

¿Alcanzamos las metas lipídicas en los pacientes con enfermedad arterial de miembros inferiores?

Do we achieve lipid goals in patients with lower extremity arterial disease?

Dr. Fernando Garagoli¹

¹Coordinador de la Unidad de Enfermedad Vasculiar Periférica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

El artículo *Secondary prevention in lower extremity artery disease patients: Lipid-lowering therapy and long-term guideline adherence*, de Mueller y col.,¹ describe un estudio retrospectivo que incluyó 400 pacientes con enfermedad arterial de miembros inferiores (EAMI) y un valor de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) > 100 mg/dl, que fueron internados o tratados ambulatoriamente en el Hospital Universitario de Muenster (Alemania), entre enero de 2017 y febrero de 2020.

Este estudio evaluó la implementación de las recomendaciones de las guías de la *European Society of Cardiology* (ESC) y la *European Atherosclerosis Society* (EAS)² en cuanto a metas lipídicas (objetivo de LDLc < 55 mg/dl) y la adhesión al ajuste del tratamiento durante el seguimiento.

La edad promedio de la población fue de 68 años. El 63% eran hombres, mientras que la prevalencia de diabetes y obesidad fue del 29% y 22%, respectivamente. En relación con la forma de presentación clínica de la EAMI, la mayoría eran claudicadores (70%), mientras que el 30% restante se presentó como isquemia crónica que amenaza el miembro.

A pesar de que las estatinas fueron prescritas en un 93% de los pacientes, incluyendo un 77% con regímenes de dosis de alta intensidad, solo un 18% alcanzó la meta de LDLc recomendada. Por otro lado, ezetimibe se indicó solo en el 28% de

los individuos al finalizar el seguimiento de este estudio. Un punto interesante a remarcar es que aquellos bajo tratamiento combinado fueron los que significativamente alcanzaron las metas de LDLc.

Con respecto a las medidas no farmacológicas, solo un 18% recibió recomendaciones sobre hábitos alimentarios.

En cuanto a los eventos cardiovasculares durante el seguimiento (mediana de 564 días), se observó con mayor frecuencia la reintervención vascular periférica (28%). La progresión de enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular ocurrió en el 14% de los casos, mientras que la tasa de mortalidad fue del 7%.

Los autores concluyen que es fundamental lograr un abordaje holístico que incluya un adecuado tratamiento farmacológico (priorizando el uso de estatinas de alta intensidad, y considerando la combinación con ezetimibe cuando las metas lipídicas no se cumplan) y cambios de hábitos en lo que respecta a la dieta y la actividad física, con el objetivo de reducir los eventos cardiovasculares.

COMENTARIO

Considerando todo el espectro de la enfermedad aterosclerótica, los pacientes con EAMI representan el subgrupo con mayor riesgo cardiovascular.³ Asimismo, existe evidencia sólida de que la reducción del LDLc se asocia con menor mortalidad y eventos isquémicos en esta población.⁴ Por lo

tanto, es fundamental poner en práctica todas las herramientas con las que contamos para lograr una efectiva prevención secundaria. Sin embargo, continuamos fallando en los objetivos terapéuticos a alcanzar en estos pacientes. Tal como describe el trabajo de Mueller y col., la tasa de individuos tratados con estatinas en dosis de alta intensidad, o incluso la combinación con otros fármacos hipolipemiantes, continúa siendo subóptima, y esto termina impactando en el incumplimiento de las metas lipídicas planteadas en estos pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.

Esta problemática presenta múltiples aristas a abordar. En primer lugar, existe evidencia de menor reconocimiento de la EAMI en la atención médica, lo que indefectiblemente conlleva a un tratamiento subóptimo. En este sentido, en el estudio PARTNERS se observó que solo el 49% de los médicos que atendían a pacientes con EAMI tenían presente este diagnóstico.⁵ En segundo lugar, existe una disparidad significativa en las medidas de prevención secundaria (tanto farmacológicas como no farmacológicas) tomadas en pacientes con EAMI y en los individuos con enfermedad coronaria o con antecedente de isquemia cerebral. Esto se ha reflejado en el registro REACH, que incorporó a más de 68 000 individuos, en el que el control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos se alcanzó en menor medida en los pacientes con EAMI.³ Este panorama también se observa en el escenario clínico posrevascularización, donde el cardiólogo es el que realiza el seguimiento en la mayoría de los pacientes coronarios, situación que no sucede en el caso de los sujetos con enfermedad vasculares periférica. En este sentido, se ha reportado que los cardiólogos adhieren más a las recomendaciones de las guías de práctica médica y prescriben regímenes hipolipemiantes más intensivos que otros especialistas, lo que podría favorecer el menor alcance de metas lipídicas en individuos con EAMI revascularizados.⁶ En tercer lugar, está demostrado que los pacientes con enfermedad coronaria tienen mejor adhesión al tratamiento con estatinas que los individuos con EAMI.

