fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

SATÉLITE

El régimen del corazón. Riesgo cardiovascular: clínica, salud pública y sociedad.

Jorge Min Hui Zhou Zhou. Estudiante de Medicina. Universidad de Granada.
Rafael Domínguez Samamés. Médico de familia. Lima, Perú.

Citar como: Min Hui Zhou Zhou J, Domínguez Samamés R. El régimen del corazón. Riesgo cardiovascular: clínica, salud pública y sociedad.fml. 2019; 24(3):4p

Palabras clave (MeSH): Cholesterol, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, Primary Prevention.

Resumen

Tenemos un difícil reto: descubrir la verdad que esconden las estatinas. Estas han sido por décadas encumbradas como el descubrimiento del siglo en salud cardiovascular, pues todos los estudios siempre apuntaban a su eficaz reducción de la mortalidad en prevención primaria y secundaria, y sus pocos efectos adversos. Sin embargo, su uso contiene numerosas implicaciones sanitarias, económicas y sociales, no exentas de discusión.

fml. Octubre 2019; Volumen 24, número 3, 4 páginas.
Publicación oficial SVMFiC.
Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

Caso-situación 9

Enunciado del caso-situación 9: “Rosa es estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú). Tiene que dar una charla a sus compañeros sobre “Excesos en la prevención” y el profesor le recomienda que se centre en el ejemplo del uso de estatinas en prevención primaria cardiovascular.”

Me llamo Rosa, estudiante de enfermería en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Perú. El mes pasado, mi profesor de Enfermería en Salud Familiar nos dio un trabajo a exponer centrado en “Riesgos de la Prevención”. Me comentó que podría hablar sobre estatinas y prevención primaria del riesgo cardiovascular.

Comentario

Siendo una estudiante de ciencias de la salud, me puse a recordar lo que nos habían dicho sobre el uso de estatinas. Entre estas cosas, se planteaba el colesterol como fuente de todos los males, que las estatinas solo se dieran a gente con el colesterol alto, y que siempre eran más importantes los cambios de hábitos para la prevención.

Me quedé pensando… ¿Cuánto de lo que nos han enseñado será totalmente cierto?

Lo que siempre nos han dicho es: una alimentación alta en grasas, a través del transporte del colesterol por las glicoproteínas, y su oxidación, pueden dañar las arterias, y a través de la reacción inmunitaria generada por macrófagos, se generan quimiocinas que atraen y hacen proliferar a los fibroblastos, generando la famosa placa de ateroma.

Empecé a buscar un día entero por internet. Siempre me habían señalado que hay que ir a las fuentes de información para llegar al conocimiento, así que me alié con Pubmed para que me contase un poco al respecto (aunque pequé de ir a lo fácil y buscar más en revisiones que ensayos clínicos y analizarlos más a fondo).

Según la OMS, la prevención primaria se focaliza en personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular, y el uso de estatinas estaría justificado en personas con un riesgo de presentar un evento cardiovascular mayor a un umbral (que difiere según la guía que consultes). Para mi sorpresa, en la guía de la OMS de 2008[1], se recomendaban prescribir si el riesgo era >20%, mientras que en esta última década en Inglaterra se bajó ese umbral al 10%, e incluso en guías americanas se recomendaban ya cuando el riesgo era >7.5%[2].Todo era estupendo, prescribiendo hasta los 75 años de edad. Después había controversia, aunque los ingleses y su guía NICE estaban seguros de que hasta los 85 disminuían la mortalidad, a pesar de que había siempre que valorar el balance riesgo-beneficio (pues aun no muy claro, hay casos de rabdomiolosis, diabetes mellitus y pérdida de cognición, que según dónde mirara, se podía o no relacionar con la ingesta de estatinas).

¿Era esto una señal de que hay verdadera evidencia para su uso en un grueso tan importante de la sociedad? ¿Son esos SCORE los mejores asesores del riesgo real de una persona? ¿Es una persona con factores de riesgo una persona sana o enferma? ¿Por qué bajaron tanto los umbrales? ¿Que sea el medicamento más vendido del planeta tiene más que ver con sus propiedades o su publicidad? Y por cierto, ¿el colesterol es el principio de la primera causa de mortalidad mundial? Tantas preguntas que me iba a explotar la cabeza, pero que, curiosamente iría resolviendo.

