

EL PELIGRO DE MANIFESTAR QUE “SÓLO LA MITAD DE LOS ARGENTINOS CON COLESTEROL ELEVADO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO”¹

Ariel Izcovich

ariel.izcovich@gmail.com

Martín Alberto Ragusa

martinalbertoragusa@gmail.com

Hugo Norberto Catalano

hugoncatalano@gmail.com

Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán.

Sociedad Argentina de Medicina Interna General [SAMIG]

Un periódico de la ciudad de Buenos Aires publicó una nota titulada “Sólo la mitad de los argentinos con colesterol elevado está bajo tratamiento”. En la nota se manifiesta que “la mayoría de los argentinos con colesterol ‘alto’ no toman medicación”, y se plantea esto como un problema ya que, según se desprende de la nota, esta conducta tiene consecuencias negativas (aumento de riesgo de eventos cardiovasculares como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular [ACV]).

En la nota se asume que todos aquellos individuos con colesterol “alto” deberían recibir “tres indicaciones básicas: alimentación saludable, actividad física y medicación”. La definición de colesterol elevado utilizada, según se puede observar claramente en un gráfico publicado en el centro de la nota, es tener un LDL mayor de 130 mg/dl, y los datos sobre la falta de adherencia al tratamiento provienen de una encuesta realizada por la empresa Kantar TNS, que no es accesible al público general. La interpretación que fácilmente puede alcanzarse, entonces, es que toda persona con colesterol >130 mg/dl debería recibir tratamiento para normalizar sus valores, y parte de ese tratamiento consiste en recibir medicación. Todos aquellos que se nieguen a recibirla se exponen a consecuencias muy negativas (infartos o ACV).

Comenzaremos por analizar la definición de *colesterol elevado* sugerida en el artículo (130 mg/dl de colesterol LDL). La indicación de tratamiento farmacológico a personas que nunca han presentado un evento vascular (accionar denominado “prevención primaria”) es un tema

controvertido que ha llevado a discrepancias significativas en los lineamientos propuestos por las principales organizaciones mundiales encargadas de emitir recomendaciones sobre estos temas (American Heart Association, European Society of Cardiology, US Preventive Task Force, entre otras). Sin embargo, todas coinciden en el hecho de que, salvo raras excepciones (pacientes con trastornos genéticos con valores de colesterol exorbitantemente altos), la indicación de tratamiento farmacológico en la prevención primaria debe realizarse teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular global, o sea, el conjunto de factores de riesgo del individuo en cuestión, como el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión arterial y la edad, entre otros, y no sólo el valor del colesterol (<http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/early/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a.full.pdf>, <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/statin-use-in-adults-preventive-medication1>, <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehr158>).

De esta forma, el tratamiento farmacológico con estatinas (los fármacos que reducen el colesterol) podría ser considerado en un individuo con valores “bajos” de colesterol, por ejemplo, porque tiene 75 años, fuma y tiene hipertensión arterial (riesgo de infarto agudo de miocardio en los próximos 10 años estimado en 30%), mientras que no sería ideal considerarlo en otro con valores “altos” de colesterol que tiene 40 años y sin otros factores de riesgo (riesgo de infarto agudo de miocardio a 10 años del 3%). La razón por la que sería más coheren-

¹ Publicado en Chequeado.com en lenguaje accesible a los pacientes con el objetivo de llamar la atención acerca del sobretratamiento.

te plantear la indicación de tratamiento al primero y no al segundo es que la probabilidad de beneficiarse (evitar un infarto o un ACV) con el consumo de la medicación es del 7% para la primera persona (es decir, 7 personas con el riesgo planteado evitarían un evento cardiovascular de 100 que tomen la medicación) y menos del 1% para la segunda (es decir, que en este caso como mucho 1 de cada 100 personas obtendrían el beneficio propuesto). Este concepto, central para la discusión del tema, ni siquiera fue esbozado en la nota referida. Más aún, distintas personas podrían tener diversas preferencias ante situaciones similares. Por ejemplo, un individuo bien informado podría elegir tomar medicación si su probabilidad de evitar un evento cardiovascular fuese del 3%, mientras que otro podría elegir no tomarla. En este sentido, se han desarrollado herramientas que permiten al médico y al paciente decidir en conjunto sobre cuál es la mejor opción en cada caso teniendo en cuenta todo lo mencionado (<https://statindecisionaid.mayoclinic.org>). Este otro concepto, también fundamental a la hora de considerar cualquier intervención farmacológica en prevención primaria, tampoco se menciona en la nota de marras. En relación con estos últimos, cabe destacar que todos ellos son especialistas en distintas disciplinas, pero ninguno es médico especialista en clínica médica o medicina familiar (pero se desempeñan en ese rol); son los clínicos y los médicos de familia quienes más frecuentemente enfrentan esta problemática (discutir con pacientes sanos el inicio de tratamiento farmacológico con estatinas). De esta forma, algunos de los conceptos expresados por los expertos consultados pueden ser aplicables a poblaciones muy seleccionadas, que son las que ellos acostumbra a tratar, pero no son apropiados para la población general (a quienes está destinada la nota). Por ejemplo, se sugiere la utilidad del control de las carótidas con ecografía para determinar el riesgo cardiovascular, práctica de la que no se ha demostrado superioridad respecto de los puntajes clásicos ([http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(13\)00061-0/fulltext](http://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(13)00061-0/fulltext)) y que no es recomendada en la actualidad (<http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437741.48606.98>).

En conclusión, la nota publicada adolece de errores conceptuales groseros que producen un mensaje alarmista y que fomenta la medicalización de individuos sanos. Las consecuencias negativas para el sistema de salud de este tipo de mensajes, especialmente cuando provienen de medios de comunicación reconocidos, pueden ser enormes y alterar la relación entre médicos y pacientes (pacientes que desconfían de sus médicos porque estos no siguen los lineamientos erróneos propuestos), o incrementando sustancial e inapropiadamente la utilización de recursos (pacientes que consultan masivamente para medirse el colesterol y reclaman la indicación de tratamientos innecesarios). Consideramos que las razones por las que este tipo de mensajes llegan al público general son básicamente dos:

1) impericia del comunicador, que falla al investigar o transmitir los conocimientos adquiridos; 2) intervención de aquellos beneficiados con este tipo de acciones (por ejemplo, laboratorios que comercializan las estatinas). En este sentido, consideramos fundamental que tanto los periodistas como los profesionales que emiten opiniones, al comunicar este tipo de cuestiones, declaren sus conflictos de interés (http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000500019), algo que no ocurrió en la nota en cuestión.

La prevención de eventos cardiovasculares es un tema de máxima relevancia y no hay dudas de que deben tomarse medidas para disminuir el riesgo de nuestra población. Promover una alimentación saludable, la actividad física y hasta una mejor comunicación de los beneficios y complicaciones de los tratamientos farmacológicos disponibles son algunas de ellas. La transmisión de mensajes confusos y alarmistas, claramente, no. **RAM**