



6074-541. ¿ES EL CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA TAN BUENO COMO EL QUE CREEMOS? LA REALIDAD SUPERA LA FICCIÓN

Rosa Mª Jiménez Hernández, Patricia Enciso Paniagua, Carmen Cristóbal Varela, Juan Gabriel Sánchez Cano, Javier Alonso Bello, José María Serrano Antolín, Carlos Gutiérrez Landaluze, Adriana de la Rosa Riestra, Pedro Luis Talavera Calle, Elena Magallanes-Ribeiro Catalán, Alejandro Curcio Ruigómez e Iria Andrea González

Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La reducción de la mortalidad tras un síndrome coronario agudo se ha conseguido por los avances terapéuticos y la prevención secundaria. Unos de los pilares de esta última es el control intensivo del LDL-colesterol Sin embargo, existen muchos factores que pueden interferir en la consecución de los objetivos, entre los que destaca la inercia terapéutica y la falta de organización. Nuestro objetivo es analizar la consecución de objetivos de control lipídico según las guías ESC de 2016 y valorar la actitud del cardiólogo.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo realizado en Hospital Universitario de Fuenlabrada, Se incluyen consecutivamente los pacientes mayores de 18 años con un SCA en el año 2018. Durante el ingreso se recogen variables demográficas, variables clínicas de riesgo cardiovascular, variables relacionadas con el SCA. Se analiza el LDL al ingreso, a los 6 y 12 meses, y se recogen los cambios de medicación realizados. En el seguimiento al año se analiza el evento combinado de muerte, SCA, revascularización y hospitalización por insuficiencia cardiaca.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes, con edad media de 64 [36-94] años y 77% de varones. El colesterol LDL al ingreso, a los 6 y 12 meses fue de 115 [34-222], 65 [16-50] y 64 [24-154] mg/dl respectivamente. El % de pacientes con LDL > 70 mg/dl fue de 46% y 42% a los 6 y 12 meses. Sin consideramos las nuevas guías de prevención, solo el 22% y el 29% de los pacientes presentan un control de LDL 55 mg/dl. Recibieron estatinas el 99% de los pacientes, siendo de alta intensidad el 60% (al alta, 61% (6 m) y 64% (12m) y recibieron ezetimibe el 16%, 28% y 37,4%. En los pacientes con LDL > 70 mg se intensificó la estatina en el 43,5% de los que no estaban con alta potencia y se añadió ezetimibe al 31,7%. A los 12 mese se intensifico estatina en el 56,6% y se añadió ezetimibe en el 26,6%. El principal factor de escalada fue el tratamiento basal de baja potencia. Ningún paciente recibió inhibidores de PSK9. La mortalidad al año de seguimiento fue del 5,5%,

Variables clínicas

N = 163 pacientes

Edad (años)

63 [36-94]

HTA (mmHg)	84%, n = 136
DM tipo 2	42,3%, n = 69
Dislipemia	76,1%, n = 124
Fumador activo	36,5% (59)
C. isquémica previa	32,1%, n = 54
Fibrilación auricular	11,65%, n = 19
Rehabilitación cardiaca	35,4%, n = 57
Revascularización percutánea	69%, n = 110
Revascularización quirúrgica	11,9%, n = 19



Control dislipemia.

Conclusiones: Pese a nuestra creencia, el 40% de los pacientes tiene un mal control de LDL-colesterol. A pesar de no estar bien controlados, no se realiza una adecuada optimización del tratamiento utilizando todo el arsenal terapéutico a nuestro alcance.