Esto puede ser el resultado de un concepto erróneo entre los pacientes, e incluso entre algunos médicos, de que la EAMI conlleva a menor riesgo de eventos cardiovasculares que la enfermedad coronaria.⁷

Por lo expuesto anteriormente, es fundamental establecer equipos de trabajo multidisciplinarios, concentrando los esfuerzos en una buena comunicación con el objetivo de educar y concientizar a los pacientes acerca de su propia enfermedad, dado que existe evidencia sólida que demuestra que alcanzar las metas lipídicas se asocia con menor riesgo de eventos cardiovasculares.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Mueller L, Engelbertz C, Reinecke H, Freisinger E, Malyar NM, Meyborg M, et al. Secondary prevention in lower extremity artery disease patients: lipid-lowering therapy and long-term guideline adherence. *J Clin Med* 11(22):6838, 2022.
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 41(1):111-188, 2020.
3. Cacoub PP, Abola MTB, Baumgartner I, Bhatt DL, Creager MA, Liao CS, et al. Cardiovascular risk factor control and outcomes in peripheral artery disease patients in the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry. *Atherosclerosis* 204(2):e86-92, 2009.
4. Belch JJE, Brodmann M, Baumgartner I, Binder CJ, Casula M, Heiss C, et al. Lipid-lowering and anti-thrombotic therapy in patients with peripheral arterial disease: European Atherosclerosis Society/ European Society of Vascular Medicine Joint Statement. *Atherosclerosis* 338:55-63, 2021.
5. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 286(11):1317-1324, 2001.
6. McDermott MM, Mehta S, Ahn H, Greenland P. Atherosclerotic risk factors are less intensively treated in patients with peripheral arterial disease than in patients with coronary artery disease. *J Gen Intern Med* 12(4):209-215, 1997.
7. Pereg D, Neuman Y, Elis A, Minha S 'ar, Mosseri M, Segev D, et al. Comparison of lipid control in patients with coronary versus peripheral artery disease following the first vascular intervention. *Am J Cardiol* 110(9):1266-1269, 2012.

Reglamento de publicaciones

La Revista Argentina de Lípidos, de publicación semestral, constituye la revista oficial de la Sociedad Argentina de Lípidos. Su principal objetivo es promocionar la investigación de todos los aspectos relacionados con la lipidología entre las diferentes especialidades médicas. En ella se publican artículos científicos originales, editoriales, originales breves, actualizaciones bibliográficas, revisiones, casos clínicos, así como cualquier información relevante para la lipidología y las áreas relacionadas.

Los manuscritos pueden enviarse, en español, a: revistaargentinelipidos@gmail.com

La Revista Argentina de Lípidos no cobra cargo alguno por costos de procesamiento de los artículos ni por el envío de artículos a los autores.

SECCIÓN I

a) Tipo de estudios

Artículos Originales: En esta sección se incluirán investigaciones originales en etiología, fisiopatología, patología, epidemiología, aspectos clínicos, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se considerarán para la publicación estudios transversales, estudios de casos y controles, estudios de cohortes, ensayos controlados aleatorizados y metanálisis. El artículo deberá tener las siguientes secciones: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y Conclusión. El texto puede tener, como máximo, 3500 palabras, sin incluir la bibliografía y el resumen. Todo artículo original deberá tener un resumen con un máximo de 250 palabras con las siguientes secciones: Introducción y objetivos, Métodos, Resultados, Conclusión. Deberá también tener un resumen en inglés. Se aceptarán un máximo de 30 referencias. Se aceptarán un máximo de seis tablas o figuras.