Gracias a una amiga, descubrí la contrapartida del colesterol, y la mala interpretación de este por científicos y población general. Me recomendó el artículo de un blog, del que ya había escuchado muchas veces, Fitness Revolucionario[3].Así que realmente, aunque parezca que los médicos están todos de acuerdo, existe mucha controversia, pues como señalaba, hay muchos casos de accidentes isquémicos con niveles de colesterol y LDL bajos, por lo que nos hace pensar que realmente no existe una correlación, y tampoco causalidad, entre ambas variables. Lo único claro es que eran una estupenda medida costo-efectiva para

prevención secundaria, ¿pero y primaria? Cochrane solo sugería que no estaba dilucidado todavía, y otros artículos señalaban que no existía beneficio en personas menores de 40 años, mayores de 70-75 años ni mujeres.

Había que buscar mejores predictores, y oí por primera vez hablar de algunos como:

> LDL-p: pues se ha visto que es más importante el número de partículas que su cantidad (no se ve en una analítica rutinaria, pues es más caro de determinar)
>
> Parámetros como TG/HDL-c para poder hacer una valoración real del metabolismo del paciente
>
> PCR: pues no olvidemos que la inflamación (la de bajo grado, la silente, la de las enfermedades del s. XXI) y la oxidación de ese LDL juegan un papel importante en el desarrollo de la placa

Aun así, me faltaba algo, un cabo suelto.

Fue una tarde de diciembre, mi tía volvía del médico, y me dijo que la endocrina le había mandado estatinas y una dieta baja en grasas. Mi tía es una de estas personas que han intentado todo tipo de dietas, que compran bebidas y alimentos light o sin azúcar, y que todo parece fallarles.

La gente antes no tenía productos light y no moría del corazón como lo estamos haciendo ahora. Nos daban igual las calorías, comíamos lo que había, y nadie miraba por el azúcar, ni las grasas saturadas. La cosa es que estos ingredientes tampoco se lo añadíamos a nuestras comidas…

Si el origen del problema es esencialmente que no comemos lo que deberíamos, ¿por qué no tenemos una asignatura de dietética en nuestras carreras?

Necesitaba compartir mis dudas con una amiga dietista. Ahí todo empezó a hilvanar mejor. Una potente imagen[4]. Una pirámide de la nutrición diferente. Había gente que empezaba a desmontar la historia de siempre: vegetales y frutas como base, acompañados de carnes, pescados, huevos, y dejando fuera de la pirámide a ultraprocesados, incluyendo harinas refinadas.

Así que quizá por eso mi tía, como otras tantas personas, o yo misma, estábamos tan perdidas para conseguir un cuerpo sano. Una información tan básica debería de ser estudiada por todos los que velamos por la salud, pero como me hizo ver mi amiga, hay resistencias, y muchas.

La primera desde la propia industria.

Es por ello que ocupan un lugar destacado en congresos de nutrición, además de en todas las recomendaciones que aportan los “expertos”, razón por la cual vemos inmóviles las grandes recomendaciones poblacionales, y en colegios e institutos se sigue creyendo que un desayuno es fundamental, y que debe de estar compuesto exclusivamente por leche, cereales o bollería, y un zumo o pieza de fruta, o que comerse una hamburguesa es lo mismo que comer carne sin procesar. Son estas resistencias las que evitan políticas públicas para salvaguardar a la población más vulnerable de enfermedades totalmente evitables. Según mi amiga, en países como Reino Unido o Chile, la publicidad para alimentos infantiles, como galletas y cereales, estaba prohibida, porque no hacen nada más que crear un efecto halo alrededor de estos alimentos, haciéndolos sabrosos, atractivos, inofensivos, e incluso saludables. Nada más lejos de la realidad.

