



ORIGINAL

Causas de la derivación de pacientes a las unidades de lípidos

Marta Mauri^{a,*}, Núria Plana^b, Jordi Argimón^c, Francisca Montaner^d,
Xavier Pintó^e y Clotilde Morales^f

^aServicio de Medicina Interna, Hospital de Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

^bHospital Universitari Sant Joan de Reus, Institut d'Investigació Sanitaria Pere Virgili

^cHospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona

^dHospital Sant Joan de Déu de Martorell

^eHospital Universitari de Bellvitge

^fAlthaia Xarxa Assistencial de Manresa

Recibido el 23 de septiembre de 2009; aceptado el 23 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 10 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Dislipidemia;
Hipercolesterolemia;
Prevención;
Control

Resumen

Objetivo: Conocer el origen y los motivos de la derivación de pacientes dislipidémicos a las unidades de lípidos (UL) en la práctica habitual.

Métodos: Se registraron los datos de las primeras visitas relacionadas con dislipidemias efectuadas durante un mes en 10 UL de Cataluña.

Resultados: Se estudió a 146 pacientes (edad media de 48 ± 23 años; el 53,8% eran hombres). La alteración lipídica que con mayor frecuencia originó la derivación fue la hipercolesterolemia (56%), seguida de la dislipidemia mixta (36%). En 114 casos (78%), el motivo principal de derivación fue el diagnóstico de la dislipidemia y en 32 casos (22%) obtener orientación terapéutica. El diagnóstico final más frecuente fue el de dislipidemia genética, generalmente una hipercolesterolemia familiar heterocigota (68%). En 20 pacientes (14%) existían antecedentes de enfermedad isquémica. La atención primaria fue el ámbito de procedencia en 80 casos (55%).

Conclusiones: El estudio diagnóstico de las hiperlipidemias genéticas es la causa más frecuente de la derivación a las UL de ámbito hospitalario. Aunque la hipercolesterolemia es la alteración más frecuente, la dislipidemia mixta afecta a un alto porcentaje de los casos remitidos. La derivación de pacientes dislipidémicos a unidades especializadas es todavía escasa en nuestra comunidad autónoma.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEA. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmauri@cst.cat (M. Mauri).

KEYWORDS

Dyslipidemia;
Hypercholesterolemia;
Prevention;
Control

Reasons for referring patient to Lipid Units**Abstract**

Objectives: To identify the source and reasons for referring dyslipidemic patients to Lipid Units (LU) in routine clinical practice.

Methods: Data on first visits related to dyslipidemia in 10 LU in Catalonia (Spain) during a 1-month period were gathered.

Results: A total of 146 patients (mean age 48 ± 23 years; 53.8% men) were studied. The most frequent lipid disorder motivating patient referral was hypercholesterolemia (56%), followed by mixed dyslipidemia (36%). The main reason for referral was diagnosis of dyslipidemia in 114 patients (78%) and therapeutic advice in 32 patients (22%). The most common final diagnosis was genetic dyslipidemia, mainly heterozygous familial hypercholesterolemia (68%). Twenty patients (14%) had previous ischemic disease. Eighty patients (55%) were referred from the primary care setting.

Conclusions: Diagnosis of genetic hyperlipidemia is the most frequent reason for referral to the LU in the hospital setting. Although hypercholesterolemia is the most frequent lipid disorder, a high percentage of referred patients had mixed hyperlipidemia. The number of patients with dyslipidemias referred to specialized units in our autonomous region remains small.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEA. All rights reserved.

Introducción

La Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) publicó en 1997 un documento en el que sentó las bases para definir y regular las unidades de lípidos (UL) en España¹. En él se definen las características de estas unidades, sus funciones y sus objetivos, y se clasifican en clinicoepidemiológicas y clinicoexperimentales según dispongan o no de un laboratorio capaz de efectuar investigación básica. Todas tienen en común la atención de las personas afectadas de dislipidemias, individualizando su manejo en relación con el riesgo cardiovascular global². Desde la atención primaria, así como desde los grupos de trabajo interesados en el riesgo cardiovascular³⁻⁵, se han propuesto diversos criterios de derivación de los pacientes a las UL, que suelen ubicarse en centros hospitalarios de la red pública. Sin embargo, no hemos encontrado ningún documento en la literatura médica que analice el perfil de los pacientes que se visitan en las UL de nuestro país.

