

López-Sendón y J. L. Merino han recibido honorarios por consultoría o conferencias por parte de Bayer, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Daiichi Sankyo y Sanofi.

Carlos Escobar^a, Martín Arceluz^a, Rosa Montes de Oca^a, Ricardo Mori^a, José Luis López-Sendón^b y José Luis Merino^{a,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid, España

^bUnidad de Electrofisiología Robotizada, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correos electrónicos: jlmerino@secardiologia.es, jlmerino@arritmias.net (J.L. Merino).

On-line el 30 de septiembre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383:955-962.
2. Roldán Rabadán I, Anguita Sánchez M, Marín F, et al. Current antiarrhythmic therapy for nonvalvular atrial fibrillation in Spain. Data from the FANTASIA Registry. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:54-60.
3. Hohnloser SH, Crijns HJ, Van Eickels M, et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;360:668-678.
4. Hohnloser SH. New pharmacological options for patients with atrial fibrillation: the ATHENA trial. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62:479-481.
5. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2015;17:1467-1507.
6. Barrios V, Escobar C. From clinical trials to clinical practice. Experience with rivaroxaban in the anticoagulant treatment of patients with non-valvular atrial fibrillation. *Semergen*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.01.016>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.023>
0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Selección de lo mejor del año 2016 en cardiología clínica: continuidad asistencial; relación entre cardiología y atención primaria



Selection of the Best of 2016 in Clinical Cardiology: Continuum of Care; Relationship Between Cardiology and Primary Care

Sr. Editor:

Para reducir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardíacas crónicas, es imprescindible una adecuada coordinación entre la cardiología y la atención primaria. Así, por ejemplo, en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, se ha demostrado que asegurar una adecuada continuidad asistencial entre ambos ámbitos disminuye las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, ya que permite la optimización del tratamiento médico y la identificación precoz de las descompensaciones¹.

El paciente con cardiopatía isquémica crónica tiene un riesgo alto de nuevos eventos isquémicos. Aunque las unidades de rehabilitación cardíaca realizan una labor excelente con el paciente que ha sufrido un evento agudo, por las características propias de la atención primaria, es este ámbito desde donde se puede hacer una mejor prevención secundaria a largo plazo; por una parte, mediante los cambios en el estilo de vida y, por otra, asegurando que el paciente tome la medicación adecuada durante el seguimiento.

En un reciente estudio² que analizó los costes directos de los cuidados de salud, la pérdida de productividad y la incapacidad ajustada a los años de vida atribuibles a la inactividad física, se estimó, de manera conservadora, que en 2013 el sedentarismo se asoció con un coste para el sistema sanitario de aproximadamente 54.000 millones de dólares en todo el mundo, de los que el sector público pagó 31.000 millones. Además, el coste asociado a la pérdida de productividad como consecuencia de las muertes ocasionadas por la inactividad física alcanzó los 14.000 millones de dólares y la incapacidad ajustada por los años de vida, los 13 millones. La mayor parte de los costes ocurrieron en los países con mayores ingresos (el 81% de los costes de cuidados de la salud y el 60% de los costes indirectos). En consecuencia, el sedentarismo no solo se asocia a una mayor morbimortalidad cardiovascular, sino también a un aumento muy marcado de los costes². Por lo tanto, tanto desde cardiología como desde atención primaria se

debería insistir coordinadamente en los cambios en el estilo de vida.

Una insuficiente adherencia al tratamiento es una barrera importante en la prevención secundaria del paciente con cardiopatía isquémica. Aunque existen varios factores que podrían explicar esta falta de adherencia (trastorno crónico, en numerosas ocasiones la enfermedad cursa de manera asintomática o poco sintomática, copago farmacéutico, escasa concienciación de médicos y pacientes, etc.), sin duda la complejidad del tratamiento supone la causa más importante. Una escasa adherencia al tratamiento aumenta la morbimortalidad cardiovascular y los costes sanitarios. En este contexto, el empleo de policomprimidos (*polypill*) puede suponer una ventaja en determinados pacientes, como aquellos con antecedentes o alta probabilidad de falta de adherencia al tratamiento, pacientes que no estén bien controlados con dosis equipotentes y tengan problemas de adherencia, pacientes que estén bien controlados con los componentes individuales del policomprimido o los que tengan bastantes comorbilidades y, en consecuencia, se encuentren polimedicados. Por el contrario, el uso del policomprimido no estaría indicado para pacientes en los que se prevea que no se van a conseguir los objetivos terapéuticos recomendados por las guías de práctica clínica o al menos una aproximación razonable, así como aquellos con intolerancia o alergia a alguno de sus componentes. En España, está actualmente disponible un policomprimido compuesto por ácido acetilsalicílico (100 mg), atorvastatina (20 mg) y ramipril (2,5-10 mg)³.

La prevención de las complicaciones tromboembólicas es imprescindible para el paciente con fibrilación auricular. Los antagonistas de la vitamina K reducen eficazmente este riesgo y, de hecho, recientemente se ha demostrado que el riesgo de complicaciones de los pacientes con un adecuado control del INR es bajo⁴. Sin embargo, la realidad indica que en España, así como en los países de nuestro entorno, aproximadamente el 40% de los pacientes con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria tienen un control de la anticoagulación inadecuado⁵. Se ha demostrado que en los pacientes con fibrilación auricular no valvular los anticoagulantes orales de acción directa son al menos tan eficaces como la warfarina en la prevención del ictus y la embolia sistémica, pero con un mejor perfil de seguridad, sobre todo en el riesgo de hemorragias intracraneales. Además, al proporcionar una anticoagulación estable y predecible, no es necesario realizar controles periódicos de la anticoagulación. Desafortunadamente, en España

existen importantes restricciones de uso, tanto en atención primaria como en cardiología, restricciones que además son diferentes según la comunidad autónoma e impiden el adecuado acceso a dichos anticoagulantes. Recientemente, la Sociedad Española de Cardiología y otras sociedades científicas, incluidas las de atención primaria, han propuesto una serie de modificaciones del posicionamiento terapéutico del Ministerio de Sanidad con el objetivo de mejorar el acceso a estos fármacos⁶.

