



6016-3. INICIO DE ESTATINAS TRAS RESULTADO DE CALCIFICACIÓN ARTERIAL CORONARIA

José Antonio Parada Barcia, Manuel Barreiro Pérez, Pablo Pazos López, Tatiana Mallely Matajira Chía, Laura Trillo Fandiño, Andrea Lizancos Castro, Luis Manuel Domínguez Rodríguez, Pablo Domínguez Erquicia y Andrés Íñiguez Romo

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo (Pontevedra).

Resumen

Introducción y objetivos: La detección de calcio coronario mediante tomografía computarizada (TC) permite una medición directa de la carga aterosclerótica, y con ello, una estimación del riesgo cardiovascular de futuros eventos. Un score de más de 100 UA (Unidades de Agatston) sitúa el riesgo cardiovascular a 10 años por encima del 7,5%, justificando el inicio de medidas farmacológicas en prevención primaria. En las guías americanas se recomienda el inicio de estatinas en presencia de un score de más de 100 UA, y ponderar su retirada en ausencia de calcificación. Su grado de aplicación en la práctica clínica en España es desconocido.

Métodos: Registro transversal y unicéntrico, de julio de 2021 a febrero de 2022. Incluye 305 pacientes consecutivos sometidos a TC de coronarias. La estratificación de calcificación coronaria según Agatston se realizó en tres grupos: no calcificación (0 UA), calcificación leve (1-100 UA), y en significativa (calcificación moderada 101-400 UA y grave > 400 UA). Se excluyeron para este estudio los pacientes con lesiones coronarias de > 50% de estenosis (CADRADS 3 o superior) y estudios no concluyentes, resultando 225 pacientes analizados. Se realizó regresión logística multinomial para identificar los predictores asociados a la pauta de estatinas.

Resultados: De los 225 pacientes, 49 (21,78%) presentaban un score de más de 100 UA. 32 pacientes con score de > 100 UA no se encontraban bajo tratamiento con estatinas y tras los hallazgos se inició terapia en 23 (71,88%) (fig.). La evaluación de la calcificación coronaria permitió incrementar el porcentaje de pacientes que se beneficiaron de tratamiento hipolipemiente, de un 34,69% a un 81,63%. Se objetivaron diferencias significativas en la proporción de pacientes a los que se les indica estatina en función del grado de calcificación coronaria. (Chi2 48,95; p = 0,000) (tabla). Tras ajuste multivariado, se asociaron de manera significativa la calcificación leve (OR de 5,82 (1,72-19,73; p = 0,005) y la calcificación significativa (4,44 (OR de 28,14 (5,24-151,19; p = 0,000). La edad o el SIS, entre otros, no se asociaron de forma significativa al inicio de estatinas en nuestra muestra.

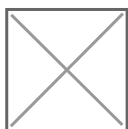
Inicio de estatina en función de grado de calcificación coronaria

Estatina	No calcificación (0 UA)	Calcificación leve (1-100 UA)	Calcificación significativa (> 100 UA)	Total
----------	-------------------------	-------------------------------	--	-------

No	76 (73,08)	37 (51,39)	9 (18,37)	122
Inicio	6 (5,77)	18 (25,00)	23 (46,94)	47
Estatina previa	22 (21,15)	17 (23,61)	17 (34,69)	56
Total	104	72	49	225

$\text{Chi}^2 = 48,95$ ($p = 0,000$).

Los resultados se expresan en N (%). UA = Unidades de Agatston.



Inicio de estatinas tras resultado de calcificación arterial coronaria.

Conclusiones: La utilización de TC de coronarias permite optimizar la estrategia terapéutica en función del riesgo cardiovascular, incrementando la pauta de estatinas en pacientes que no eran candidatos a dicha pauta por perfil lipídico.