

Estudio Ai-THERO: análisis poblacional para la caracterización del tratamiento hipolipemiante y del control del c-LDL en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto en Cantabria

Marta Cedenilla Horcajuelo(1), José María de la Torre Hernández(2), José Luis Hernández Hernández(3), Carlos Brotons Cuixart(4), Marta Guillán Rodríguez(5), Carlos J Martos-Rodríguez(6), Andrea González-Torbay(6), María Ramos-Cáceres(6), Manuel Soto-Catalán(6), Luis Cea-Calvo(6) y Leopoldo Pérez de Isla(7) de (1)Medical Affairs, MSD, Madrid - España, (2)Unidad de Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (3)Servicio de Medicina Interna; Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria) - España, (4)Centro de Atención Primaria Sardenya (EAP Sardenya); Instituto de Investigación Sant Pau, Barcelona - España, (5)Unidad de Ictus, Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid - España, (6)Medical Affairs, MSD España. MSD, Madrid - España y (7)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid - España

Introducción: El manejo de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) sigue siendo un desafío en la práctica clínica, especialmente la optimización del tratamiento hipolipemiante (LLT) y el control del colesterol LDL (c?LDL). En España, la evidencia en vida real sobre el uso de estas terapias y el cumplimiento de objetivos lipídicos en poblaciones de riesgo cardiovascular (RCV) alto y muy alto es escasa. El objetivo fue describir el uso de LLT y el grado de control de c-LDL en pacientes con RCV alto o muy alto en la población de Cantabria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en registros electrónicos de salud de atención primaria y hospitalaria de la población adulta de Cantabria, entre enero 2016 y enero 2024. Mediante análisis combinado de datos estructurados y no estructurados utilizando técnicas basadas en el procesamiento del lenguaje natural, se identificaron pacientes con RCV alto o muy alto y se analizaron el uso de LLT y la consecución de los objetivos de c?LDL según las guías ESC/EAS 2019.

Resultados: Sobre una población estimada de 493.808 adultos, se identificaron 97.145 pacientes con RCV alto (7,1%) o muy alto (12,6%) (Figura 1) [media de edad 71,2 años, 49,6% mujeres, 49,9% con diabetes y 79,7% con hipertensión]. El 59,1% estaba recibiendo LLT (43,1% monoterapia y 15,9% doble terapia, Tabla 1). La proporción de pacientes con RCV alto o muy alto con c-LDL en objetivo fue de 15,6% y 19,1% respectivamente. Entre los pacientes con ECVA (8,5% de los adultos), el 22,3% estaban en objetivo de control c-LDL, el 70,2% estaba con LLT, de los cuales, el 0,2% estaba con iPCSK9.

Conclusiones: Este es el primer estudio en evaluar el control del c-LDL en la población de RCV alto/muy alto en toda una región española. Los resultados (similares a otras series más pequeñas publicadas) muestran un control subóptimo del c-LDL y una infrautilización de los LLT aprobados, subrayando la necesidad de un tratamiento más

intensivo para reducir el c-LDL y el riesgo de eventos cardiovasculares.

Este estudio fue patrocinado y financiado por MSD España. La extracción y gestión de los datos fue realizada por IOMED y IQVIA.

