

Artículo Original

Adhesión a esquemas terapéuticos en pacientes con hipertrigliceridemia ()*

Adhesion to therapeutic schemes in patients with hypertriglyceridemia

Prof. Dr. Hugo. F. Elías A. (1)

1) Profesor Adjunto de la Cátedra de Patología Médica I – FCM.

(*) Monografía presentada en la Facultad de Ciencias Médicas.

RESUMEN

Las dislipidemias corresponden a un grupo de patologías reconocidamente relacionadas con aumento de riesgo cardiovascular, en forma aislada, o asociadas con otros factores como hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo.

Entre ellas, la hipertrigliceridemia, presente en varios tipos de trastornos de lipoproteínas, se asocia como factor independiente al desarrollo de aterosclerosis precoz y severa.

Un problema frecuente en su tratamiento es la escasa adhesión a los regímenes farmacológicos, particularmente en pacientes asintomáticos, y aquellos polimedicados por co-morbilidades.

Objetivos: investigar los porcentajes de adhesión de pacientes tratados con fibratos por hipertrigliceridemia a los 3 y a los 6 meses de iniciado el tratamiento, e indagar sobre las causas de abandono en aquellos pacientes que regresaron a la consulta externa.

Resultados: se evaluaron 64 pacientes, de los cuales mantuvieron su adhesión al tratamiento indicado 64% a los 3 meses y 28% a los 6 meses. Las causas más importantes de abandono fueron: mala comprensión de la indicación médica (76%) y efectos adversos (17%).

Conclusión: el alto índice de abandono de tratamiento por mala comprensión de la indicación terapéutica indica insuficiente inversión de tiempo y recursos en la educación del paciente.

SUMMARY

Hyperlipoproteinemiae is a group of diseases known to be related with increased cardiovascular risk, associated or not with other factors as hypertension diabetes and smoking habit.

Among them, hypertriglyceridemiae, present in several types of lipoprotein disorders, is a independent factor for early appearance of severe atherosclerosis.

A common problem in its management is de poor compliance of patients to pharmacotherapy, particularly among those asymptomatic or polimedicated for co-morbidities.

Objective: searching for percentages of adhesion at pharmacotherapy with fibrates at 3 and 6 months, verifying causes of non-compliance on those patients on ambulatory follow up.

Results: 64 patients were evaluated, staying on treatment 64% at 3 months, and 28% at 6 months. Most relevant causes of non-compliance were insufficient understanding of medical indications (76%) and side effects (17%).

Conclusion: the high index of non-compliance due to poor understanding of the treatment plan reveals insufficient time and resources devoted on patient education.

INTRODUCCIÓN

Se consideran cifras anormalmente elevadas de triglicéridos (TG) aquellas que superan en plasma los 160 mg%, estando el paciente en ayunas de por lo menos 10 horas, si bien existen variaciones en distintas poblaciones, por lo que es correcto ajustar los estándares según las características de las mismas. En este contexto, corresponde hablar de hipertrigliceridemia cuando la cifra obtenida supera el percentil 95 para la edad y sexo (1).

Contrariamente a polémicas previas, está firmemente establecida la condición de factor de riesgo cardiovascular de niveles elevados de TG. Constituyéndose en elemento predictivo de cardiopatía isquémica (2).

Se encuentran niveles patológicos de TG en el contexto de varias dislipidemias, reflejándose en las determinaciones plasmáticas con hallazgos de valores supranormales de VLDL (hiperlipoproteinemia tipo IV), VLDL + quilomicrones (tipo V) y de quilomicrones solamente (tipo I). (3,4,5).

En la práctica clínica, los pacientes hipertriglicéridémicos presentan habitualmente comorbilidades potenciadoras del riesgo cardiovascular, presentándose entre las más frecuentes: obesidad, sedentarismo, dietas hipercalóricas, consumo excesivo de alcohol, y resistencia a la insulina (6).

También presentan prevalencia mayor a la encontrada en la población general, otros factores independientes de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial y diabetes mellitus de tipo 2 (7).

Además del riesgo isquémico, es conocida la asociación de niveles muy elevados de TG, habitualmente superiores a 500 mg% con casos potencialmente muy severos de pancreatitis aguda, etiopatogenia superada en frecuencia sólo por litiasis y etilismo. (8).

En el manejo terapéutico de la hipertrigliceridemia, las indicaciones no-farmacológicas, en cuanto a modificaciones del estilo de vida: ajustes dietéticos, corrección del sobrepeso y actividad física regular, son las mismas que en los pacientes predominantemente hipercolesterolémicos (9), aunque la evaluación de la adhesión de los pacientes a estas medidas excede la información proveída por el presente trabajo.

Un punto debatible en el tratamiento de la hipertrigliceridemia se refiere al nivel en el cual es necesaria la incorporación de fármacos al esquema terapéutico, aunque el consenso general (y el utilizado en el grupo de pacientes evaluado) es por encima de 300 mg%, cuando la respuesta a las medidas no-farmacológicas es insuficiente (9).

Entre los fármacos más activos para el tratamiento de esta patología se cuenta con los derivados del ácido fibrótico, utilizados desde hace mucho tiempo en sus diversas formas, con perfiles de costo: beneficio y riesgo: beneficio favorables (10).

Otros hipolipemiantes han tenido menos impacto en nuestro medio, y en general se asocian a esquemas posológicos más incómodos, y mayor frecuencia de efectos adversos. El advenimiento de las estatinas, de gran actividad contra niveles patológicos de colesterol, se ha asociado con "pérdida de popularidad" de los fibratos, aunque éstos mantengan un mejor índice costo/beneficio que las primeras.

