



Revista Española de Cardiología



6050-672. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL BARRERA PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE LDL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA?

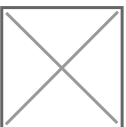
Andrea Vélez Salas, Luis Alberto Martínez Marín, Adrián Rivas Pérez, Laura Rodríguez Sotelo, Jose María García de Veas, Francisco Javier Irazusta Córdoba, Regina Dalmau González-Galarza, Almudena Castro Conde y José Luis López-Sendón Hentschel, del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento con estatinas constituye uno de los pilares fundamentales para alcanzar el objetivo de colesterol LDL (LDLc) en los pacientes con enfermedad coronaria recomendado por las guías (LDLc 70 mg/dl). Sin embargo en muchos casos esto no se consigue, debido en parte a la falta de ajuste de tratamiento durante el seguimiento (inercia terapéutica), la aparición de efectos secundarios y la mala adherencia. Además el uso de otros fármacos como el ezetimibe o los antiPCSK9 no está suficientemente extendido. El objetivo de este trabajo es analizar las causas de la falta de optimización de tratamiento hipolipemiante en pacientes con enfermedad coronaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de 200 pacientes con enfermedad coronaria que completan un programa de rehabilitación cardiaca (RC) entre septiembre de 2015 y abril de 2016. Se analizaron las características de los pacientes que no recibían dosis máxima de estatina y su causa, así como el tratamiento, las cifras de LDL y los eventos cardiovasculares durante el seguimiento a 18 meses.

Resultados: Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla 1. De los 200 pacientes, 37 no recibieron dosis altas de estatina al finalizar RC, 17 de ellos con LDL > 70 mg (45,9%) durante el seguimiento. Solo 5 pacientes (23,5%) recibieron ajuste tratamiento hipolipemiante después del alta, en el resto se mantuvo el mismo tratamiento a pesar del mal control de LDLc, con 3 casos de eventos cardiovasculares en los 18 meses siguientes. Del total de pacientes, 21 presentaron síntomas relacionados con las estatinas (figura) que obligaron a suspensión o reducción de dosis, consiguiéndose buen control únicamente en 6 de ellos (28,6%). Además 8 pacientes abandonaron el tratamiento por razones distintas a intolerancia, con mal control en todos los casos. En 91 pacientes del total no se alcanzó objetivo de LDL al alta de RC, de los cuáles un 26,4% recibió ezetimibe y solo 1 paciente antiPCSK9 durante el seguimiento.



Causas de intolerancia a estatinas.

Características basales

Edad (media $\pm$ DE)	58,7 $\pm$ 10,4
Sexo (varón)	166 (83%)
Hipertensión	89 (44,5%)
Diabetes mellitus	47 (23,5%)
Dislipemia	119 (59,5%)
Fumador	99 (49,5%)
Sobrepeso/obesidad	161 (80,5%)
Disfunción sistólica VI ^a	79 (39,7%)
Enfermedad coronaria extensa ^b	27 (13,7%)
Atorvastatina 80 mg	162 (81%)
Rosuvastatina 20 mg	1 (0,5%)
Otra estatina	34 (17%)
Ezetimibe	39 (19,5%)
Cumplimiento de objetivo de LDLc	89 (44,5%)

^aFEVI 50%; ^b> 2 vasos afectados.

Conclusiones: La inercia terapéutica y la intolerancia a estatinas son una causa frecuente de fallo en la prevención secundaria. Ambas causas están relacionadas, ya en que pacientes que no toleran dosis altas de estatina se mantiene el mismo tratamiento a pesar de un peor control lipídico. Es necesario fomentar el uso de otros fármacos como ezetimibe y antiPCSK9 para conseguir mejorar los objetivos en prevención secundaria.