



6109-10. PROPORCIÓN ESTIMADA DE DESCENSO DEL COLESTEROL LDL PARA ALCANZAR SU OBJETIVO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: INFLUENCIA DEL MÉTODO DEL CÁLCULO

Antonio Meseguer Hernández¹, Francisco Buendía Santiago¹, José Manuel Andreu Cayuelas¹, Leticia Jaulent Huertas¹, Zoser Saura Carretero¹, M.M. Carmen Guirao Balsalobre¹, Bettina de Berardinis Moreno¹, Eloy Yordano Mite Salazar¹, Leticia Risco Eres¹, María Belén Villamarín Heredia¹, Jaime Merino Romero¹, María Isabel Baños Maturano¹, Eva Pérez Fernández², Alberto Fernández Reina² y Juan Antonio Castillo Moreno¹

¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El colesterol LDL (LDL) habitualmente se calcula mediante la fórmula de Friedewald (F), aunque se ha propuesto la de Martin-Hopkins (MH) como alternativa más precisa. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias entre aplicar una u otra fórmula para determinar la proporción estimada de descenso de LDL (PED_LDL) necesario para alcanzar su objetivo 55 mg/dL en pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes consecutivos ingresados por SCA. Se determinó el perfil lipídico al ingreso y se calculó el LDL mediante F y MH en todos los pacientes con triglicéridos 6% (porcentaje de descenso de LDL estimado al duplicar la dosis de estatinas). Se identificó a los pacientes con discordancia, que se representó mediante gráficos de Bland-Altman, y se analizaron los factores asociados a ella.

Resultados: Se incluyeron 372 pacientes (edad media: 65,5 ± 13,1 años; 21,2% mujeres). La mediana de PED_LDL según F fue de 40,6% [13,1-55,9]; mientras que mediante MH fue de 42,8% [20,3-56,2], con una correlación positiva fuerte ($r = 0,993$; $p < 0,001$). Se identificaron 94 pacientes (25,3%) con discordancia, que se asoció al sexo masculino, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia y diabetes), tratamiento hipolipemiente previo, índice de masa corporal y antecedente de enfermedad aterosclerótica. Los pacientes con discordancia tenían mayores niveles de triglicéridos y menores de colesterol total, no-HDL y LDL (tabla). En el análisis multivariante solo los niveles bajos de LDL (OR 0,89; IC95% 0,84-0,93; $p < 0,001$) y elevados de triglicéridos (OR 1,05; IC95% 1,03-1,06; $p < 0,001$) se asociaron a discordancia (figura).

Análisis de la discordancia entre fórmulas para estimar la magnitud teórica del descenso de LDL y su asociación con otros factores

	No discordancia (n = 278; 74,7%)	Sí discordancia (n = 94; 25,3%)	Total (n = 372; 100%)	p

Edad	65,46 ± 12,61	65,69 ± 11,18	65,49 ± 13,06	0,851
Sexo masculino	211 (75,9%)	82 (87,2%)	293 (78,8%)	0,020
Hipertensión arterial	183 (65,8%)	74 (78,7%)	257 (69,1%)	0,019
Dislipemia	159 (57,2%)	66 (70,2%)	225 (60,5%)	0,026
Diabetes	100 (36,0%)	61 (64,9%)	161 (43,3%)	0,001
Tabaquismo activo o previo	174 (62,6%)	69 (73,4%)	243 (65,3%)	0,057
Tratamiento hipolipemiente previo	136 (48,9%)	63 (67,0%)	199 (53,5%)	0,002
Índice de masa corporal	27,44 ± 6,12	29,04 ± 5,03	27,91 ± 5,93	0,005
Enfermedad aterosclerótica previa	87 (31,3%)	49 (52,1%)	136 (36,6%)	0,001
Triglicéridos (mg/dL)	115 [87-155]	162 [120-236]	122 [90-178]	0,001
Colesterol total (mg/dL)	167 [139-197]	127 [104-151]	156 [125-189]	0,001
Colesterol no HDL (mg/dL)	126 [99-155]	93 [64-118]	117 [88-147]	0,001
Colesterol LDL (mg/dL)	102 [79-128]	52 [39-72]	91 [62-118]	0,001

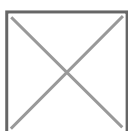


Gráfico de Bland-Altman.

Conclusiones: En pacientes ingresados por SCA existe una buena correlación en la estimación de la PED_LDL mediante las fórmulas de F y MH. No obstante, en un 25% de los casos existe discordancia (> 6%) en la PED_LDL estimada con ambas fórmulas, que se asocia a niveles bajos de LDL y elevados de triglicéridos.