El objetivo principal de este trabajo fue conocer el origen y los motivos de la derivación de los pacientes dislipidémicos a las UL en la práctica clínica habitual y qué dislipidemias presentan.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio transversal, realizado durante el mes de febrero de 2006, en el que se registraron los datos de las primeras visitas por dislipidemia efectuadas en consultas externas de 10 UL de hospitales catalanes de la Xarxa d'Unitats de Lípidos i Arteriosclerosi y pertenecientes a la SEA. Se excluyeron las primeras visitas solicitadas para valorar otros factores de riesgo. Dos de las UL participantes son clinicoexperimentales y el resto, clinicoepidemiológicas. Todas están coordinadas por internistas, excepto dos de las clinicoepidemiológicas, que lo están por endocrinólogos.

Los datos fueron recogidos por los facultativos que realizaban las visitas médicas durante el transcurso de éstas. De cada caso, se registraron en un cuestionario los datos de filiación y demográficos, la procedencia del paciente, el motivo de la derivación (orientación diagnóstica, terapéutica o ambas), los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los antecedentes de episodios clínicos de aterotrombosis de cualquier territorio, las constantes biológicas, el peso, la talla, los hallazgos de la exploración física, la glucemia basal, el perfil de lípidos completo y los tratamientos hipolipidémicos previos. En cuanto a la procedencia del paciente, se registró si procedía de la atención primaria, de una especialidad médica o quirúrgica, o si acudía por propia iniciativa.

Los resultados se trasladaron a una base de datos y se calcularon los estadísticos básicos.

Resultados

Se registró a 146 pacientes. De ellos, 78 (53,4%) eran varones y 68 (46,6%) eran mujeres. La edad media fue de 48 ± 23 años.

En 114 casos (78%), el motivo básico de la derivación fue la orientación diagnóstica. De ellos, en 98 casos (86%) se solicitaba el diagnóstico etiológico de la dislipidemia y en 16 casos (14%) la detección de aterosclerosis preclínica mediante el índice tobillo-brazo y el aumento del grosor íntima-media carotídeo. En 32 pacientes (22%) se solicitó exclusivamente orientación terapéutica: 19 (59%) por ser dislipidemias graves de difícil manejo, 6 (19%) por dificultad en el tratamiento debido a comorbilidades y 7 (22%) por efectos secundarios de los fármacos hipolipidémicos.

Ochenta pacientes (55%) procedían de la atención primaria, mientras que 51 (35%) fueron remitidos por diferentes especialistas, tanto médicos como quirúrgicos, y 15 (10%) acudieron por iniciativa propia. Las especialidades

Tabla 1 Alteraciones analíticas que motivaron la derivación a una unidad de lípidos en 126 pacientes^a

Alteración lipídica	n	%	Valor	
			M	DE
<i>Hipercolesterolemia</i>	71	56		
CT (>200 mg/dl)			295	93
LDL (>160 mg/dl)			188	57
<i>Hipertrigliceridemia</i> (>150 mg/dl)	8	6	272	318
<i>Alteración de las HDL</i> (<40 mg/dl)	2	2	26	4
<i>Dislipidemias mixtas</i>	45	36		

CT: colesterol total, DE: desviación estándar; HDL: lipoproteínas de alta densidad, LDL: lipoproteínas de baja densidad; M: media.

^aNo aportaron analítica en el momento de la primera visita 20 (14%) de los 146 pacientes, la mayoría familiares de pacientes con hipercolesterolemia familiar remitidos para estudio.

Tabla 2 Factores de riesgo cardiovascular y riesgo cardiovascular global en 146 pacientes

	n	%
<i>Factores de riesgo cardiovascular</i>		
Fumador activo	54	37
Hipertensión arterial	47	32
Diabetes mellitus	18	12
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz	41	28
Obesidad	48	33
<i>Riesgo cardiovascular global (SCORE)^a</i>		
<1%	54	37
1–2%	58	40
3–4%	17	12
5–9%	15	10
10–14%	2	1

^aEstimación a 10 años del riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en países europeos de bajo riesgo: proyecto Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE).

que realizaron la consulta a las UL fueron endocrinología (23%), cardiología (17%), medicina interna (15%), gastroenterología (14%), neurología (13%), ginecología (9%), cirugía vascular (7%) y cirugía general (2%).

