



986 - OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO SEGÚN LA ESTRATEGIA HIPOLIPEMIANTE, AL AÑO DEL INICIO DE ÁCIDO BEMPEDOICO EN UNA CONSULTA DE RIESGO VASCULAR

Maitane Fernández Ustoa, Elena Gabaldón Perucha, Matilde Sánchez Zamorano, Beatriz López Gómez, Jesús del Castillo Carrillo, Juan Bosch Belón, María del Carmen Romero Pérez y Nagore Lois Martínez

Medicina Interna, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la respuesta lipídica en función de las diferentes estrategias hipolipemiantes tras la introducción de ácido bempedoico (AB) y ver si existen diferencias entre las mismas en pacientes con hipercolesterolemia atendidos en consultas externas de Riesgo Vascular (RV).

Métodos: Se realizó un análisis comparativo del descenso en los niveles de LDLc a los 6 y 12 meses del inicio de AB en función del tratamiento hipolipemiante previo o concomitante. Los datos se extraen del sistema de información hospitalaria y se analizan con el paquete estadístico SPSS v.30, considerando $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, con un ligero predominio femenino (53%). El 87% tienen control analítico a los 6 meses y 60% anual. La edad media fue 62,74 años (DE 12,32). Las características clínicas y el tratamiento hipolipemiante previo al inicio del AB se describen en la tabla 1. El AB se inició en un 63,7% de los casos por la no consecución del objetivo terapéutico. Al comparar los pacientes con tratamiento hipolipemiante previo, con aquellos que no lo recibían, se observa una disminución media del 41% del c-LDL frente al 31% respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La evolución del c-LDL en función de la estrategia establecida se muestra en la figura. En la tabla 2 se comparan los descensos de c-LDL de aquellas terapias más repetidas. Estas diferencias demostraron ser estadísticamente significativas a los 6 y 12 meses siendo la terapia con estatina de alta potencia + AB la más eficaz en nuestra población. A pesar de ello, los pacientes en triple terapia oral presentan mejor control anual. Por otro lado, la combinación de AB con estatinas e iPCSK9 fue la que más redujo el LDLc, disminuyendo 62,6% y un 80,4% a los 6 y 12 meses respectivamente. Sin embargo, entendemos que, debido al tamaño muestral de este subgrupo, estos resultados no son estadísticamente significativos.

n total: 79 pacientes	
Edad media	62, 74 años DE 12,32

Sexo		
Mujeres	42	53,20%
Hombres	37	46,80%

Factores de riesgo vascular

Hipertensión arterial	46	58,20%
Diabetes mellitus tipo 2	20	25,30%
Tabaquismo activo	22	27,90%
Hábito enólico	15	19%
Esteatosis hepática	9	11,40%
SAOS	7	8,80%
IMC media	27,5	DE 4,71

