



Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



RV/D-001 - CONTROL DEL COLESTEROL LDL EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO VASCULAR

A. Menéndez Saldaña, L. Bailón Álvarez, L. Beltrán Romero, C. Mejía Chew, J. García Puig

Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar el grado de control de las cifras de colesterol LDL según los criterios establecidos por las guías ESC/EAS 2011 sobre el manejo de dislipemias, en pacientes con evento cardiovascular previo atendidos en la Unidad Metabólico-Vascular de nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, seleccionando los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (definida como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o insuficiencia renal crónica estadio 4-5), atendidos en la Unidad Metabólico-Vascular del Hospital Universitario La Paz desde enero de 2015 hasta marzo de 2016. Se analizaron las características demográficas, comorbilidades, perfil lipídico, tratamientos hipolipemiantes prescritos y antecedentes de reacciones adversas frente a estatinas. Se compararon las características de los pacientes con cifras de colesterol LDL menores o iguales a 70 mg/dl con las de aquellos que no cumplen este objetivo terapéutico.

Resultados: Evaluamos 213 pacientes con evento cardiovascular previo: el 72,8% de los pacientes eran varones, con una edad media de $70,6 \pm 10$ años, y el 55,4% habían sido diagnosticados de DM2 anteriormente. Respecto al antecedente de evento cardiovascular, el 48,8% había presentado cardiopatía isquémica, el 30% enfermedad cerebrovascular, el 25,8% enfermedad arterial periférica y el 22,5% insuficiencia renal crónica estadio 4-5. Sólo el 47% de los pacientes mostró unos niveles de LDL iguales o inferiores a 70 mg/dl, El control de las cifras de LDL fue subóptimo (71-100 mg/dl) en el 37% y malo (LDL > 100) en el 16% de los pacientes. El 69,5% de los pacientes recibieron tratamiento simple (estatinas en 97%) y el 27,7% tratamiento combinado, siendo estatina + ezetimibe la combinación más frecuentemente empleada (85%). El 7% de los pacientes recibió tratamiento triple. Globalmente, el 96% de los pacientes recibía estatinas: el 59% de alta potencia, el 37% de potencia intermedia y el 4% de baja potencia, siendo esta distribución similar en los grupos de tratamiento simple y combinado. La estatina más frecuentemente prescrita fue atorvastatina 40-80 mg (42%). Sólo el 6% de los pacientes presentaba intolerancia a las estatinas. Al comparar las características de los subgrupos establecidos en función del control lipídico, observamos que aquellos con niveles de LDL dentro de objetivo presentaban deterioro de la función renal con mayor frecuencia (FGR > 60, 58% vs 72% en grupo de mal control, p 0,003). No se observaron diferencias en el tipo de tratamiento pautado (simple 70% vs 69%, combinado 29% vs 26%) o en la potencia de las estatinas prescritas. La intolerancia a las estatinas fue más frecuente en aquellos pacientes con mal control de las cifras de LDL (6% vs 1% en grupo de buen control, p 0,04).

Discusión: En nuestra serie, menos de la mitad de los pacientes con antecedente de evento cardiovascular logran mantener sus cifras de LDL dentro de los objetivos propuestos por las guías clínicas europeas. Estos resultados son ligeramente superiores a los obtenidos en estudios similares. Una causa podría ser la infrautilización de los recursos terapéuticos: sólo la mitad de nuestros pacientes reciben estatinas de alta potencia, y sólo en el 30% se prescribe tratamiento combinado. Sin embargo, en nuestra serie no se han observado diferencias en el tipo de tratamiento administrado y grado de control lipídico.

Conclusiones: En nuestra serie, menos de la mitad de los pacientes de alto riesgo cardiovascular mantienen sus cifras de LDL dentro de los objetivos marcados por las guías clínicas. Este fracaso terapéutico podría estar relacionado con el empleo de tratamientos hipolipemiantes subóptimos. Estos resultados nos plantean la necesidad de aumentar nuestros esfuerzos para mejorar el control lipídico en estos pacientes, empleando el extenso y creciente arsenal terapéutico que tenemos a nuestro alcance.