No podía quedarme callada. Empecé a hablarle a todo el mundo de mis recientes descubrimientos, para hacerlos despertar (al menos así me sentía yo en ese momento).

Todo iba bien, hasta que me rompieron (por tercera vez) los esquemas. Discutía con mi mejor amigo, y en un momento me dijo: “Sé a lo que te refieres. Pero fíjate. Por ejemplo, mi prima se fue a Valencia, porque aquí no encontraba trabajo. Ahora está de camarera, pero trabaja más de 10 horas al día por casi 700€ al mes, y eso le da para vivir en un piso compartido a casi 40 minutos de su trabajo. Entre las horas que echa y el pateo a casa, no tiene el tiempo (y casi que tampoco el dinero) para comprar fresco, ni para cocinar, y menos

para ir al gimnasio. Si no tiene tiempo ni para ella misma…".

Era un caso entre otros muchos que había a mi alrededor, aunque hasta que no te lo dicen así, no te das cuenta de que, para vivir como nos recomiendan, tienes que tener un mínimo de colchón económico, una mínima red social que te ayude a pasar por tu día a día, un mínimo de tiempo para algo más que para sobrevivir, un mínimo de necesidades cubiertas para empezar a preocuparte por otras cosas que no sean comer y tener un techo. Casi se me olvidaba que el ser humano vive en sociedad (irónico, ¿a que sí?).

Parecía que estos factores eran mucho más determinantes para gozar de salud, que lo que pudiera hacer yo desde el centro de salud. Evitar la pobreza, tener un ambiente que te permita desarrollarte, tener acceso a comida y educación de calidad, deberían de ser los requisitos para poder decir que somos libres y dueños de nuestras vidas. En lugar de pirámides de la alimentación, deberían hacer una paralela pirámide económica de la alimentación, pues como hemos dicho, no todos los alimentos son igual de accesibles para todos.

Conclusiones

Entonces, yo como enfermera, y desde donde yo estaba, ¿qué podía hacer? Quizá…

- Deshacernos del orgullo sanitario de parecer saberlo todo. Aprender cuándo es realmente necesario un medicamento, manejar los mínimos necesarios, y velar por nuestro paciente, barajando las opciones que le convienen mejor tanto biológica como económicamente, o incluso admitiendo nuestro desconocimiento[1,2].

- Ser crítica con la información que me daban, y favorecer espacios de discusión de temas que parecen ya tan cerrados. Ya me llevé una sorpresa con las estatinas, y tenía que empezar a ser cauta[3].

- Hacer accesible y comprensible a la gente de a pie una información básica sobre dieta y ejercicio, más allá de lo impulsado por industrias.

- Fomentar que en nuestra Atención Primaria se sepa trabajar con el entorno, y utilizar las herramientas y recursos humanos del barrio.

Bibliografía

1. OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular [Internet]. Ginebra; 2008 [actualizado en, citado 9 enero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf?ua=1

2. Mortensen MB, Falk E. Primary Prevention With Statins in the Elderly. J. Am. Coll. Cardiol. [Internet] 2018 [citado 9 enero 2019]; pp. 85-94. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109717415166?via%3Dihub#tbl1fndagger

3. Vázquez M. Fitness Revolucionario. Mitos y verdades sobre el colesterol, y las enfermedades cardiovasculares; 2013 [actualizado 2 agosto 2013; citado 9 enero 2019]. Disponible en: https://www.fitnessrevolucionario.com/2013/08/02/mitos-y-verdades-sobre-el-colesterol-y-las-enfermedades-cardiovasculares/

4. Revenga J. Una nueva (y buena) forma de reinterpretar una pirámide de los alimentos; 2017 [actualizado 17 octubre 2017; citado 9 enero 2019]. Disponible en: https://juanrevenga.com/2017/10/una-nueva-y-buena-forma-de-reinterpretar-una-piramide-de-los-alimentos/

5. Gérvas J, Gavilán E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF 2012; 8 (6): 312-317.

6. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, González de Dios J. Prevención cuaternaria: la contención como imperativo ético. Anales de Pediatría 2014: 81 (6): 396.e1-396.e8.