

Cartas al Editor

Actualización del documento de consenso del uso clínico del policomprimido: nueva dosis con atorvastatina 40 mg



Update to the Consensus Document on Clinical Use of the Polypill: New Dose Containing Atorvastatin 40 mg

Sr. Editor:

Durante 2017 se ha realizado una actualización del documento de consenso para el uso clínico del policomprimido para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (CV), el cual se elaboró en 2015 y se publicó en *Revista Española de Cardiología*¹. Este documento fue el primero en establecer unas recomendaciones de uso para esta opción terapéutica y cuenta con el aval científico de las Sociedades Españolas de Cardiología (SEC), Medicina Interna (SEMI), Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), Médicos Generales y de Familia (SEMG) y Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Los motivos para llevar a cabo esta actualización son diversos: a) la publicación de nueva evidencia sobre el uso del policomprimido en la práctica clínica habitual; b) la introducción de una nueva presentación con 40 mg de atorvastatina que se añade a las existentes, y c) la recomendación del documento «La actualización del Manual Metodológico para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud»², emitido en 2016, sobre la idoneidad de que estas se actualicen en periodos no superiores a

2 años, con el objetivo de mantener su valor asistencial, tanto para personal clínico como para reguladores sanitarios.

La actualización³ que nos atañe se ha llevado a cabo a partir del manual metodológico², mencionado anteriormente, el cual establece las bases que deben guiar la actualización de las recomendaciones. A grandes rasgos, tras una búsqueda sistemática no exhaustiva de nueva evidencia, se elaboró una síntesis bibliográfica que permitió al grupo actualizador de las recomendaciones proponer los enunciados de las nuevas recomendaciones y de aquellas que era necesario modificar. El grupo validador de las recomendaciones (28 expertos), utilizando un proceso Delphi modificado, procedió a la validación de las recomendaciones nuevas y modificadas; estas obtuvieron un porcentaje de acuerdo superior al establecido en el protocolo de trabajo (> 80%), por lo que no fue necesaria una sesión participativa final. Todas las recomendaciones nuevas y modificadas se categorizaron con el nivel de evidencia y el grado de recomendación, según el sistema de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* en su versión modificada⁴.

De todas las recomendaciones del documento de 2015, un total de 32 se consideraron vigentes, 5 se actualizaron, no se retiró ninguna y se elaboró 1 recomendación nueva. En la figura se presentan los temas finalmente actualizados y que pueden resumirse en: a) adelantar el momento de la prescripción para pacientes con un evento CV agudo, b) la posibilidad de emplear el policomprimido para pacientes sometidos a tratamiento hipocolesterolemico de alta intensidad con una estatina diferente de la atorvastatina; c) la redefinición de los perfiles de pacientes con alto o

ASPECTOS MODIFICADOS DE LAS RECOMENDACIONES REVISADAS

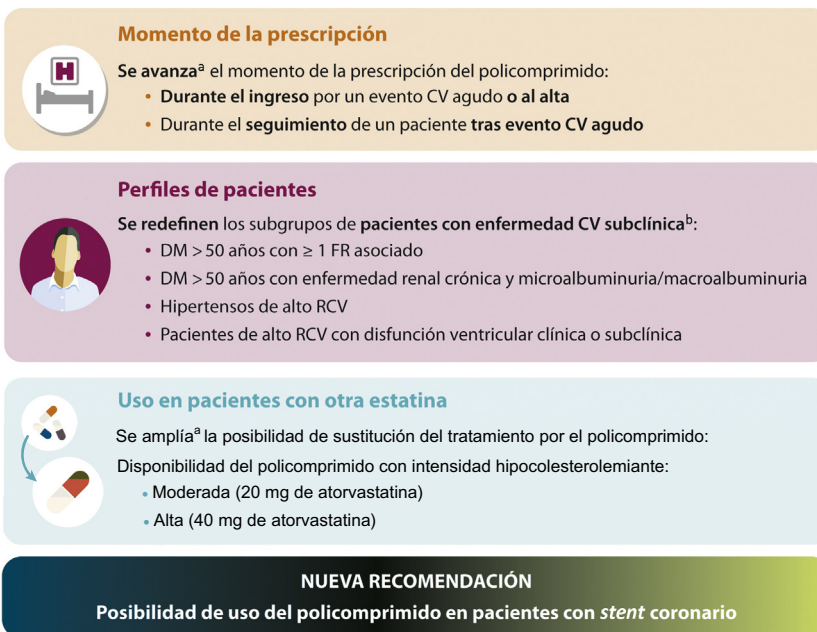


Figura. Temas actualizados del documento de consenso. CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; FR: factor de riesgo; RCV: riesgo cardiovascular.

^aPor disponerse del policomprimido con atorvastatina 40 mg.

^bSiempre que no tengan alto riesgo de hemorragia.

muy alto riesgo y enfermedad CV subclínica que podrían tomar el policomprimido, y d) el uso para pacientes a los que se implanta un *stent*.

El documento de actualización no supone un cambio de los criterios de indicación preferente del policomprimido en el ámbito de la prevención secundaria de la enfermedad CV, si bien es cierto que la aparición de nueva evidencia sobre el uso del policomprimido y la introducción de la nueva presentación que incorpora la dosis de 40 mg de atorvastatina amplían el espectro terapéutico de pacientes que pueden beneficiarse de su empleo. Además, estas novedades justifican la actualización del documento de consenso sobre el uso clínico del policomprimido en prevención del riesgo CV, que permitirá al personal clínico una mayor homogeneidad en la toma de decisiones ajustada a las evidencias disponibles.

