



6005-44. PATRONES DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE E INERCIA TERAPÉUTICA, TRAS OBJETIVAR ANALÍTICA ALTERADA, EN UNA POBLACIÓN CON HIPERCOLESTEROLEMIA GRAVE

Carlos de Cabo Porras¹, Helena Contreras Mármol¹, Álvaro Serrano Blanco¹, Alejandro Gadella Fernández¹, Alejandro Cebollada Cameo¹, Esther Gigante Miravalles¹, Alejandro Cabello Rodríguez¹, María Cristina Morante Perea¹, Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete¹, Andrea Martínez Cámara¹, Miguel Ángel Sastre Perona¹, Marta Flores Hernán², Fernando Sabatel Pérez³, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo¹ y Luis Rodríguez Padial¹

¹Complejo Hospitalario de Toledo, SESCAM, Toledo. ²Servicio de Cardiología Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente, en nuestro medio, el control de los niveles de colesterol unido a lipoproteína de baja densidad (LDL) en los pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular es insuficiente. Entre los múltiples factores que influyen en ello, destaca una insuficiente potencia del tratamiento hipolipemiante (TTH) establecido para lograr tal objetivo. El presente trabajo evalúa los patrones en el cambio de TTH en pacientes con hipercolesterolemia (HCL) grave, tras objetivar el perfil lipídico alterado.

Métodos: Se analizaron la inercia y patrones de TTH en una cohorte de 469 pacientes con HCL grave (colesterol \geq 290 mg/dl, LDL \geq 220 mg/dl y triglicéridos \geq 200 mg/dl), sin causa secundaria, antes de la analítica de referencia y una vez objetivada dicha alteración analítica por el médico de referencia. El TTH fue clasificado según su capacidad de reducción de LDL en baja (30%), moderada (30-50%) y alta potencia (\geq 50%).

Resultados: La edad media fue de $53,24 \pm 12,7$ años, con un porcentaje del 59,3% de sexo femenino y de IMC promedio de $27,6 \pm 4,36$ kg/m². Los niveles promedio de colesterol total, LDL y triglicéridos fueron 331,73, 246,78 y 128,25 mg/dl, respectivamente. Un 87,4% de los pacientes presentó algún factor de riesgo cardiovascular añadido, además de la HCL grave, destacando un 49,7% con historia de hábito tabáquico, el 31,6% HTA y 10% de diabetes mellitus. Un 5,5% de los pacientes presentó enfermedad cardiovascular establecida. Antes de la analítica de referencia, únicamente el 12,8% de los pacientes estaban bajo TTH. Tras la valoración de la analítica por el facultativo, se observó una inercia terapéutica positiva, aumentando el porcentaje de pacientes con tratamiento hasta un 74,3% (aumento de 473%; p 0,001). Sin embargo, pese a ser una población de alto riesgo cardiovascular, como mínimo, solo al 23,2% de los pacientes se les pautó TTH de alta potencia.

Cambios en el patrón de TTH antes y después de objetivar la analítica de referencia

	Antes analítica	%	Tras analítica referencia	%	Diferencia	% diferencia	p
Hipolipemiente	60	12,8	344	74,3	284	473,3	0,001
Hipolipemiente alta potencia	20	4,3	109	23,2	89	445,0	0,001
Hipolipemiente media potencia	33	7	209	44,6	176	533,3	0,001
Hipolipemiente baja potencia	7	1,5	26	5,5	19	271,4	0,001



Cambios en el TTH antes y después de objetivar la analítica referencia.

Conclusiones: Pese a objetivar una inercia terapéutica positiva, los patrones de tratamiento son insuficientes para lograr el objetivo de LDL según las recientes guías de práctica clínica, teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular de los pacientes. Los datos presentados muestran resultados similares a publicaciones previas donde se manifiesta el problema del insuficiente control lipídico en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular.