



6046-614. CONTROL DE LA DISLIPEMIA Y ACTITUD DE LOS CARDIÓLOGOS EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Alberto Cordero¹, José Ramón González-Juanatey², Ángel Cequier³ y Enrique Galve³ del ¹Hospital Universitario de San Juan, Alicante (Alicante), ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña) y ³Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: El tratamiento y control del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) con objetivo de 70 mg/dl se asocia a reducciones de morbimortalidad.

Métodos: Registro observacional, prospectivo y de ámbito nacional, de pacientes de muy alto riesgo reclutados en consultas de cardiología entre noviembre de 2013 y abril de 2014. Se clasificó el tratamiento con estatinas según las guías de dislipemia de la AHA/ACC de 2013, considerando tratamiento intensivo atorvastatina 40-80 mg/día y rosuvastatina 20-40 mg/día.

Resultados: Incluimos 724 pacientes, 78,6% varones y 66,9 (10,3) años de edad media. La prevalencia de HTA fue 59,9%, diabetes 36,8% y el 95,3% presentaban enfermedad cardiovascular. El valor medio de cLDL fue 102,0 (45,2) mg/dl. El 90,6% recibían estatinas, siendo atorvastatina (46,2%) la más utilizada, seguida de rosuvastatina (19,8%) y simvastatina (16,7%). El 44,9% seguían tratamiento con estatinas de intensidad moderada y el 35,7% tratamiento intensivo. En total, el 26,5% presentaron valores de cLDL 70 y el 58,5% 100 mg/dl; la prevalencia de cLDL 70 mg/dl fue mayor en los pacientes que seguían tratamiento intensivo con estatinas respecto a los de intensidad moderada (37,2% vs 19,7%; p 0,01). El análisis multivariante (regresión logística) demostró una asociación independiente entre el tratamiento intensivo y LDL 70 mg/dl (OR: 2,29 IC95% 1,59-3,30; p 0,01). Tras la visita, se observó que en los pacientes con cLDL > 70 mg/dl la actitud más frecuente fue aumentar la intensidad del tratamiento con estatinas (42,5%), siendo el cambio a tratamiento intensivo en el 44,1% de los casos, seguido de aumentar la dosis estatina e iniciar tratamiento combinado con ezetimiba (14,9%); en el 24,8% de los casos no se realizó ningún cambio y en 9,4% se inició ezetimiba. En el 26,1% de los pacientes que tenían cLDL > 70 mg/dl a pesar de tratamiento intensivo con estatinas no se realizaron cambios. La única variable que se asoció independientemente al cambio a tratamiento intensivo con estatinas fue el valor basal de cLDL (p 0,01).

Conclusiones: el control de cLDL en pacientes de muy alto riesgo es bajo y se asocia recibir tratamiento intensivo con estatinas. El objetivo de control cLDL, y no el tratamiento intensivo con estatinas como recomiendan las guías de dislipemia de la AHA/ACC de 2013, parece ser el principal objetivo de tratamiento.