Perímetro abdominal

Mujeres	93,85 cm	DE 11,9
Hombres	100,65 cm	DE 13,4

Motivo de inicio de ác. bempedoico

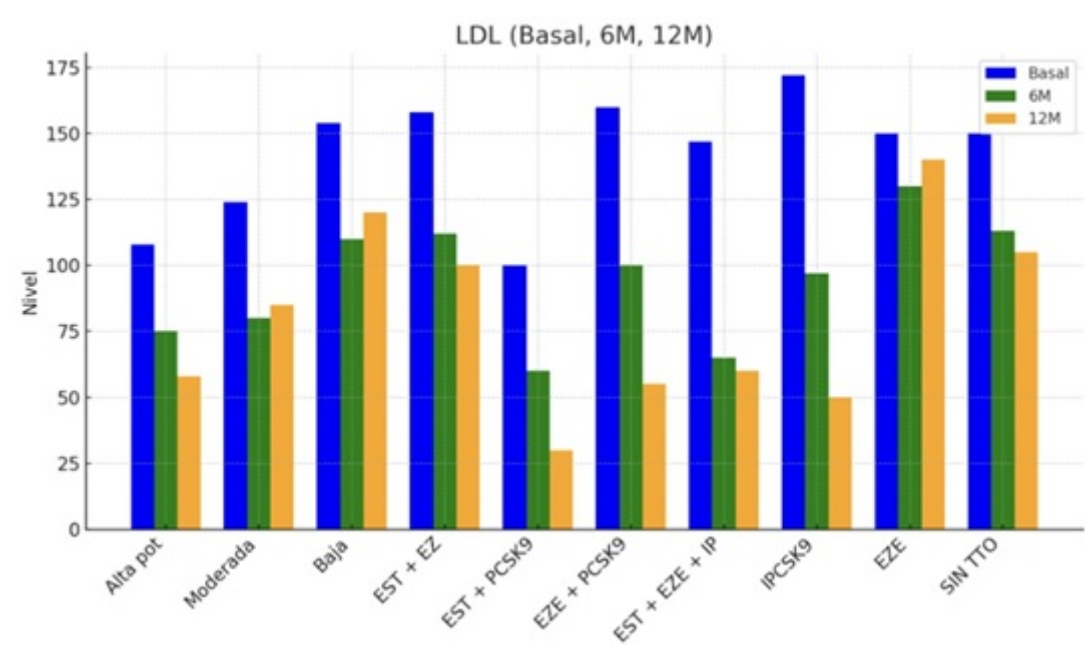
Intolerancia a estatinas	29	36,70%
No consecución de objetivo	50	63,30%

Niveles basales del perfil lipídico (mg/dL)

Colesterol total	197,23	DE 60,72
------------------	--------	----------

cLDL	121,51	DE 51,87
cHDL	51,17	DE 12,45
Triglicéridos	121,64	DE 82,60
Remanentes	24,56	DE 20,64
Tratamiento hipolipemiente previo	n	%
Estatina		
Alta intensidad	24	30,28
Moderada intensidad	12	15,19
Baja intensidad	1	1,27
Estatina + ezetimiba		
Alta intensidad	13	16,46
Moderada intensidad	3	3,8
Estatina + iPCSK9	4	5,06
Ezetimiba + iPCSK9	2	2,53
Estatina + ezetimiba + iPCSK9	3	3,8
iPCSK9	3	3,8
Ezetimiba	3	3,8
Sin tratamiento previo	11	13,92

	6 meses	12 meses			
Tratamiento previo a AB	c-LDL basal	c-LDL 6	% de disminución	c-LDL	% de disminución
Estatina alta intensidad	107,6	75,2	30,1%	57	47%
Estatina moderada intensidad	121,2	86,2	28,87%	84	30,69%
Estatina alta intensidad + Ezetimiba	94,1	59,6	36,7%	54,8	41,8%
ANOVA		Estadístico F 10,85	Estadístico F 70,04		
p = 0,0001		p 0,00001			



Discusión: El empleo del AB como hipolipemiente ha logrado mejoras en el tratamiento oral de la hipercolesterolemia, aunque habitualmente suele precisarse de terapia combinada para conseguir objetivos. Estudios pivotaes como el CLEAR WISDOM ya realizaban análisis de subgrupos con las diferentes terapias objetivando diferencias entre ellas y una diferencia significativa frente a placebo. En nuestro análisis, apreciamos un menor descenso porcentual en pacientes que recibían tratamiento combinado previo, que ponemos en relación con LDLc mejor controlado al inicio del AB. Nuestra principal limitación se encuentra en el tamaño muestral de algunas ramas de tratamiento por lo que un número mayor de pacientes en seguimiento nos podría permitir valorar diferencias significativas entre los tratamientos.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan que, clínicamente, la adición de AB a estatina de alta intensidad con ezetimiba y estatina de alta intensidad en monoterapia, resultan en las estrategias más potentes para la reducción de LDLc y consecución de objetivos terapéuticos.

Bibliografía

1. Goldberg AC, Leiter LA, Stroes ESG, et al. Effect of Bempedoic Acid vs. Placebo Added to Maximally Tolerated Statins on Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Patients at High Risk for Cardiovascular Disease: The CLEAR Wisdom Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;322(18):1780-8. doi:10.1001/jama.2019.16585