Committee for Cardiovascular Disease Prevention and the Spanish Society of Cardiology Position Statement on Dyslipidemia Management: differences between the European and American Guidelines. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(1):15-26
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al; Authors/Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016 Aug 1;37(29):2315-81.
3. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Álvarez F, Elosua R, et al; Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular CEIPC. [Spanish Adaptation of the 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice]. *Rev Esp Salud Publica*. 2016 Nov 24;90:e1-e24.
4. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino M, et al. Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician*. 2015;61(10):857-67.
5. Gómez-Huelgas R, Pérez-Jiménez F, Serrano-Ríos M, González-Santos P, Román P, Camafort M, et al; SEMI Working Group; Spanish Society of Internal Medicine. Clinical decisions in patients with diabetes and other cardiovascular risk factors. A statement of the Spanish Society of Internal Medicine. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2014;214(4):209-15.
6. Authors/Task Force Members:, Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias: The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016 Oct;253:281-344.
7. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:115.e1-e64.
8. Pallarés-Carratalá V, Pascual-Fuster V, Godoy-Rocati D. Dislipidemia y riesgo vascular. Una revisión basada en nuevas evidencias. *Semergen*. 2015;41(8):e75-e88.



9. Yamazaki T, Kishimoto J, Ch Ito, M Noda, Odawara M, Terauchi Y, et al; for the J-PREDICT study investigators. Japan Prevention Trial of Diabetes by Pitavastatin in Patients with Impaired Glucose Tolerance (the J-PREDICT study): rationale, study design, and clinical characteristics of 1269 patients. *Diabetol Int* 2011;2:134-140.
10. Gumprecht J, Gosho M, Budinski D, Hounslow N. Comparative long-term efficacy and tolerability of pitavastatin 4 mg and atorvastatin 20-40 mg in patients with type 2 diabetes mellitus and combined (Mixed) dyslipidaemia. *Diabetes Obes Metab* 2011;13:1047-55.
11. Teramoto T, Urashima M, Shimano H, Yokote K, Saito Y, Nakamura T, et al. A large scale survey on cardiovascular events during pitavastatin (Livazo tablet) in Japanese patients with hypercholesterolemia -LIVALO Effectiveness and Safety Study Extension (LIVES Study Extension)-. *Jpn Pharmacol Ther.* 2011;39(9):789-803.

