

Artículo original

Grado de control lipídico en pacientes coronarios y medidas adoptadas por los médicos. Estudio REPAR

Enrique Galve^{a,*}, Alberto Cordero^b, Angel Cequier^c, Emilio Ruiz^d y José Ramón González-Juanatey^e

^aServicio de Cardiología, Hospital General Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^bDepartamento de Cardiología, Hospital de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^dFerrer Internacional, Barcelona, España

^eDepartamento de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2015

Aceptado el 1 de febrero de 2016

Palabras clave:

Dislipemia
Enfermedad coronaria
Estudio observacional
Valores objetivo

RESUMEN

Introducción y objetivos: El control lipídico es insuficiente en los pacientes coronarios, aunque las últimas guías de práctica clínica podrían haberlo modificado. El objetivo del estudio es analizar la consecución de los valores objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, los factores asociados y las actitudes de los médicos ante un control deficiente.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y nacional de 1.103 pacientes con enfermedad coronaria estable, incluyendo determinaciones lipídicas y un amplio conjunto de variables clínicas. Estudio estadístico: modelo de regresión logística binaria con el procedimiento de eliminación secuencial progresiva paso a paso.

Resultados: Solo el 26% de los pacientes tenían cifras de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad < 70 mg/dl pese a que el 95,3% recibía hipolipemiantes, el 45% de ellos de alta intensidad. Los factores independientes asociados a cifras < 70 mg/dl fueron la diabetes mellitus, el consumo de pan integral, las dislipemias de menor duración y, especialmente, el tratamiento de alta potencia. De los pacientes mal controlados, el médico solo aumentó el tratamiento al 26%. El principal factor asociado a escalada de tratamiento fue un tratamiento basal de baja potencia (*odds ratio* = 5,05; intervalo de confianza del 95%, 3,3-9,2). Tuvieron actitud más proactiva los médicos de más edad ($p = 0,019$) y más largo ejercicio ($p = 0,02$).

Conclusiones: Pese a los cambios en las guías, solo un 26% de los pacientes coronarios presentan un adecuado control lipídico, y aun así en un 70% de los casos el médico mantiene el tratamiento pese a que, precisamente, es el tratamiento de alta intensidad el factor fundamental de un buen control.

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Degree of Lipid Control in Patients With Coronary Heart Disease and Measures Adopted by Physicians. REPAR Study

ABSTRACT

Introduction and objectives: Lipid control is insufficient in patients with coronary heart disease but this situation may be improving with the implementation of the latest clinical practice guidelines. The aim of this study was to analyze whether target values of low-density lipoprotein cholesterol are achieved and to identify associated factors and physicians' attitudes to deficient control.

Methods: We conducted a national, multicenter, prospective, observational study of 1103 patients with stable coronary heart disease, analyzing lipid values and a broad set of clinical variables. The statistical analysis involved a binary logistic regression model using backward stepwise elimination.

Results: Low-density lipoprotein cholesterol was < 70 mg/dL in only 26% of patients, even though 95.3% were receiving cholesterol-lowering agents, 45% of which were high-intensity therapies. Independent predictors of low-density lipoprotein cholesterol < 70 mg/dL were diabetes mellitus, wholegrain bread, shorter history of dyslipidemia, and, especially, high-intensity cholesterol-lowering therapies. Physicians increased therapy in only 26% of poorly controlled patients. The main predictor of increased therapy was low-intensity baseline therapy (*odds ratio* = 5.05; 95% confidence interval, 3.3-9.2). A more proactive approach was observed in older physicians ($P = .019$) and longer physician practice ($P = .02$).

Keywords:

Dyslipidemia
Coronary heart disease
Observational study
Target values

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron 119-129, 08035 Barcelona, España.
Correo electrónico: egalve@vhebron.net (E. Galve).

Conclusions: Despite the new guidelines, only 26% of patients with coronary heart disease have adequate lipid control. In 70% of patients, physicians continue the same therapy, even though high-intensity cholesterol-lowering therapies are a key factor in good control.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad
CV: cardiovascular
ORM: odds ratio mediana

INTRODUCCIÓN

El grado de control lipídico ha sido objeto de grandes debates en la medicina reciente, y es el eje de las divergencias entre las recomendaciones de las guías europeas de prevención cardiovascular (CV)¹ y las de hipercolesterolemia de ACC/AHA²; mientras que las europeas señalan un objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja intensidad (cLDL) < 70 mg/dl para pacientes de muy alto riesgo, las americanas solo indican que se ha de emplear estatinas potentes a dosis altas. Se ha publicado numerosa evidencia de que una reducción intensa de las concentraciones de cLDL proporciona mayor beneficio a estos pacientes³⁻⁶.

Se sabía que estos objetivos ambiciosos no se cumplían en España⁷⁻⁹, pero cabía la posibilidad de que hubiese cambiado a la luz de las nuevas guías y los conocimientos recientes, como los resultados del IMPROVE-IT con ezetimiba, que anuncian beneficios con valores de cLDL incluso más bajos¹⁰.

Los objetivos del estudio REPAR (Registro Español sobre el control lipídico en Pacientes de muy Alto Riesgo) eran evaluar el grado de consecución de las concentraciones de cLDL en pacientes de muy alto riesgo CV en España, los factores asociados a su consecución, las medidas que adoptan los médicos tratantes si sus pacientes están fuera de los valores recomendados y, finalmente, la variabilidad de dichas medidas entre comunidades autónomas.

MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y nacional. El protocolo fue aprobado por el CEIC de la *Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció* del Hospital Clínic de Barcelona. Todos los pacientes otorgaron el consentimiento informado por escrito.

Población de estudio y tamaño de la muestra

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes de edad \geq 18 años, seleccionados consecutivamente en consultas de cardiología y con muy alto riesgo CV según la Sociedad Europea de Cardiología¹¹ definido como cualquiera de los siguientes: a) enfermedad CV establecida más de 6 meses desde el último evento; b) diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 con afección de órgano diana; c) enfermedad renal crónica moderada o grave, o d) una puntuación de riesgo > 10%. Era requisito disponer de analítica reciente (< 3 meses antes de inclusión), y se excluyó a los pacientes con neoplasias o cualquier enfermedad que pudiera confundir los resultados del estudio.

El tamaño muestral se estableció con base en un estudio previo⁸, en el que el porcentaje de pacientes que alcanzaban objetivos terapéuticos de un grupo de pacientes de alto riesgo sería del 31,3%. A partir de la distribución binomial, se estimó un tamaño

muestral de 1.360 pacientes, que proporcionaría una precisión de $\pm 2,5\%$ para estimar la proporción de pacientes de muy alto riesgo CV que alcanzan los objetivos terapéuticos principales sobre el perfil lipídico, con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Suponiendo un 2,5% de pacientes no válidos para el análisis, el número de pacientes que habría que reclutar ascendería a 1.395.

Supervisión del estudio

Participaron 140 cardiólogos, seleccionados aleatoriamente en todas las comunidades españolas (apéndice), que tenían que incluir a 10 pacientes consecutivos cada uno. El periodo de inclusión abarcó desde el 6 de noviembre de 2013 al 31 de julio de 2014. Los datos los recogió el investigador mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico. Los datos de todos los cuadernos de recogida de datos se introdujeron en una base de datos dotada de rangos y reglas de coherencia interna, para garantizar su calidad, de la que se realizó una depuración.

Variables

A efectos de la potencia del tratamiento hipolipemiente se establecieron 3 grupos²: a) baja potencia (sin tratamiento o con dosis diaria de simvastatina 10 mg, pravastatina 10-20 mg, lovastatina 20 mg, fluvastatina 20-40 mg, pitavastatina 1 mg o ezetimiba 10 mg sola); b) potencia intermedia (tratados con atorvastatina 10-20 mg o rosuvastatina 5-10 mg, simvastatina 20-40 mg, pravastatina 40-80 mg, lovastatina 40 mg, fluvastatina XL 80 mg o pitavastatina 2-4 mg, o una estatina de baja potencia más ezetimiba), y c) alta potencia (atorvastatina 40-80 mg, rosuvastatina 10-40 mg o cualquier estatina a dosis intermedia más ezetimiba).

La variable principal del estudio fue el «adecuado control lipídico». Siguiendo los criterios de la guía europea de prevención CV¹, se definió como control adecuado la concentración de cLDL < 70 mg/dl, con lo que se establecieron 2 grupos: cLDL < 70 mg/dl y cLDL \geq 70 mg/dl.

Entre los hábitos saludables, el consumo de alcohol se definió en unidades de bebida (1 unidad de bebida = 1 cerveza = 1 copa de vino = 1/2 copita de licor = 1/2 whisky), y se consideró excesivo si superaba 2 unidades de bebida al día. En cuanto al ejercicio físico, se consideraba si caminaba al menos 30 min al día o hacía más de 2 sesiones semanales de deporte.

Para la dieta, se empleó un test de ingesta diaria breve para cuantificación de adherencia a dieta mediterránea¹².

Se recogió además la variable «tratamiento tras primera visita», para definir si se había producido o no una escalada de intensidad terapéutica del tratamiento hipolipemiente.

Análisis estadístico

El estudio se diseñó mediante 2 cortes transversales, uno en la visita de inclusión y otro al año de seguimiento. El presente análisis solo se centra en el primer corte, puesto que el segundo aún se está efectuando.

Se describió la muestra mediante frecuencias absolutas y relativas para el caso de variables dicotómicas y media \pm

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620745>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620745>

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