

Artículo original

Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA

Pilar Guallar-Castillón^{a,b,*}, Miriam Gil-Montero^{a,c}, Luz M. León-Muñoz^{a,b}, Auxiliadora Graciani^{a,b}, Ana Bayán-Bravo^a, José M. Taboada^d, José R. Banegas^{a,b} y Fernando Rodríguez-Artalejo^{a,b}^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPAZ, Madrid, España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España^d Departamento Médico, Sanofi-Aventis, Barcelona, España

Historia del artículo:

Recibido el 8 de febrero de 2012

Aceptado el 16 de febrero de 2012

On-line el 5 de abril de 2012

Palabras clave:

Hipercolesterolemia

Hiperlipoproteinemia

Lipoproteínas de baja densidad

Lipoproteínas de alta densidad

Epidemiología

Población

RESUMEN

Introducción y objetivos: Pocos estudios han reportado datos nacionales de base poblacional sobre la magnitud y el control de la hipercolesterolemia. Este trabajo examina la prevalencia y el manejo de la hipercolesterolemia en España.**Métodos:** Estudio transversal realizado de junio de 2008 a octubre de 2010 sobre 11.554 individuos, representativos de la población española de edad ≥ 18 años. Las muestras de sangre en ayunas de 12 h se analizaron en un laboratorio central.**Resultados:** De la población adulta, el 50,5% tenía hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 200 mg/dl o tratamiento farmacológico) y el 44,9% colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad elevado (≥ 130 mg/dl o tratamiento farmacológico), sin diferencias importantes entre sexos. Además, el 25,5% de los varones tenían colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad < 40 mg/dl y el 26,4% de las mujeres, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad < 50 mg/dl. Asimismo, el 23,2% de los varones y el 11,7% de las mujeres tenían triglicéridos ≥ 150 mg/dl. La frecuencia de dislipemia aumentó hasta los 65 años, excepto la de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad bajo, que no varió con la edad. Entre los que tenían el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad elevado, el 53,6% lo sabían; de ellos, el 44,1% estaba tratado con hipolipemiantes, y de estos, el 55,7% estaba controlado (el 13,2% de todos los hipercolesterolémicos). El control del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad elevado aumentó con la edad y con el número de visitas al especialista, pero disminuyó en personas diabéticas (odds ratio = 0,38; intervalo de confianza del 95%, 0,28-0,53) o con enfermedad cardiovascular (odds ratio = 0,55; intervalo de confianza del 95%, 0,33-0,92).**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los españoles tienen hipercolesterolemia elevada; el control del colesterol es pobre, particularmente en aquellos con mayor riesgo cardiovascular, como los diabéticos o los enfermos cardiovasculares.

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Magnitude and Management of Hypercholesterolemia in the Adult Population of Spain, 2008-2010: The ENRICA Study

ABSTRACT

Introduction and objectives: Only a few studies have reported nationwide population-based data on the magnitude and control of hypercholesterolemia. This work examines the prevalence and management of hypercholesterolemia in Spain.**Methods:** Cross-sectional study conducted from June 2008 to October 2010 on 11 554 individuals representative of the population aged ≥ 18 years in Spain. Study participants provided 12-h fasting blood samples, which were analyzed in a central laboratory with standardized methods.**Results:** In the whole population, 50.5% had hypercholesterolemia (total cholesterol ≥ 200 mg/dL or drug treatment) and 44.9% high levels of low-density lipoprotein cholesterol (≥ 130 mg/dL or drug treatment), with no substantial sex-related differences. Moreover, 25.5% of men showed high-density lipoprotein cholesterol < 40 mg/dL and 26.4% of women high-density lipoprotein cholesterol < 50 mg/dL. Also, 23.2% of men and 11.7% of women had triglycerides ≥ 150 mg/dL. Frequency of dyslipidemia increased up to 65 years, except for low high-density lipoprotein cholesterol which did not vary with age. Among those with high low-density lipoprotein cholesterol, 53.6% knew of it and 44.1% of them received lipid-lowering treatment; among the latter, 55.7% had a controlled level (13.2% of all hypercholesterolemics). Control of high low-density lipoprotein cholesterol increased with age and with the number of visits to

Keywords:

Hypercholesterolemia

Hyperlipoproteinemia

Low density lipoproteins

High density lipoproteins

Epidemiology

Population

* Autor para correspondencia: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Avda. Arzobispo Morcillo s/n, 28029 Madrid, España.

Correo electrónico: mpilar.guallar@uam.es (P. Guallar-Castillón).

the specialist physician, but was lower among diabetics (odds ratio=0.38; 95% confidence interval, 0.28-0.53) and patients with cardiovascular disease (odds ratio=0.55; 95% confidence interval, 0.33-0.92).

Conclusions: About half of the Spanish population has elevated serum cholesterol; moreover, cholesterol control is poor, particularly among those with highest cardiovascular risk, such as diabetics or patients with cardiovascular disease.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

© 2012 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Abreviaturas

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad
 cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad
 CT: colesterol sérico total
 ECV: enfermedad cardiovascular
 IMC: índice de masa corporal
 TGC: triglicéridos

INTRODUCCIÓN

El colesterol sérico total (CT) y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) se asocian de forma independiente, fuerte y continua con el riesgo de enfermedad isquémica del corazón^{1,2}, incluso en los jóvenes³ y en poblaciones con bajo riesgo coronario⁴. Además, se dispone de tratamientos eficaces, seguros y baratos para controlar la colesterolemia elevada y el riesgo cardiovascular asociado⁵.

