Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S454

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

383 - CONTROL DEL LDL EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL COMARCAL

***Cristina Serra Centelles**, Goran Anastasovski Pavlovikj, Jesús Murillo Sanchís, María Isabel Romeo Castillejo, Adriana García-Pantaleón Porcuna, Meritxell Salvadó Soro, Rodrigo Alonso Navarro y Francisco José Muñoz Rodríguez*

Fundació Sanitària de Mollet, Mollet del Vallés, España.

Resumen

Objetivos: Conocer el grado de control del perfil lipídico tras un síndrome coronario agudo que ha precisado revascularización.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de síndromes coronarios agudos que han precisado revascularización en nuestro centro en 2021. Se analizaron variables demográficas, antecedentes médicos, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento previo al ingreso. Además, se tuvo en cuenta tipo de evento, número de vasos afectos, tipo de revascularización y valores de colesterol-LDL previos, durante el ingreso y tras el alta. Se analizó si los valores de LDL influyeron a los médicos tratantes a optimizar el tratamiento hipolipemiante. La cohorte se siguió hasta febrero 2024 para registrar la aparición de nuevos eventos (síndrome coronario agudo, necesidad de nueva revascularización, ictus, vasculopatía periférica) o muerte por cualquier causa.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes (80% varones) con una edad media de 69 (DE 12,27) años. El 61,8% tenía antecedentes de tabaquismo, 76,3% dislipemia, 80,3% HTA, 38,2% diabetes, 34,2% cardiopatía isquémica, 14,5% vasculopatía periférica, y 7,9% de ictus. Respecto a la dislipemia, el 61,8% recibía tratamiento farmacológico siendo las estatinas en monoterapia el mayoritario (91,4%). La media de LDL previo al evento fue de 111 (DE 40,6) mg/dl. Analizando el evento coronario, 72 pacientes presentaron un SCASEST (94,7%). El 38,2% presentó enfermedad de un vaso, 39,5% de dos vasos, 14,5% de tres vasos y 7,9%, enfermedad de tronco común. La revascularización percutánea fue mayoritaria (82,9%). La media de LDL durante el ingreso fue de 96,7 (DE 35,9) mg/dl. Al alta, la mayoría de los pacientes recibió estatinas de alta intensidad (88,2%) y se asoció ezetimiba en el 15,8% de los casos. En el 94,7% de los pacientes se realizó un control analítico posterior tras una mediana de 163 días. Se observó una reducción significativa del colesterol total (162,27 vs. 147,20 mg/dl; $p = 0,006$) y del colesterol LDL (94,57 vs. 76,63mg/dl; $p < 0,0001$), aunque solo se alcanzó un LDL 55 mg/dl solamente en un 18,4% se optimizó el tratamiento (28% se aumentó dosis, 21% se añadió ezetimiba, 21% se cambió de estatina y se añadió ezetimiba). En el seguimiento, se registraron 16 eventos (21,1%) siendo 9 cardiovasculares (6 revascularizaciones, 2 síndromes coronarios agudos y 1 ictus) y 7 muertes (71,4% de causa cardiovascular). La mediana del tiempo hasta la aparición de un segundo evento fue de 213 días.

Discusión: La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de mortalidad global y la

dislipemia es uno de los principales factores de riesgo modificables. Las guías recomiendan unos objetivos de LDL < 55 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo. A pesar de disponer de un amplio abanico de fármacos, el control no es óptimo debido fundamentalmente a la inercia terapéutica. Consideramos que la implementación de una Unidad de Riesgo Cardiovascular podría mejorar el perfil cardiovascular y la morbimortalidad de nuestros pacientes.

Conclusiones: En nuestra cohorte a pesar de la mejoría del perfil lipídico, el control analítico se realiza muy tarde y en la mayoría, no se alcanzan los objetivos establecidos por las guías.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.