


# 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.

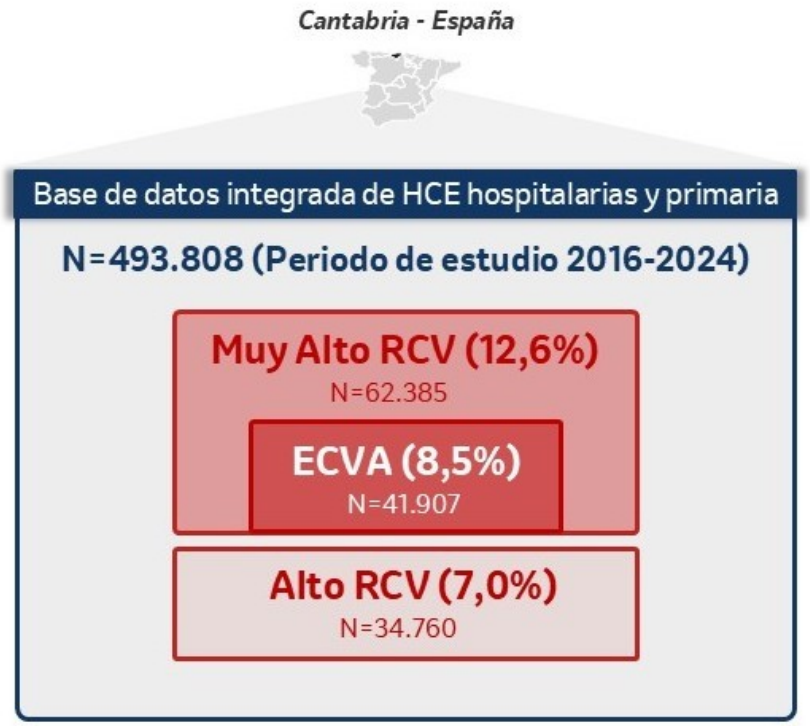



**Tabla 1. LLT por clasificación de riesgo según la última determinación de c-LDL disponible durante el periodo de estudio.**

| 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.