Conocer la magnitud y el manejo de los lípidos sanguíneos permite comprender mejor la variación del riesgo coronario entre poblaciones^{6,7} y dentro de la misma población a lo largo del tiempo⁸. Pero sobre todo es útil para identificar oportunidades de reducción del riesgo cardiovascular, así como a los individuos que más pueden beneficiarse⁹. Sin embargo, sólo unos pocos países cuentan con estudios nacionales de base poblacional sobre la distribución y el manejo de la colesterolemia¹⁰⁻¹⁵; además, hasta donde conocemos, sólo en Estados Unidos^{11,13,14} y en China¹⁰ se dispone de información sobre el cLDL y los triglicéridos (TGC), que son las fracciones lipídicas usadas como objetivos terapéuticos^{5,16}.

En el conjunto de España, sólo se han realizado dos estudios de base poblacional sobre la distribución de la colesterolemia. El primero se llevó a cabo en personas de 35 a 64 años en 1990¹⁷, pero la medición del colesterol se hizo con técnicas de química seca que subestiman el colesterol sérico. El segundo se realizó en individuos de 5 a 59 años en 1992-1994¹⁸. Los datos más recientes proceden sólo de la combinación de datos de estudios locales y regionales^{19,20}. Por ello, este trabajo reporta la prevalencia y el manejo del colesterol sérico y sus fracciones en el conjunto de la población adulta de España en la actualidad.

MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

Los datos se tomaron del Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA), cuyos métodos se han descrito previamente²¹. Brevemente, se trata de un estudio transversal realizado de junio de 2008 a octubre de 2010 sobre 12.948 individuos representativos de la población española no institucionalizada de 18 y más años. Se seleccionó a los participantes mediante un muestreo estratificado y polietápico de conglomerados. Primero, la muestra se estratificó por

provincias y por tamaño de los municipios. Segundo, en cada estrato se seleccionaron aleatoriamente conglomerados en dos fases: municipios y secciones censales. Tercero, los hogares de cada sección se seleccionaron mediante marcado telefónico aleatorio, utilizando la guía de teléfonos fijos como marco muestral. Por último, se eligió a los sujetos de los hogares proporcionalmente a la distribución de la población española por sexo y grupo de edad. Los datos se recogieron mediante entrevista telefónica sobre variables sociodemográficas, estilos de vida y uso de servicios sanitarios, y mediante dos visitas al domicilio. En la primera se obtuvieron muestras de sangre y orina, y en la segunda se realizó un examen físico y se recogió el consumo alimentario. La tasa general de respuesta del estudio fue del 51%, y se encuentra entre las más altas de las encuestas poblacionales con examen de salud realizadas en Europa²².

Todos los participantes del estudio dieron su consentimiento por escrito. El estudio fue aprobado por los comités éticos de investigación clínica del Hospital Universitario La Paz de Madrid y el Hospital Clínic de Barcelona.

Determinación de lípidos sanguíneos

Los participantes proporcionaron muestras de sangre tras ayunar 12 h. El CT se midió con métodos enzimáticos usando colesterol esterasa y colesterol oxidasa. El colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) se midió por el método directo mediante eliminación/catalasa. El cLDL se calculó con la fórmula de Friedewald²³. Los TGC se midieron con el método del glicerol fosfato oxidasa y la glucosa, con el de la glucosa oxidasa. Todas las determinaciones se hicieron con el analizador ADVIA 2400 Chemistry System (Siemens) en el Centro de Diagnóstico Biológico del Hospital Clínic en Barcelona, siguiendo procedimientos estandarizados e incorporando los controles de calidad apropiados.

Definición de hipercolesterolemia, conocimiento y control

Se consideró que un sujeto tenía hipercolesterolemia con CT ≥ 200 mg/dl o tratamiento farmacológico¹ y que tenía cLDL elevado cuando este era ≥ 130 mg/dl o si recibía fármacos hipolipemiantes¹. Dado que la colesterolemia es una variable continua, también se usaron como puntos de corte el CT ≥ 190 o ≥ 240 mg/dl y cLDL ≥ 115 o ≥ 160 mg/dl, según los criterios de diferentes guías clínicas^{1,24,25}. Además, se ha considerado un CT ≥ 310 mg/dl porque se asocia a alto riesgo cardiovascular con independencia de otros factores de riesgo⁵. Se definió cHDL bajo cuando era < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres^{1,24}, e hipertrigliceridemia cuando TGL ≥ 150 mg/dl¹⁶.

Se consideró que un sujeto hipercolesterolémico sabía que lo era cuando respondió afirmativamente a la pregunta: «¿Alguna vez el médico le ha dicho si tiene el colesterol elevado?». Además, para identificar si el sujeto estaba tratado farmacológicamente, se usó la pregunta: «¿Le indicó un tratamiento con pastillas?», y se seleccionó a los que contestaban: «Sí, y actualmente lo estoy siguiendo». Para definir el control de la colesterolemia se utilizó el cLDL, según recomiendan las guías clínicas. Se consideró que el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013459>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013459>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)