



6113-11. PERFIL LIPÍDICO AL INGRESO Y BRECHAS EN EL TRATAMIENTO INTENSIVO: UNA LLAMADA A REEVALUAR LOS CRITERIOS DE ACCESO SEGÚN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

José Miguel Rojo Pérez, Luis Javier Doncel Vecino, Eugenio Picazo Feu, Clara Nuevo Gallardo, Natalia Torrijos López, Ramón Rubí Matamoros, Miguel Ángel Merón Pino, Carolina de Vega Suárez-Bárcena, Luis Miguel Torrado González, Alejandra Vaello Paños, Eugenio Dávila Dávila y José Ramón López Mínguez

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El control lipídico subóptimo sigue siendo un desafío incluso en pacientes con elevado riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio fue describir el perfil lipídico al ingreso hospitalario de una amplia cohorte de pacientes y analizar su relación con el tratamiento hipolipemiante previo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 2430 pacientes ingresados. Se recogieron variables clínicas y bioquímicas, incluyendo niveles plasmáticos de colesterol LDL, HDL y triglicéridos, así como la terapia hipolipemiante al ingreso. Se estratificaron los valores lipídicos según los grupos terapéuticos definidos.

Resultados: La edad media fue de 66,7 años (DE 13,1), con predominio masculino (68,2%). La prevalencia de dislipemia fue del 55,5% y el 66% presentaba hipertensión arterial. El colesterol LDL medio fue de 88,9 mg/dl (DE 36,2), HDL 42,4 mg/dl (DE 12,7) y triglicéridos 139,5 mg/dl (DE 89,4). Un 65% presentaba LDL < 100 mg/dl, pero solo un 6,5% tenía LDL < 40 mg/dl. El grupo sin tratamiento hipolipemiante (N = 1166) mostró un LDL medio de 103,3 mg/dl, mientras que aquellos en politerapia oral con estatinas (N = 228) alcanzaron 68,8 mg/dl, y los tratados por vía parenteral (N = 13) descendieron a 51,2 mg/dl. El HDL fue menor en monoterapia con estatinas (42,2 mg/dl) y politerapia (40,8 mg/dl). En triglicéridos, se observaron valores más elevados en el grupo parenteral (215,0 mg/dl). Solo 34 pacientes (1,4%) presentaban intolerancia a estatinas y únicamente 12 habían sido evaluados para lipoproteína (a), con una media de 48,8 mg/dl.

Perfil lipídico al ingreso según el tratamiento hipolipemiante previo

	LDL (N = 2.417)	HDL (N = 2.395)	Triglicéridos (N = 2.316)

Total	88,9 mg/dl (DE 36,2)				42,4 mg/dl (DE 12,7)		139,5 mg/dl (DE 89,4)	
< 40 mg/dl	< 55 mg/dl	< 70 mg/dl	< 100 mg/dl	< 40 mg/dl	>40 mg/dl	< 150 mg/dl	150-400 mg/dl	>400 mg/dl
158 (6,5%)	444 (18,4%)	808 (33,4%)	1570 (65,0%)	1103 (46,1%)	1292 (53,9%)	1598 (69,0%)	682 (29,4%)	36 (1,6%)
Según tratamiento actual								
Sin hipolipemiente (N = 1166)	103,28 mg/dl (DE 33,5)				42,8 mg/dl (DE 13,1)		137,9 mg/dl (DE 79,5)	
23 (2,0%)	84 (7,2%)	184 (15,8%)	553 (47,4%)	512 (44,4%)	640 (55,6%)	764 (69,0%)	327 (29,5%)	17 (1,5%)
Terapia oral sin estatina (N = 13)	122,9 mg/dl (DE 47,3)				50,1 mg/dl (DE 19,1)		143,8 mg/dl (DE 122,0)	
-	-	-	6 (46,2%)	3 (25,0%)	9 (75,0%)	9 (75,0%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)
Monoterapia oral con estatina (N = 1.010)	76,8 mg/dl (DE 31,8)				42,2 mg/dl (DE 12,6)		138,3 mg/dl (DE 100,4)	
94 (9,3%)	254 (25,1%)	466 (46,1%)	806 (79,8%)	466 (47,0%)	526 (53,0%)	683 (70,9%)	269 (27,9%)	12 (1,2%)
Politerapia oral con estatina (N = 228)	68,8 mg/dl (DE 36,3)				40,8 mg/dl (DE 10,9)		147,5 mg/dl (DE 78,9)	
35 (15,3%)	96 (42,1%)	148 (64,9%)	193 (84,6%)	117 (51,8%)	109 (48,2%)	139 (63,5%)	75 (34,2%)	5 (2,3%)
Parenteral con o sin estatina (N = 13)	51,2 mg/dl (DE 34,8)				41,9 mg/dl (DE 10,0)		215,0 mg/dl (DE 122,9)	
6 (46,2%)	10 (76,9%)	10 (76,9%)	12 (92,3%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)

LDL:
lipoproteína
de baja
densidad;
HDL:
lipoproteína
de alta
densidad; DE:
desviación
estándar.

Conclusiones: Los datos evidencian una notable infratilización de terapias hipolipemiantes, incluso en pacientes con factores de riesgo cardiovascular relevantes. Los niveles de colesterol LDL se reducen de forma progresiva con una mayor intensidad terapéutica, aunque aún es escasa la evaluación de lipoproteína (a). Paradójicamente, el control parcial del colesterol LDL al ingreso (< 100 mg/dl en el 65%) puede limitar el acceso a terapias avanzadas, como los inhibidores de PCSK9 o inclisirán, debido a criterios de financiación poco alineados con el riesgo cardiovascular global. Estos datos sugieren la necesidad de reevaluar los criterios de acceso a fármacos hipolipemiantes avanzados, integrando el riesgo cardiovascular global más allá del valor absoluto de LDL.