



3. EFECTOS DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOBRE LAS DISTINTAS FRACCIONES LIPÍDICAS

Javier Herrera Flores, Rafael González Manzanares, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) se ha reducido de manera considerable. Sin embargo, la elevada tasa de recurrencias de nuevos eventos isquémicos tras el alta hace necesario optimizar las medidas de prevención secundaria en estos pacientes. Entre estos objetivos, se ha propuesto conseguir unas cifras de Lipoproteína a [Lp (a)] 50 mg/dl, apoproteína B (ApoB) 65 mg/dl y colesterol No-HDL (No-HDL) 85 mg/dl. Ante ello, nos hemos propuesto evaluar las diferentes fracciones lipídicas en el primer mes de seguimiento en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un SCA.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes dados de alta tras SCA en el servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero y marzo de 2023. Se realizó una consulta virtual para evaluar las diversas fracciones lipídicas (Lp (a), ApoB, No-HDL) al alta y al mes del seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes (edad media 66 ± 12 años, 23% mujeres), el 68,5% tenían hipertensión arterial, y el 39,6% diabetes mellitus tipo II. Solo el 47,7% habían recibido previamente terapia hipolipemiente. El perfil lipídico basal y al mes se muestran en la tabla. Al mes, el 61,2% consiguieron los objetivos de Lp (a), el 67,6% los de ApoB y el 72% los de No-HDL. La combinación de estatinas alta potencia con ezetimiba se dio en 78 pacientes mientras que a solo uno se le asoció iPKCS9. La adición de ezetimiba al alta supuso una reducción de ApoB de 8,7 mg/dl y de No-HDL de 24,14 mg/dl frente a aquellos que no la recibieron, asociándose de forma significativa a una mayor frecuencia para alcanzar el objetivo de ApoB (OR: 2,9, IC95%) y de No-HDL (OR: 0,9, IC95%) con independencia de los niveles de ApoB y No-HDL basal. Los principales predictores del control de los niveles de ApoB y de No-HDL al mes fueron el tratamiento con ezetimiba (OR: 0,4, IC95%), el valor basal de No-HDL (OR 0,25, IC95%) y el tratamiento con ezetimiba (OR: 0,4, IC95%), el valor basal de cLDL (OR: 0,25, IC95%), respectivamente.

Perfil lipídico de 111 pacientes incluidos en el estudio

Variable analítica	Valores al alta	Valores en la primera consulta	p
--------------------	-----------------	--------------------------------	---

ColT (mg/dl)	159,8 ± 46,4	113,6 ± 26,3	0,001
cHDL (mg/dl)	39,6 ± 11,2	39,2 ± 11,1	0,415
cLDL (mg/dl)	92,6 ± 36,7	51,2 ± 20,1	0,001
Lp (a) (mg/dl)	60 ± 66	67,6 ± 81,6	0,119
ApoB (mg/dl)	86,3 ± 26,6	60 ± 17,7	0,001
ApoA1 (mg/dl)	114,1 ± 25,5	115,2 ± 26	0,708
No-HDL (mg/dl)	120 ± 42,7	74,8 ± 22,2	0,001
cVLDL (mg/dl)	27,3 ± 12,1	24 ± 13	0,024
TG (mg/dl)	136,7 ± 60,5	114,9 ± 48,3	0,001
ColT/cHDL	4,2 ± 1,15	3 ± 0,7	0,001
cLDL/cHDL	2,4 ± 0,9	1,4 ± 0,5	0,001
ApoB/ApoA1	0,8 ± 0,3	0,5 ± 0,2	0,001
No-HDL/cHDL	3,1 ± 1,1	2 ± 0,7	0,001
cLDL/ApoB	0,8 ± 0,4	0,9 ± 0,4	0,005
TG/cHDL	3,6 ± 2	3,2 ± 1,8	0,037
PCR us (mg/dl)	24,6 ± 34,4	10,1 ± 28,4	0,001

ColT: colesterol total; cHDL: colesterol HDL; cLDL: colesterol LDL; Lp (a): lipoproteína a; ApoB: apoproteína B; ApoA1: apoproteína A1; No-HDL: colesterol No-HDL; cVLDL: colesterol VLDL; TG: triglicéridos; PCR us: proteína C reactiva ultrasensible.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con SCA, el tratamiento hipolipemiante al alta fue adecuado en la mayoría de los pacientes, lográndose en más del 60% los valores objetivo de ApoB, No-HDL y Lp (a). La adición de ezetimiba a estatinas de alta potencia fue el principal factor asociado a la reducción de ApoB y No HDL en el seguimiento.