



<https://www.revclinesp.es>

## 2071 - MANEJO CLÍNICO Y PERFIL TERAPÉUTICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA GRAVE EN UN ÁREA COMARCAL: UNA OPORTUNIDAD PARA OPTIMIZAR EL RIESGO VASCULAR DESDE MEDICINA INTERNA

*Rocío Córdoba Peinado, María López Vilchez, Daniel Fernández Reyes, Encarnación Gutiérrez Jiménez y Mirian Moreno Conde*

*Medicina Interna, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, España.*

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, la actitud terapéutica y la evolución lipídica de pacientes con concentraciones de LDL-colesterol iguales o superiores a 190 mg/dl en un entorno comarcal.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo con inclusión de todos los pacientes con una determinación de LDL-colesterol ≥ 190 mg/dl entre noviembre y diciembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, tratamiento hipolipemiante previo y posterior a la determinación, derivación a medicina interna y evolución del perfil lipídico a los tres meses.

**Resultados:** Se incluyeron 200 pacientes, con edad mediana de 56 años (RIC 50-64) y un 46,5% de varones (tabla 1). La mediana de LDL inicial fue de 200 mg/dl (RIC 195-209), con un rango de 190-277 mg/dl. El 75,5% de las analíticas procedían de atención primaria, mientras que oncología (6%) y medicina interna (4,5%) fueron las especialidades hospitalarias más frecuentes. Se registraron antecedentes de enfermedad cardiovascular en 6 pacientes (3%), infarto agudo de miocardio en 1 (0,5%), ictus en 3 (1,5%), diabetes mellitus en 16 (8%) e hipertensión arterial en 42 (21%). En el momento de la analítica, 43 pacientes (21,5%) recibían tratamiento hipolipemiante: simvastatina (9,5%), atorvastatina (5,5%), rosuvastatina (4,5%), pravastatina (1%) y pitavastatina (1%). Doce pacientes (6%) tomaban ezetimiba y once (5,5%) otros fármacos, principalmente fenofibrato (3%). Doce pacientes (6%) fueron derivados a medicina interna (tabla 2). En los tres meses posteriores a la determinación, se instauró tratamiento hipolipemiante a 147 pacientes (73,5%), incluyendo 142 con estatinas y 40 con ezetimiba. Tan solo un 6% de los pacientes fueron derivados a medicina interna. Entre los pacientes sin tratamiento previo ( $n = 157$ ), 108 (68,8%) iniciaron tratamiento hipolipemiante. De los 23 pacientes que tomaban previamente simvastatina, pravastatina o pitavastatina, solo en 4 se intensificó el tratamiento a rosuvastatina o atorvastatina y en 3 se añadió ezetimiba. En 60 pacientes (30%) se realizó seguimiento lipídico a los tres meses o más. El descenso medio de LDL fue de  $73 \pm 55$  mg/dl, equivalente a un  $36 \pm 27\%$ . Por grupos terapéuticos, el mayor descenso porcentual (fig.) se observó en los tratados con atorvastatina o rosuvastatina más ezetimiba (53%), seguidos de atorvastatina o rosuvastatina sin ezetimiba (49%), estatinas de baja o media potencia (28%) y pacientes sin tratamiento (16%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas (prueba de Kruskal-Wallis,  $p < 0,001$ ).