En la [tabla 1](#) se describen las alteraciones del perfil lipídico que motivaron la derivación a la UL, destacando la hipercolesterolemia en el 56% de los pacientes. En la [tabla 2](#) se recoge la distribución de los principales FRCV y el riesgo cardiovascular global.

El índice de masa corporal fue normal en el 21% de los pacientes, mientras que el 46% presentaba sobrepeso y el 33% criterios de obesidad. Sólo 20 pacientes (14%) habían presentado clínica aterotrombótica (16 isquemia coronaria, 2 accidente vascular cerebral y uno enfermedad arterial periférica sintomática), mientras que 126 (86%) se encontraban en situación de prevención primaria.

Tabla 3 Diagnóstico final de los 98 pacientes derivados a una unidad de lípidos con la finalidad de diagnosticar la dislipidemia

Diagnóstico	n	%
Hipercolesterolemia familiar	67	68
Hipercolesterolemia familiar combinada	26	27
Hipertrigliceridemia familiar	2	2
Hipoalfalipoproteinemia	2	2
Hipobetalipoproteinemia	1	1

En el momento de la primera visita, el 43% de los pacientes no había recibido con anterioridad tratamiento hipolipidemiante. El 36% había recibido estatinas, el 11% fibratos, el 6% estatinas y fibratos, y el 4% otras combinaciones de fármacos hipolipidemiantes.

El diagnóstico final de los 98 pacientes remitidos para el diagnóstico etiológico de la dislipidemia se muestra en la [tabla 3](#). De los 32 pacientes derivados solamente con finalidad terapéutica, 14 presentaban hipercolesterolemias poligénicas o secundarias.

Discusión

Los trastornos del metabolismo lipídico son muy frecuentes. En España, la mitad de la población tiene cifras de colesterol superiores a las recomendadas⁶. Si bien la mayor parte de la atención a estos trastornos se realiza en el ámbito de la atención primaria, en las últimas décadas se han desarrollado unidades especializadas en el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones del metabolismo lipídico. Dado que la consecuencia más importante de las dislipidemias es la patología vascular, estas unidades pueden jugar un importante papel en su prevención². La SEA publicó unos criterios que debían reunir estas UL para poder ser acreditadas como tales. Deben cumplir funciones asistenciales, docentes y de investigación, actuando como centros de referencia de estas funciones en los diferentes niveles asistenciales¹.

A pesar de que la actividad de las UL constituye una realidad en la gran mayoría de los hospitales, éstas siguen sin reconocimiento oficial por parte de las autoridades sanitarias y en muchos casos no quedan bien registradas en el organigrama del centro. En este trabajo, se intenta aportar información sobre la función asistencial de tales unidades a través del conocimiento del perfil de los pacientes que les son derivados.

Nuestro estudio pone de manifiesto que el diagnóstico de las hiperlipidemias graves, en general de origen monogénico, como es el caso de la hipercolesterolemia familiar (HF), constituye el principal motivo de las visitas efectuadas en nuestras UL. Esto puede explicar el bajo riesgo cardiovascular observado en nuestros pacientes, debido al alto porcentaje de sujetos jóvenes con sospecha de HF y, por tanto, sin que hayan acumulado otros factores de riesgo adicionales. También puede explicar el elevado número de pacientes que se derivan sin que se haya indicado ningún tratamiento hipolipidemiante en la atención primaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en las

hiperlipidemias monogénicas, como la HF o la hiperlipidemia familiar combinada, el riesgo cardiovascular es superior al calculado con las tablas comunes.

