

¿Es alcanzable el c?LDL <40?mg/dL en vida real? Resultados en pacientes con riesgo cardiovascular extremo tratados con inclisirán. Estudio INCLISAR-CV

Esther Sánchez Insa(1), Carlos Sanz Bescós(1), Paola Casanova Esteban(2), Maruan C. Chabbar Boudet(3), Ángela Juez Jiménez(4), Verónica Aliaga O´neill(5), Juan Francisco Cueva Recalde(6), Daniel Meseguer González(2), Araceli Sánchez Page(3), Alejandra Ruiz Aranjuelo(7), Patricia Irigaray Sierra(8), Belén Peiró Aventín(8), Santiago Laita Monreal(9), Amalia Fernández Alamán(10) y Marta Aliacar Muñoz(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Royo Villanova, Zaragoza - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital de Alcañiz, Alcañiz (Teruel) - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza - España, (5)Servicio de Cardiología. Hospital General de la Defensa, Zaragoza - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Ernest Luch, Calatayud (Zaragoza) - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Jorge, Huesca - España, (8)Servicio de Cardiología. Hospital de Barbastro, Barbastro (Huesca) - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel - España y (10)Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel - España

Introducción: Los pacientes con riesgo cardiovascular extremo constituyen un subgrupo especialmente complejo en la prevención secundaria, caracterizado por un elevado riesgo persistente en el que deben perseguirse objetivos de c?LDL más estrictos (<40?mg/dL) mediante estrategias hipolipemiantes intensivas. No obstante, la evidencia en práctica clínica real sobre el grado de consecución de estos objetivos en este perfil de pacientes es aún limitada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en práctica clínica real en pacientes tratados con inclisirán en Aragón. Se definió riesgo cardiovascular extremo, de acuerdo con la actualización focalizada 2025 de las guías ESC/EAS, como la presencia de enfermedad aterosclerótica establecida (coronaria, periférica y/o cerebrovascular) junto con ?2 factores clínicos agravantes: evento coronario prematuro (varón <55 años, mujer <65 años), diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad aterosclerótica polivascular y/o lipoproteína(a) >50?mg/dL (si disponible). Se incluyeron pacientes con seguimiento ?9 meses. Se evaluó el control del c?LDL, el perfil lipídico y la tolerancia a estatinas.

Resultados: Treinta y cinco pacientes cumplieron criterios de riesgo cardiovascular extremo. La edad media fue de 62,6?±?8,6 años, con un 25,7?% de mujeres. La cohorte presentó un perfil de alta complejidad clínica, con elevada prevalencia de diabetes mellitus (62,9?%), enfermedad renal crónica (68,6?%) y enfermedad aterosclerótica polivascular (34,3?%).
El c?LDL basal fue elevado (mediana 104?mg/dL), reflejando una alta carga lipídica inicial. El 57,1?% de los pacientes alcanzó niveles de c?LDL <55?mg/dL; sin embargo, solo el 37,1?% logró el objetivo más exigente de <40?mg/dL recomendado en el riesgo cardiovascular extremo.
La intolerancia a estatinas estuvo presente en 11 pacientes (31,4?%) y se asoció a niveles significativamente más elevados de c?LDL, con una mediana de 77?mg/dL frente a 37,5?mg/dL en los pacientes tolerantes (p?=?0,0003).

Ninguno de los pacientes que alcanzó niveles de c?LDL <40?mg/dL era intolerante a estatinas, y esta situación fue excepcional incluso entre aquellos con valores <55?mg/dL, lo que refuerza la importancia del tratamiento combinado para alcanzar objetivos ultrabajos.
No se observaron diferencias significativas en los niveles de c?HDL ni triglicéridos según la tolerancia a estatinas.
La lipoproteína(a) estuvo disponible en el 60?% de los pacientes, con una mediana de 101?mg/dL.
Se observó una elevada persistencia al tratamiento con inclisirán durante el seguimiento (97,1?%). Un 14,3?% de los pacientes presentó un incremento posterior de c?LDL tras una respuesta inicial, identificándose cambios en el tratamiento hipolipemiante concomitante en el 40?% de estos casos.
No se registraron nuevos eventos cardiovasculares.

Conclusiones: En la práctica clínica real, los pacientes con riesgo cardiovascular extremo alcanzan objetivos intensivos de c?LDL <40?mg/dL solo en una proporción limitada, pese a una elevada persistencia al tratamiento. Aunque más de la mitad logra niveles <55?mg/dL, únicamente una minoría alcanza objetivos ultrabajos, lo que refleja la elevada complejidad clínica de este subgrupo. La intolerancia a estatinas emerge como un determinante clave del control lipídico, subrayando la importancia del tratamiento combinado y la necesidad de estrategias terapéuticas individualizadas.