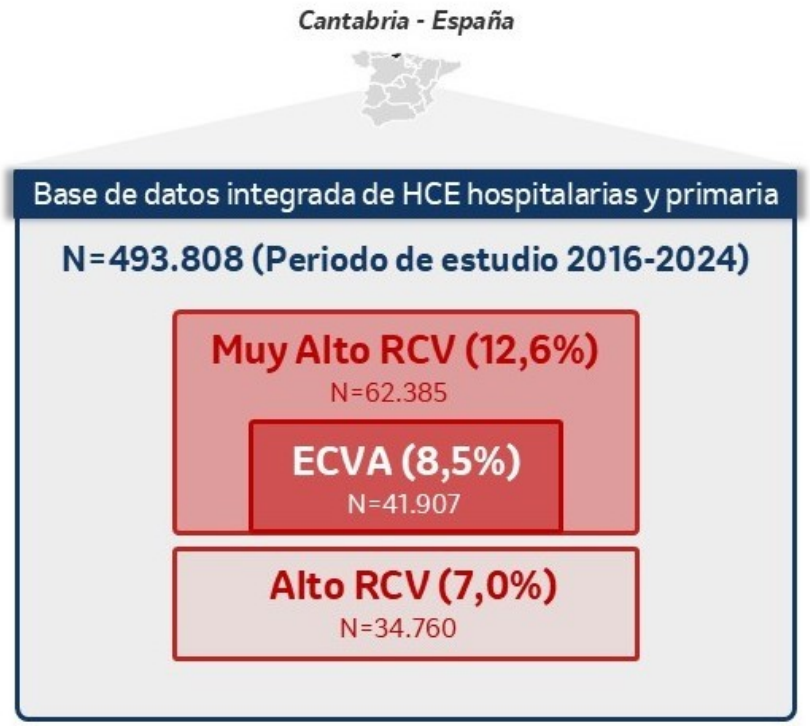


Tabla 1. LLT por clasificación de riesgo según la última determinación de c-LDL disponible durante el periodo de estudio.

Tratamientos	Población de estudio (RCV alto/muy alto) (n = 97.145)	RCV alto (n = 34.760)	RCV muy alto (total) (n = 62.385)	RCV muy alto + ECVA documentada (n = 41.907)	RCV muy alto sin ECVA documentada (n = 20.478)
LLT, n (%)	57.365 (59,05%)	16.262 (46,78%)	41.103 (65,89%)	29.436 (70,24%)	11.667 (56,97%)
Monoterapia, n (%)	41.854 (43,08%)	13.972 (40,20%)	27.882 (44,69%)	18.526 (44,21%)	9.356 (45,69%)
Estatina, n (%)	40.931 (42,13%)	13.678 (39,35%)	27.253 (43,69%)	18.099 (43,19%)	9.154 (44,70%)
Ezetimiba, n (%)	897 (0,92%)	292 (0,84%)	605 (0,97%)	406 (0,97%)	199 (0,97%)
iPCSK9, n (%)	18 (0,02%)	1 (0,00%)	17 (0,03%)	15 (0,04%)	2 (0,01%)
Ácido Bempedoico (AB), n (%)	8 (0,01%)	1 (0,00%)	7 (0,01%)	6 (0,01%)	1 (0,01%)
Doble terapia, n (%)	15.427 (15,88%)	2.288 (6,58%)	13.139 (21,06%)	10.845 (25,88%)	2.294 (11,20%)
Estatina + ezetimiba, n (%)	15.379 (15,83%)	2.286 (6,57%)	13.093 (20,99%)	10.809 (25,79%)	2.284 (11,15%)
Ezetimiba + AB, n (%)	15 (0,02%)	2 (0,01%)	13 (0,02%)	9 (0,02%)	4 (0,02%)
Estatina + AB, n (%)	2 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (0,00%)	2 (0,01%)	0 (0,00%)
iPCSK9 + ezetimiba, n (%)	20 (0,02%)	0 (0,00%)	20 (0,03%)	16 (0,04%)	4 (0,02%)
iPCSK9 + estatina, n (%)	10 (0,01%)	0 (0,00%)	10 (0,02%)	8 (0,02%)	2 (0,01%)
Triple terapia, n (%)	84 (0,09%)	2 (0,01%)	82 (0,13%)	65 (0,16%)	17 (0,08%)
Estatina + ezetimiba + AB, n (%)	53 (0,06%)	2 (0,01%)	51 (0,08%)	41 (0,10%)	10 (0,05%)
iPCSK9 + estatina + ezetimiba, n (%)	30 (0,03%)	0 (0,00%)	30 (0,05%)	23 (0,05%)	7 (0,03%)
iPCSK9 + estatina + AB, n (%)	1 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,00%)	1 (0,00%)	0 (0,00%)
Pacientes controlados, n (%)	17.331 (17,84%)	5.407 (15,56%)	11.924 (19,11%)	9.342 (22,29%)	2.582 (12,61%)

No se identificó ningún paciente en triple terapia con iPCSK9 + ezetimiba + AB ni cuádruple terapia, mientras que un paciente con RCV muy alto y ECVA documentada fue identificado en la combinación de iPCSK9 + AB. AB: Ácido Bempedoico; ECVA: Enfermedad cardiovascular aterosclerótica; HF: Hipercolesterolemia familiar; LLT: Tratamiento hipolipemiante; RCV: Riesgo cardiovascular; Objetivos de c-LDL: Alto RCV: <70 mg/dl, Muy alto RCV: <55 mg/dl.