



5005-3. CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE COLESTEROL LDL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. ESTUDIO TERESA

Vivencio Barrios¹, Carlos Escobar Cervantes², José María Gámez³, Xavier Pinto⁴ y José Felipe Varona⁵

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid, ²Hospital La Paz, Madrid, ³Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca (Illes Balears), ⁴Hospital Bellvitge, Barcelona y ⁵HM Montepíncipe, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la proporción de pacientes y factores predictores de consecución de objetivos de colesterol LDL (cLDL) en pacientes en prevención primaria o secundaria tratados con atorvastatina o rosuvastatina con o sin ezetimiba.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, realizado en servicios de cardiología en España, en el que se incluyeron consecutivamente a pacientes en prevención primaria o secundaria, en tratamiento con atorvastatina o rosuvastatina (\pm ezetimiba). Los objetivos de cLDL se definieron según las guías ESC/EAS 2019.

Resultados: Se analizaron 1570 pacientes: mediana edad 62 (56-67) años, 76,2% varones, 77,5% enfermedad cardiovascular previa, 34,7% diabetes, 8,4% enfermedad renal crónica, 7,7% hipercolesterolemia familiar, mediana SCORE 4 (2-9), mediana cLDL: basal 83 (59-129,5) mg/dL, última medida 73 (55-98) mg/dL. La rosuvastatina en monoterapia se empleó en el 11,1% de los pacientes (95,4% dosis 20 mg/día), y asociado a ezetimiba en el 41% de los pacientes (88,7% dosis 20/10 mg). Atorvastatina en monoterapia se usó en el 26,8% de los pacientes (56,2/43,8% dosis 40/80 mg), y asociado a ezetimiba en el 21,1% (41,1% y 58,9% dosis 40/10 mg y 80/10 mg). Globalmente, el 41,6% lograron el objetivo de cLDL. Los pacientes con enfermedad cardiovascular previa presentaron un peor control (38,7 vs 51,4%; p 0,001), al igual que los pacientes con hipercolesterolemia familiar (32,2 vs 42,4%; p = 0,034). En cambio, los pacientes con diabetes presentaron un mayor control (46,1 vs 39,2%; p = 0,010). No hubo diferencias en el grado de control de cLDL en función del tipo de estatina, la presencia de hipertensión, enfermedad renal crónica, microalbuminuria, retinopatía o neuropatía. Se modificó el tratamiento en el 36,8% de los pacientes, 9,9% por efectos adversos (en el 96,7% de los cambios se realizó del régimen basado en atorvastatina a un régimen basado en rosuvastatina).

Conclusiones: En pacientes de vida real de alto riesgo, cerca del 60% de los pacientes no lograron los objetivos de cLDL. La presencia de enfermedad cardiovascular e hipercolesterolemia familiar se asociaron con un peor control, mientras que la diabetes con un mejor control. Un mayor empleo de la terapia combinada de estatina de alta intensidad y ezetimiba ayudaría a mejorar el control del cLDL.