Agradecimientos

Se agradece el trabajo realizado por los demás miembros del comité científico (Benjamín Abarca, José María Lobos, José Luis Llisterri y José María Mostaza), del grupo actualizador de las recomendaciones (José Juan Alemán, Gonzalo Barón-Esquivias, Isabel Egocheaga, Enrique Galve, Francisco Xavier García-Moll, Rosa María Lidón, Jesús Millán, Vicente Pallarés-Carratalá, Pedro Luis Sánchez y Carmen Suárez) y del grupo validador de las recomendaciones. Así como, a Ferrer por su apoyo y a GOC *Networking* por el soporte técnico y metodológico.

FINANCIACIÓN

Ferrer ha financiado la logística necesaria para la actualización del documento, pero en ningún caso ha participado en los debates o las decisiones.

CONFLICTO DE INTERESES

J.R. González-Juanatey ha recibido honorarios de Ferrer Internacional por impartir conferencias.

José Ramón González-Juanatey

Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, CIBERCV, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Correo electrónico: jose.ramon.gonzalez.juanatey@sergas.es

On-line el 21 de marzo de 2018

BIBLIOGRAFÍA

- González-Juanatey JR, Mostaza JM, Lobos JM, Abarca B, Llisterri JL. A Step Ahead in Secondary Prevention of Cardiovascular Risk. Consensus Document on Clinical Use of the Polypill. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:547-550.
- Grupo de trabajo sobre GPC. Manual metodológico para la elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. 2017. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo. Consultado 19 May 2017.
- González-Juanatey JR, Abarca B, Lobos JM, Llisterri Caro JL, Mostaza Prieto J. Nuevo enfoque terapéutico para la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Actualización del documento de consenso del uso clínico de la Polypill. 2018. Disponible en: https://secardiologia.es/images/rec/documentosinstitucionales/Actualizacion-Consenso-Polypill40_v2.pdf. Consultado 21 Feb 2018.
- SIGN 50: A guideline developers' handbook. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2015. Disponible en: http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf. Consultado 21 Feb 2018.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.009>

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.02.012>

0300-8932/

© 2018 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Ligera y severa o leve y grave? A propósito de «Viaje al corazón de las palabras»



Anglicisms in Spanish: Apropos of "Into the Heart of Terminology"

Sr. Editor:

Cuán agradecida debe estar la comunidad cardiológica con la más reciente sección de *Revista Española de Cardiología* «Viaje al corazón de las palabras». La sabiduría y experiencia del Profesor Fernando Navarro nos enseña algo nuevo en cada edición de la Revista y nos demuestra lo acertados o errados que estamos respecto al adecuado uso del lenguaje médico.

El inglés, a pesar del pensamiento de algunos¹, es el idioma de la ciencia^{2,3}, por lo que un profesional de estos tiempos necesita conocer profundamente esta lengua; primero, para su superación profesional y, posteriormente, para lograr la difusión de los resultados de sus investigaciones y transmitir sus conocimientos. Sin embargo, las inadecuadas traducciones han contribuido a que cada vez se incorporen más términos extranjeros, en este caso anglicismos, a nuestro acervo lingüístico científico, pese a tener equivalentes bien establecidos en español. Por eso, muchos médicos y lingüistas, como el mencionado profesor, se han convertido en acérrimos defensores del lenguaje médico en nuestro idioma⁴⁻⁶, con el objetivo de lograr que nuestros profesionales hablen y escriban mejor.

No nos referimos a *stent*, *strain rate*, *milking*, *kissing*, *odds ratio* o *end point*²⁻⁴, por solo mencionar algunos ejemplos que han sido aceptados con agrado, porque la economía lingüística y la falta de un equivalente corto o sencillo en español favorecen el uso del término en inglés. Pero *patología* en lugar de enfermedad, *admisión* por ingreso, *balón* por globo, *patente* por permeable, *banding* por cerclaje o ligadura, *cleft* por hendidura, *leak* por fuga o escape, *flap* por colgajo, *desorden* por trastorno o alteración y *randomizado* por aleatorizado, entre otros muchos ejemplos, se han convertido en palabras habituales en detrimento (o tal vez desarrollo) de nuestro riquísimo idioma español. Por desgracia, como señala el propio Fernando Navarro en su excelente artículo⁶ (que recomendamos leer), algunas de sus causas son la ignorancia, la pereza y el esnobismo.

Después de esta reflexión se nos ocurre una pregunta: ¿cómo se debe decir cuando se define el grado o estadio de determinada situación o enfermedad: ligera y severa o leve y grave?

A nuestro entender, aunque ligera se identifica más con el peso de los objetos, ligera y leve son sinónimos y pueden utilizarse indistintamente en este sentido, para designar algo fino, sutil o de poca importancia; sin embargo, no ocurre así con severa y grave. Severa/o (del latín *sevērus*) es la inadecuada traducción del término inglés *severe*, que nada tiene que ver en español con lo referido a la gradación de la gravedad de ciertas alteraciones y enfermedades, pero sí lo tiene en su idioma original, pues el *American Heritage Dictionary of the English Language* la define, en una de sus acepciones, como «*very dangerous or harmful; grave or grievous*»