Artículos Originales Breves: En esta sección se aceptan artículos originales con un número restringido de pacientes o muestra. El artículo debe tener los mismos encabezados que los mencionados para los artículos originales. El texto puede tener, como máximo, 1200 palabras, sin incluir la bibliografía y el resumen. Las características del resumen serán similares a las detalladas para los artículos originales. La cantidad máxima de citas será de 12. Las tablas y figuras no pueden ser más de tres en total.

Casos clínicos: Para esta sección podrán enviarse casos o serie de casos que por sus características adquieren relevancia académica. Se describirá el caso clínico (texto libre no estructurado), en un máximo de 800 palabras, seguido de una discusión con un máximo de 500 palabras. Se podrán incluir hasta un máximo de tres tablas o figuras y 10 citas para la discusión. No debe incluirse un resumen.

Editoriales: Tendrán como referencia alguno de los artículos publicados en el mismo número de la revista. Siempre se encargan por el Comité Editorial. Tendrá un máximo de 1500 palabras y 20 citas bibliográficas. No incluyen tablas o figuras.

Actualizaciones bibliográficas: Esta sección solo se desarrollará por invitación del Comité Editorial. Los autores deberán resumir en un máximo de 500 palabras los resultados principales de un artículo científico previamente publicado, seguido de un comentario con un máximo de 500 palabras. Se podrán utilizar hasta seis citas para el comentario.

Revisiones: Las revisiones sobre temas actuales que reflejen un progreso en diferentes ámbitos relacionados con la lipidología se solicitarán por parte del Comité Editorial a especialistas reconocidos. Tendrán un máximo de 5000 palabras, 40 citas bibliográficas y seis tablas o figuras. Incluirá un resumen en español y en inglés con un máximo de 250 palabras.

Cartas al Editor: Para esta sección se considerarán las cartas relacionadas con artículos publicados en la revista. Las cartas deben recibirse en un plazo de cuatro semanas desde la publicación del artículo. Pueden tener un máximo de 600 palabras, una tabla o una figura, y no más de cinco referencias bibliográficas.

Artículos Especiales: El Comité Editorial se reserva la invitación para desarrollar artículos especiales que no encuadren en las categorías anteriormente descritas. La publicación de guías de práctica clínica o artículos de consenso también se incluyen en esta sección.

b) Duplicación de una publicación

Una publicación duplicada es aquella cuyo material coincide sustancialmente con una publicación previa. La Revista Argentina de Lípidos no recibirá trabajos cuyo contenido se haya publicado previamente, en su totalidad o en parte, o cuyo contenido se haya enviado a otro sitio para publicación. Cuando así suceda, el trabajo presentado será rechazado.

c) Privacidad de los pacientes

No pueden incluirse en los manuscritos, fotografías u otros detalles que contribuyan a identificar al paciente, a menos que esta información sea indispensable para la publicación, en cuyo caso el paciente o el padre o el tutor, en el caso de menores de edad, deben expresar su consentimiento por escrito.

d) Autoría

El máximo número de autores será de ocho para los artículos originales y originales breves. En el caso de los casos clínicos, el número máximo de autores será de seis. Asimismo, para las cartas al editor, se aceptarán hasta tres autores. En los artículos enviados por invitación (editoriales, revisiones, artículos especiales), el Comité Editorial se reserva la determinación de la cantidad de autores para cada publicación. Cada autor deberá haber participado suficientemente en el trabajo para estar en condiciones de hacerse responsable públicamente de su contenido. Los participantes que no cumplan con dicho criterio, podrán optar por ser nombrados en los agradecimientos.

e) Arbitraje

El Comité Editorial de la Revista Argentina de Lípidos evaluará si el trabajo enviado es de interés. En el caso de que así lo fuera, el artículo, sin el nombre de los autores ni del centro/organización participante, se enviará a dos o tres árbitros expertos en el tema, quienes en un plazo máximo de 30 días deberán realizar sus análisis y enviar los comentarios. El trabajo puede ser rechazado o aprobado por ambos revisores; si el artículo necesitara cambios, los comentarios de los árbitros serán enviados al autor responsable para la corrección por sus autores. Los comentarios escritos del árbitro serán anónimos. Los autores deberán enviar la versión corregida acompañada de una carta con las respuestas detalladas a los comentarios de los revisores. Una vez recibida estas correcciones serán reenviadas nuevamente a los árbitros para evaluar o no su aceptación final.