La mayoría de los pacientes procedían de la atención primaria, que es la primera responsable de la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias^{3,7}, mientras que el 35% fueron remitidos a las UL por otros especialistas, entre ellos los que atienden pacientes en prevención secundaria (cardiólogos, neurólogos, cirujanos vasculares). Teniendo en cuenta que un elevado porcentaje de pacientes en prevención secundaria no alcanza los objetivos terapéuticos marcados por las guías clínicas, tanto en lo que se refiere al control de niveles de lípidos como a los demás FRCV⁸, consideramos que el trabajo multidisciplinario de las UL con estos especialistas en programas de prevención secundaria supondría un elemento importante para acercarse a los objetivos de control deseados^{1,7}.

Sólo un 24% de los casos se derivó específicamente para consejo sobre el manejo farmacológico⁹. Este bajo porcentaje contrasta con el escaso grado de control de las dislipidemias en prevención primaria en nuestro país¹⁰, así como la frecuente inadecuación, por exceso o por defecto, del tratamiento con estatinas en este grupo de pacientes, entre el 17–79% según la guía utilizada¹¹.

En líneas generales, se han propuesto cuatro motivos básicos de derivación a las UL: hiperlipidemias graves en el momento del diagnóstico, clasificación de la dislipidemia mediante diagnóstico metabólico-genético, difícil control terapéutico y enfermedad isquémica manifiesta en pacientes menores de 55 años sin FRCV conocidos^{3–5}. A la vista de nuestros resultados, el diagnóstico y el tratamiento de las hiperlipidemias genéticas ha de seguir siendo una prioridad para las UL. Sin embargo, consideramos que también deberían derivarse más dislipidemias de difícil tratamiento, tanto en prevención primaria como secundaria, especialmente cuando existen efectos secundarios importantes o interacciones farmacológicas significativas. En este sentido, sería conveniente que desde la SEA se consensuaran unos criterios de derivación a las UL. Creemos que esto redundaría en una mayor consecución de los objetivos establecidos en las guías clínicas.

Addendum

Resto de participantes en el estudio: Carme Sancllemente (Hospital General de Vic), Esteve Llargués (Hospital General de Granollers), Assumpta Caixàs (Hospital Parc Taulí de Sabadell), Montserrat García (Hospital General de Catalunya), Enric Ballestar (Hospital de Mataró), Rosa M^a Borralló

(Hospital de Terrassa), Cristina Soler (Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt), Lluís Vila (Hospital Dos de Maig de Barcelona), Carlos del Pozo (Hospital Mútua de Terrassa).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lasunción MA, Masana L, Mata P, Pérez F, Pocoví M. Unidades de lípidos. Documento de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. *Clin Invest Arterioscl*. 1997;9:106–9.
2. Millan J, Masana L. Unidades de riesgo cardiovascular y lípidos en la atención especializada del sistema sanitario. ¿Qué aportan? *Clin Invest Arterioscl Hot topics* 2009;2:5–6.
3. Lago Deibe F, Álvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Llor Vilá C, Maiques Galán A, et al. Recomendaciones semFYC Dislipemias, 2 ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
4. Morales C, Barberà R. Situaciones especiales. En: Morales C, Tobias J, editores. *Dislipemias: Guía práctica*. Barcelona: Edika Med; 2004. p. 45–6.
5. Brotons C, Ciurana R, Franzí A, García MR, Isach A, Tobias J, et al. Hipercolesterolemia. En: *Guies de pràctica clínica i material docent*, núm. 1. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2001. [consultado 29/7/2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/index.htm>.
6. Villar F, Banegas JR, De Mata Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2008.
7. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular 2008. *Clin Invest Arterioscl*. 2009;21:124–51.
8. Tranche Iparraguirre S, López Rodríguez I, Mostaza Prieto JM, Soler López B, Mantilla Morato MT, Taboada Taboada M, et al. Control de factores de riesgo coronario en prevención secundaria: estudio PRESENA. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:765–9.
9. Rodríguez-Roca GC, Llíster JL, Barrios V, Alonso-Moreno FJ, Banegas JR, Lou S, et al. Grado de control de la dislipemia en los pacientes españoles asistidos en atención primaria. Estudio LIPICAP. *Clin Invest Arterioscl*. 2006;18:226–38.
10. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernández R, et al. HISPALIPID Study Group Investigators. The gap between dyslipidemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. *Atherosclerosis*. 2006;188:420–424.
11. Lahoz C, Vicente I, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Mostaza JM. Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:86–90.