



## 6017-2. EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, EL TRATAMIENTO CON LA POLIPÍLDORA CNIC DERIVA EN UN MENOR RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES RECURRENTES EN COMPARACIÓN CON OTRAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS: RESULTADOS DE UN SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEPTUNO

Regina Dalmau González-Gallarza<sup>1</sup>, Alberto Cordero Fort<sup>2</sup>, Valentín Fuster De Carulla<sup>3</sup>, José M. Castellano Vázquez<sup>3</sup>, Luis Masana Marín<sup>4</sup>, Antonio Sicras Mainar<sup>5</sup>, Ilonka Zsolt Fradera<sup>6</sup> y José Ramón González Juanatey<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante, <sup>3</sup>Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, <sup>4</sup>Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona, <sup>5</sup>Athrys Health, Barcelona, <sup>6</sup>Ferrer Internacional. S.A., Barcelona y <sup>7</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El estudio NEPTUNO mostró una menor incidencia acumulada de eventos cardiovasculares (ECV) recurrentes y un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la cohorte tratada con la polipíldora CNIC (ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg + atorvastatina 20/40 mg + ramipril 2,5/5/10 mg) comparado con los medicamentos por separado. Objetivo: Investigar la incidencia acumulada ECV recurrentes en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) tratados con polipíldora CNIC en comparación con 3 cohortes de control.

**Métodos:** Datos anonimizados de la base BIG-PAC2 (historias clínicas electrónicas de 1.800.000 pacientes hospitalarios y de atención primaria). Población: pacientes con CI y que iniciaron tratamiento entre los años 2015-2018 se incluyeron en cuatro cohortes según su tratamiento: C1: polipíldora CNIC (cohorte de casos) vs C2: mismos monocomponentes separados, C3: medicación equipotente y C4: otras terapias (cohortes de control). Metodología de puntuación de coincidencia de propensión (PSM) para homogeneizar las diferentes cohortes. Tras 2 años de seguimiento, se investigó la incidencia acumulada de ECVs recurrentes o muerte, la evolución de la presión arterial y del perfil lipídico y la persistencia a la terapia.

**Resultados:** Se obtuvieron 4 cohortes homogéneas de 1.080 pacientes cada una. Reducción significativa en la incidencia de ECV recurrentes en C1 vs C2, C3 y C4. El riesgo de ECV recurrente fue un 12%, 14% y 17% mayor en C2, C3 y C4 respectivamente vs C1 (fig.). Mayor reducción absoluta de todos los parámetros analizados (perfil lipídico y PA) en C1 frente a las otras 3 cohortes. Tasa de control de LDLc y PA significativamente mayor en C1 vs las otras 3 cohortes. Mayor persistencia a la terapia en C1 y el número total de medicamentos al final del estudio fue menor en C1 comparado con las cohortes de control (tabla).

Evolución en las distintas cohortes de los factores de riesgo cardiovascular (perfil lipídico y presión arterial), persistencia al tratamiento y promedio de medicamentos, tras 2 años de seguimiento

Cohortes de estudio (PSM)	C1: polipíldora CNIC (n = 1.080)	C2: monocomponentes (n = 1.080)	C3: equipotentes (n = 1.080)	C4: otros (n = 1.080)	p (C1 vs C2, C3 y C4)
---------------------------	---	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------------

Diferencias/reducción (final-inicial) entre cohortes

Colesterol total, mg/dl (DE)	-56,1 (41,9)*	-43,6 (47,3)* †	-33,3 (44,9)* †	-33,2 (41,6)* †	0,001
LDL, mg/dl (DE)	-20,1 (38,6)*	-13,6 (43,7)* †	-11,4 (40,7)* †	-9,5 (40,2)* †	0,001
HDL, mg/dl (DE)	6,2 (10,1)*	4,5 (11,3)* †	3,7 (11,3)* †	2,7 (11,1)* †	0,001
Triglicéridos, mg/dl (DE)	-70,8 (78,4)*	-58,5 (68,1)* †	-56,1 (84)* †	-54,7 (78,1)* †	0,001
PAS, mmHg (DE)	-13,7 (24,9)‡	-11,5 (23,8)* ‡	-10,6 (24,4)* ‡	-9,1 (23,6)* ‡	0,001
PAD, mmHg (DE)	-4,6 (13,5)*	-2,7 (12,2)* ‡	-2,3 (13)* ‡	-1 (12,6)* ‡	0,001

% de control en el momento final

LDL 70 mg/dl (% de pacientes)	16,3%	14,4%	15,3%	12,5%	0,084
PAS/PAD 130/80 mmHg (% de pacientes)	45,9%	38,5%	36,3%	31,4%	0,001

Diferencias (final-inicial) entre cohortes del grado de control

LDL 70 mg/dl (% de pacientes)	8,4%	6,4% ‡	7,4% ‡	5,4% ‡	0,001
PAS/PAD 130/80 mmHg (% de pacientes)	14,4%	8,9% ‡	3,6% ‡	1,8% ‡	0,001

Persistencia al tratamiento

Tras 24 meses (% de pacientes)	74,4%	61,3%‡	60,4%‡	55,2%‡	0,001
IC del 95%	(71,8-77,0)	(58,4-64,2)	(57,5-63,3)	(52,2-58,2)	
Promedio de medicamentos	4,8 (1,3)	5 (1,4)	5 (1,3)	4,9 (1,4)	0,003

\*p 0,001 vs basal ‡p 0,001; †p 0,01 vs cohorte de referencia: Polipíldora CNIC. p: significación estadística. DE: desviación estándar. IC: intervalo de confianza. PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL: lipoproteínas de alta densidad. PSM: Propensity score matching.



*Incidencia acumulada y riesgo de eventos cardiovasculares mayores recurrentes tras 2 años de seguimiento en las distintas cohortes.*

**Conclusiones:** En pacientes con CI, la administración de la polipíldora CNIC frente a tres cohortes de control se asoció a una mayor reducción de ECV recurrentes tras 2 años de seguimiento junto con un mayor control de los FRCV y un aumento de la persistencia al tratamiento. Una estrategia basada en el polipíldora CNIC podría conducir a mejores resultados de salud en los pacientes tras un evento coronario.