



6006-13. OPTIMIZACIÓN PRECOZ DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE AL ALTA DE PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿ES POSIBLE? UTILIDAD DE UN PROTOCOLO INTENSIVO

David Jiménez Virumbrales¹, María Jiménez Virumbrales², Julia María Díaz Ortiz³, María Rocío Gómez Domínguez¹, Juan Fernández Cabeza¹, Carmen Pérez-Olivares Delgado¹, Nuria Tur Fernández¹, José Carlos Porro Fernández¹, Raúl Gascuña Rubia⁴ y Daniel Corrochano Diego¹

¹Cardiología. Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid), España, ²Psicología Sanitaria. Profesional Independiente, Madrid, España, ³Cardiología. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España y ⁴Cardiología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: El riesgo cardiovascular tras un síndrome coronario agudo está relacionado con los niveles de LDL colesterol y triglicéridos (TG). No obstante, el control precoz no es habitual en la práctica clínica pese a la recomendación de las Guías. Exploramos si es posible obtener dicho control con un protocolo de tratamiento hipolipemiante intensivo, pese a no disponer de Consulta de Rehabilitación.

Métodos: Se implantó un protocolo de optimización del tratamiento hipolipemiante al alta de un síndrome coronario agudo, basado en tratamiento de alta potencia, control analítico y seguimiento telefónico a las 4 y 8 semanas. Se analizaron los cambios obtenidos y el grado de buen control, que se definió no solo como LDL 55 mg/dl, sino además con TG 150 mg/dl. Los cambios se analizaron mediante el test de McNemar y t de Student para muestras emparejadas, y se analizaron los predictores de mal control mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes consecutivos, edad mediana 70 años, 79% varones. El 33,3% de los pacientes mostraban buen control al ingreso, especialmente en pacientes ya tratados por cardiopatía isquémica previa, y aumentó hasta el 77% en solo 8 semanas ($p = 0,001$). El LDL bajó de 102,9 a 39,1 mg/dl con una disminución media de 55,8 (IC95% 40,3-71,3; $p = 0,0001$), los TG bajaron de 163,6 a 123,5 mg/dl con una disminución media de 40,2 (IC95% 13,8-66,5; $p = 0,005$). En el análisis multivariante, el principal predictor de mal control lipídico fue tener problemas económicos para seguir el tratamiento ($p = 0,0001$), con una sensibilidad del 57,1% y una especificidad del 100% para predecir mal control. El análisis de la curva ROC muestra un AUC 0,786 (IC95% 0,547-1; $p = 0,024$). Asimismo, se observa en el género mujer una tendencia no significativa, $p = 0,05$, OR 13,3 (IC95% 0,91-196). No fueron predictores la cardiopatía isquémica previa, factores de riesgo cardiovascular, edad o elevación de CK/ALT. No hubo efectos secundarios significativos que obligasen a retirar cualquiera de los tratamientos.



Flujo de pacientes.

Conclusiones: Es posible implementar un protocolo de tratamiento hipolipemiante intensivo y precoz al alta de un síndrome coronario agudo, pese a no disponer de una consulta específica de Rehabilitación. Se consiguió un significativo control lipídico en solo 8 semanas, siendo el bajo poder adquisitivo el principal factor limitante.