**Tabla 1**

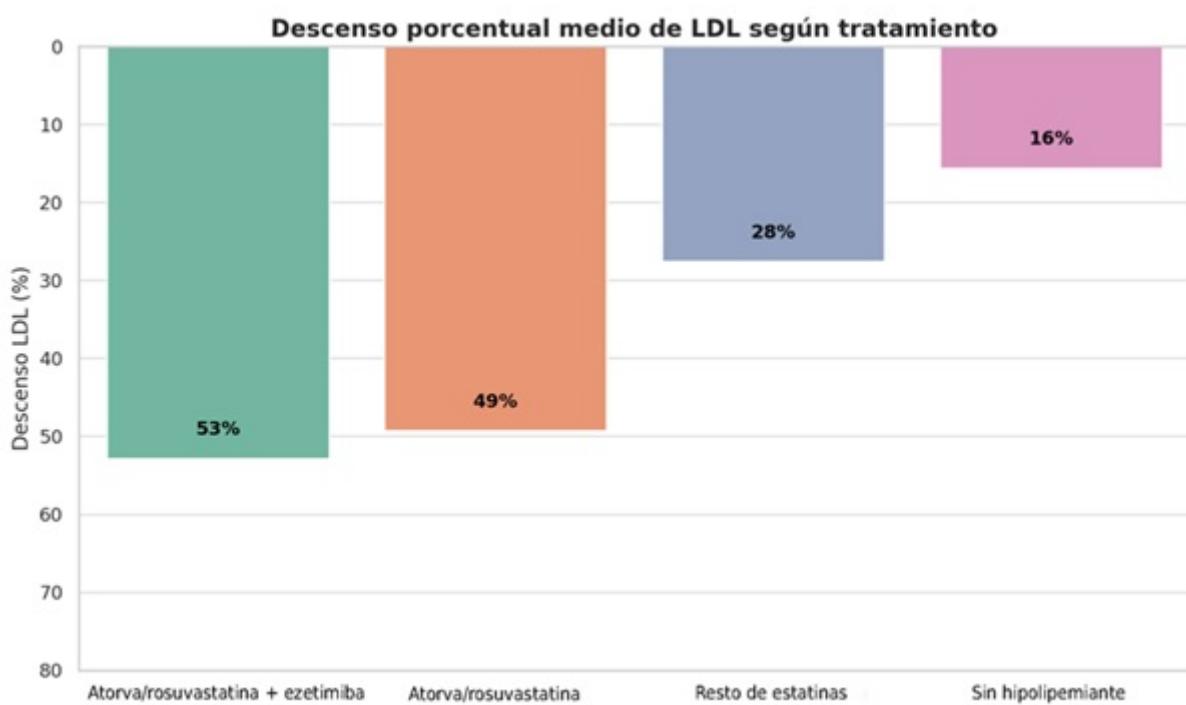
Variable	N = 200 (%)
Edad (mediana [RIC])	56 (50-64)
Hombres	93 (46,5)
LDL inicial, en mg/dL (mediana [RIC])	200 (195-209)
Procedencia de analítica:	
Atención primaria	151 (75,5)
Otro	49 (24,5)
Enfermedad cardiovascular	6 (3)
Infarto agudo de miocardio	1 (0,5)
Ictus	3 (1,5)
Otra	2 (1)
Diabetes mellitus	16 (8)
Hipertensión arterial	42 (21)
Hipolipemiante previo	43 (21,5)
Estatina	40 (20)
Simvastatina	19 (9,5)
Atorvastatina	11 (5,5)
Rosuvastatina	9 (4,5)

Pravastatina	2 (1)
Pitavastatina	2 (1)
Ezetimiba	12 (6)
Otro hipolipemiantre	11 (5,5)

Tabla 2

Variable	N = 200 (%)
Derivados a medicina interna	12 (6)
Pacientes con hipolipemiantre tras 3 meses	147 (73,5)
Estatina	142 (71)
Simvastatina	65 (32,5)
Atorvastatina	41 (20,5)
Rosuvastatina	31 (15,5)
Pravastatina	4 (2)
Pitavastatina	3 (1,5)
Ezetimiba	40 (20)
Otro	14 (7)
Pacientes a los que se les inició tratamiento hipolipemiantre	108/157 (68,8)
Pacientes con LDL de control tras al menos 3 meses	60 (30)

Descenso de LDL en mg/dL (media ± DE)	73 ± 55
Rosuvastatina o atorvastatina + ezetimiba (n = 15)	110 ± 59
Rosuvastatina o atorvastatina (n = 15)	98 ± 38
Resto de estatinas (n = 12)	59 ± 51
Sin hipolipemiante (n = 18)	31 ± 33
Descenso de LDL en% (media ± DE)	36 ± 27
Rosuvastatina o atorvastatina + ezetimiba (n = 15)	53 ± 28
Rosuvastatina o atorvastatina (n = 15)	49 ± 19
Resto de estatinas (n = 12)	28 ± 23
Sin hipolipemiante (n = 18)	16 ± 17



**Conclusiones:** Los resultados muestran un importante margen de mejora en el abordaje terapéutico de la hipercolesterolemia grave. La baja tasa de derivación a medicina interna y la escasa intensificación terapéutica, incluso en pacientes en tratamiento previo subóptimo, ponen de relieve la necesidad de estrategias compartidas para la toma de decisiones y el seguimiento. El infradiagnóstico de condiciones de alto riesgo y la falta de reevaluación analítica tras el inicio del tratamiento limitan la oportunidad de control óptimo. El internista, en colaboración con atención primaria, puede desempeñar un papel clave en la

optimización del tratamiento hipolipemiante y en la detección de casos sugestivos de dislipemia familiar.