El mecanismo de acción de los fibratos no está del todo dilucidado, aunque se atribuye al aumento de la actividad de un factor de transcripción hepático, que incrementa la actividad de la lipoprotein-lipasa (LPL).

Reducen además la entrada de TG-VLDL en plasma (11).

El descenso esperado de los niveles de TG es del 25% al 40%, además de un aumento promedio de HDL-C del 10%, aunque también puede presentarse un discreto aumento del LDL-C (12).

Un problema frecuentemente mencionado en el tratamiento de pacientes dislipidémicos es la falta de adhesión estricta al tratamiento, situación presente en enfermedades crónicas, sobre todo aquellas en las que, (como en el caso de la hipertrigliceridemia) el paciente puede estar asintomático.

Esta situación se asocia además con el hecho de que éstos enfermos están habitualmente polimedicados, imponiéndoseles un fármaco más, con riesgo de intolerancia y costo considerable.

Decidimos indagar sobre los porcentajes de adhesión de pacientes adultos hipertriglicéridémicos a los regímenes farmacológicos indicados, e investigar sobre causas posibles de abandono del tratamiento, asociado obviamente con el fracaso terapéutico y la persistencia del riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS

Objetivo Primario

Investigar el porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de hipertrigliceridemia que cumplen los esquemas terapéuticos indicados, a los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento farmacológico.

Objetivo Secundario

Investigar las causas de abandono del tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo, descriptivo, en el cual se evaluó una sola variante (nivel plasmático de triglicéridos) en respuesta a la administración de fibratos, con cortes a los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento, indagándose además causas posibles de abandono del tratamiento en los casos detectados.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 20 años, de ambos sexos.
- Niveles de trigliceridemia superior a 300mg% en ayunas.
- Sin tratamiento farmacológico previo.
- Pacientes en tratamiento ambulatorio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con indicación de internación.
- Antecedentes de intolerancia a fibratos.
- Antecedentes de fracaso terapéutico con fibratos.

RESULTADOS

Se reclutaron 64 pacientes en el período estudiado, de febrero a octubre del 2005.

40 pacientes eran del sexo femenino (63 %) y 24 de sexo masculino (37 %).

La adhesión a la farmacoterapia a los 3 meses fue de 64% (41 pacientes) y de 28% (18 pacientes) a los 6 meses.

Niveles de TG inferiores a 200 mg% se obtuvieron a los 3 meses en el 76% de los casos (49 pacientes) y en el 32% (21 pacientes) a los 6 meses.

Las causas más importantes de abandono del tratamiento fueron:

- "Haber completado" el mismo, en el 76%

(35 pacientes).

- Efectos adversos, en el 17% (7 pacientes).
- Costo del tratamiento, en el 7% (4 pacientes).

COMENTARIOS

Los resultados obtenidos en este estudio confirman la pobre adherencia de pacientes a regímenes terapéuticos prolongados. Si bien es probable que existan variaciones significativas según el nivel socio-cultural de la población estudiada, es evidente que existe una mala comprensión del objetivo del tratamiento.

La meta habitualmente considerada por el paciente es la obtención de un mejor resultado laboratorial, sin consideración en cuanto a muy probable recaída al suspender la medicación, excepto en aquellos infrecuentes casos de marcados cambios en el estilo de vida.

Esto probablemente traduzca una insuficiente comunicación médico-paciente, en el sentido al tiempo invertido por el primero en "educación en salud", relacionado a su vez con el volumen elevado de personas a ser vistas en el horario de consultorio, y a la poca retribución que habitualmente asigna a los profesionales de atención primaria.

Es de esperar que una simple evaluación de costo: beneficio se asocie a una mejor valoración del tremendo impacto favorable que una medicina preventiva bien realizada, en relación con factores de riesgo vasculares como la hipertrigliceridemia y otros, puede tener sobre las temibles y costosísimas consecuencias de los mismos.

CONCLUSIONES

- Menos de un tercio de los pacientes evaluados cumplió el esquema terapéutico a los 6 meses.
- Mayor porcentaje de abandono por mala comprensión de la indicación.
- Buena tolerancia al fármaco utilizado.
- Infrecuente abandono por motivos económicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fojo SS, Brewer HB. Hypertriglyceridaemia. *J Intern Med* 2002; 231:669-667.
2. Ordoas JM. Dyslipidemia and coronary artery disease risk. *Clin Arteriosclerosis* 2003;5:31-34.
3. Babirak SP, Brown BG. Combined hyperlipidemia. *Arterioscler Thromb* 1998;12:1.176-1.183.
4. Mahley RW. Chylomicron catabolism. *Curr Opin Lipid* 1999;2:170-176.
5. Brunzell JD. Lipoprotein lipase deficiency. En: Scriver CR: *Metabolic bases of disease*. Nueva York, McGraw Hill 1999; 1.165-1.180.
6. Patsch W, Gotto AM. The hyperlipoproteinemias. *Med clin North Am* 1999; 73: 859-873.
7. Rall SC. Lipoprotein disorders. *J Intern Med* 2002; 231: 653-659.
8. Rubiés J. Hiperlipemias: concepto, clasificación y clínica. *Medicine* 2002; 6: 40-46.
9. Connor WE et al: Reduction of plasma lipids. *N Engl J Med* 1998; 312: 1.210-1.213.
10. Havel RJ. Lowering cholesterol and triglycerides. *J Clin Invest* 2001; 81: 1.653-1.657.
11. Zambon A, Torres A. Prevention of raised lipoproteins. *Lancet* 1998; 341: 1.119-1.121.
12. Lalouel JM, Wilson DE. Fibrate efficacy in hypertriglyceridemia. *Curr Opin Lipid* 2000; 3: 86-95.