SECCIÓN II

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Carta de presentación

Esta deberá explicar las razones del trabajo, destacando lo novedoso o el interés académico. Deberá incluir el formato en el cual se quiere publicar el artículo. Del mismo modo, aclarar que todos los autores han participado y están de acuerdo con la publicación, que el artículo no fue publicado previamente o se encuentra en proceso de evaluación en otro sitio y, si existieran, los conflictos de intereses.

Manuscrito

a) **Cuestiones de estilo:** utilizar como fuentes Arial o Times New Roman 10 o 12; interlineado doble; numerar las hojas.

b) **Unidades de medida:** se empleará el sistema métrico decimal, usando puntos para los decimales. Abreviaturas, siglas o acrónimos: Se evitará su uso en el título y en el resumen. Sólo se emplearán abreviaturas estándar. La primera vez que se empleen irán precedidos por el término completo, salvo que se trate de unidades de medida estándar.

c) **Primera hoja:** Todo manuscrito deberá incluir una primera hoja en la cual figurará el título en español y en inglés. El título debe ser conciso e informativo. A continuación, se enumerarán los autores: nombre y apellidos completos, con los datos de filiación (servicio, hospital, institución, etc.). Finalmente, deberá colocarse en la primera hoja los datos del autor que recibirá la correspondencia: Nombre completo, teléfono, dirección postal y correo electrónico.

d) **Segunda hoja:** En el caso que corresponda, se incluirá un resumen en español, con un máximo de 250 palabras. Deben evitarse las abreviaturas y no deben colocarse citas bibliográficas. El resumen será estructurado (véase Sección I). Al finalizar el resumen, se colocarán entre tres y ocho palabras clave. Estas deberán ser consultadas en el Medical Subject Heading (MeSH) de la National Library of Medicine (disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi) o su versión en español, DECS disponible en www.decs.bvs.br/E/homepagee.htm.

e) **Tercera hoja:** Resumen y palabras clave en inglés. Deberá representar fielmente el resumen en español. El máximo número de palabras es 250. Deberá tener los mismos apartados del resumen en español y al final las palabras clave en inglés.

f) **Manuscrito:** A continuación, se desarrollará el manuscrito. Véanse los apartados correspondientes para las publicaciones estructuradas en la Sección I. Al final del texto, podrán colocarse, si los hubiere, los agradecimientos y los conflictos de intereses.

g) **Bibliografía:** Se limitará a aquellos artículos directamente relacionados con el trabajo. Se numerarán las referencias consecutivamente, en el orden en que se las mencione en el trabajo, colocándolas en el texto como superíndice. Se incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, se completará con la expresión "et al.". Los títulos de las revistas serán abreviados de acuerdo al Index Medicus (en www.nlm.nih.gov). En el caso de capítulos de un libro, se deberá citar: autores, título del capítulo, editores, título del libro, ciudad, editorial y páginas. De utilizarse una cita correspondiente a material electrónico, deberá citarse autores, nombre del artículo, nombre del sitio, año, seguido de la expresión "disponible en:<http://www>".

h) **Tablas:** Deberán ser presentadas en hojas individuales, y numeradas con números arábigos, según el orden en que sean citadas en el texto. Las tablas no deben duplicar información que ya está presente en el texto principal. Deben poseer un título explicativo y notas aclaratorias al pie. Todas las abreviaturas de la tabla no estandarizadas deben explicarse.

i) **Figuras:** Deben tener buena calidad de definición y ser editables (que permitan corregirse). Serán numeradas correlativamente con una leyenda explicativa en hoja aparte. Los títulos y las explicaciones detalladas se colocan en el texto de las leyendas y no en la ilustración misma. Las figuras o ilustraciones deberán enviarse en archivos aparte. Se recomiendan los formatos TIFF o JPEG, preferentemente, con una resolución no inferior a 300 dpi. Al final del manuscrito, deberá identificarse las leyendas de las figuras.