Carlos Escobar^{a,*}, Vivencio Barrios^b, Juan Cosin-Sales^c, Domingo Marzal^d y Alberto Calderón^e

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^dServicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Mérida, Badajoz, España

^eCentro de Salud Doctor Pedro Laín Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: escobar_cervantes_carlos@hotmail.com (C. Escobar).

On-line el 21 de octubre de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Desai AS. Intensive management to reduce hospitalizations in patients with heart failure. *Circulation*. 2016;133:1704–1707.
- Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X).
- González-Juanatey JR, Mostaza JM, Lobos JM, Abarca B, Llisterri JL. Un paso más allá en la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Documento de consenso del uso clínico del policomprimido. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:547–550.
- Björck F, Renlund H, Lip GY, Wester P, Svensson PJ, Själander A. Outcomes in a warfarin-treated population with atrial fibrillation. *JAMA Cardiol*. 2016;1:172–180.
- Barrios V, Escobar C, Prieto L, et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:769–776.
- Roldán I, Marín F. En el camino de un mejor uso de los anticoagulantes en la fibrilación auricular no valvular. Propuesta de modificación del posicionamiento terapéutico UT/V4/23122013. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:551–553.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.038>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.052>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.016>

0300-8932/

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Selección de lo mejor del año 2016 en cardiología clínica. Novedades terapéuticas



Selection of the Best of 2016 in Clinical Cardiology: Therapeutic Novelties

Sr. Editor:

En 2016 se han publicado los resultados de importantes ensayos con gran repercusión para la práctica diaria del cardiólogo clínico.

En el estudio PARADIGM-HF¹, se compararon los efectos del sacubitrilo-valsartán (LCZ696) en dosis de 200 mg 2 veces al día frente a enalapril 10 mg 2 veces al día añadidos a la terapia estándar, en cerca de 8.500 pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) sintomática, clase funcional de la *New York Heart Association* II-IV y fracción de eyección $\leq 40\%$. La variable primaria fue la combinación de muerte cardiovascular u hospitalización por IC. El estudio se interrumpió precozmente, tras una mediana de seguimiento de 27 meses, debido a los resultados positivos a favor del sacubitrilo-valsartán. El tratamiento con LCZ696 se asoció con una reducción del 20% en el riesgo de la variable primaria y del 16% en el riesgo de muerte por cualquier causa. Además, redujo los síntomas de IC y mejoró la clase funcional¹. Esto ha llevado a que la nueva guía europea² recomiende el empleo de sacubitrilo-valsartán en sustitución de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina para reducir el riesgo de hospitalizaciones por IC y muerte de los pacientes ambulatorios con IC y fracción de eyección reducida que continúen sintomáticos a pesar del tratamiento óptimo (recomendación IB). Además, recientemente se ha demostrado que el sacubitrilo-valsartán puede ser un tratamiento coste-efectivo en este contexto³.

La diabetes mellitus actualmente es una de las grandes epidemias del siglo XXI. Como es bien conocido, la diabetes aumenta el riesgo de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares. Se ha demostrado que el control metabólico glucídico mediante el tratamiento antidiabético reduce eficazmente las complicaciones microvasculares y, en los pacientes con

una enfermedad menos evolucionada, también las macrovasculares. Sin embargo, el tratamiento hipoglucemiante intensivo podría ser incluso perjudicial para los sujetos con una diabetes más evolucionada. Como consecuencia de las dudas que surgieron acerca de la seguridad cardiovascular de algunos fármacos, desde 2008, para que un medicamento antidiabético pueda aprobarse para su uso en la práctica clínica, además de reducir la glucohemoglobina, debe demostrarse su seguridad cardiovascular en ensayos clínicos específicos. En este contexto, los inhibidores de la dipeptidilpedidasa-4 (saxagliptina, alogliptina y sitagliptina) mostraron seguridad cardiovascular, si bien con alguno de ellos surgieron dudas acerca del riesgo de hospitalización por IC.

El año pasado se publicó el estudio EMPA-REG OUTCOME, en el que se demostró que la empagliflozina, un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) reduce el riesgo de la variable primaria combinada de muerte cardiovascular, infarto de miocardio no mortal o ictus no mortal frente a placebo en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular establecida⁴. La reciente guía de IC específica que se debería considerar la empagliflozina para diabéticos tipo 2 para prevenir o retrasar la aparición de IC y prolongar la vida; es la primera vez que un antidiabético recibe una recomendación de este tipo². Más recientemente, en el estudio LEADER⁵, la liraglutida, un análogo del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) redujo el riesgo de la misma variable primaria combinada respecto a placebo en diabéticos tipo 2 con alto riesgo cardiovascular. En otra carta científica relacionada se comentan los resultados de estos estudios con más profundidad.

Otra de las novedades terapéuticas de este año son los inhibidores de la PCSK9. Hasta ahora, en general, los estudios realizados con estos anticuerpos han demostrado reducciones muy marcadas del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) tanto en monoterapia como combinados con otros hipolipemiantes, con un buen perfil de seguridad, por lo menos tras un año de seguimiento. Si bien hay que esperar a los resultados de importantes ensayos clínicos de morbimortalidad, los datos actualmente disponibles indican que su uso se podría asociar además con una reducción significativa de los eventos cardiovasculares. Hay que tener presente que estos fármacos, al inyectarse cada 2 o 4 semanas, podrían ver facilitado su