



## 6015-9. BENEFICIO PRONÓSTICO DEL CONTROL LIPÍDICO EXHAUSTIVO. CONSULTA VIRTUAL 2.0

Diego Mialdea Salmerón, Inmaculada Noval Morillas, Juan Enrique Puche García, Daniel Bartolomé Mateos, William Alberto Delgado Nava y Rafael Eduardo Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Es por todos bien conocido que los pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo (SCA) tienen un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares recurrentes, por lo que es de vital importancia la rápida corrección de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El objetivo de nuestro estudio es valorar la probable reducción de los eventos cardiovasculares mayores (MACE) tras un seguimiento exhaustivo y reducción precoz de los niveles de colesterol LDL (LDLc).

**Métodos:** Se diseñó en nuestro Centro, en el año 2020, una consulta virtual especializada para el control lipídico ambulatorio de pacientes que habían ingresado por un SCA, que consistía en revisiones mensuales con analítica, así como optimización del tratamiento si precisaba. En la actualidad, y tras comprobar los excelentes resultados en cuanto a reducción del LDLc y su consecución de forma precoz, evaluamos la tasa de MACE, mortalidad total y mortalidad cardiovascular y no cardiovascular durante el seguimiento clínico a los 6, 12 y 18 meses.

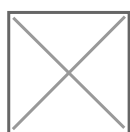
**Resultados:** Se incluyó a 346 pacientes que sufrieron un SCA durante 2020, con una edad promedio de  $67,3 \pm 12,3$  años, el 61% varones y el 39,1% mujeres, en similar proporción a los principales estudios europeos. En cuanto al tratamiento utilizado, el 32% de los pacientes estaban con estatinas en monoterapia, un 57% estaban en estatinas + ezetimiba, mientras que un 11% de los pacientes estaban con un iPCSK9 en combinación con cualquiera de los otros tratamientos. El seguimiento fue de 12-24 meses (media,  $17,7 \pm 3,8$ ; mediana, 17,3). Después de un año de seguimiento, se registraron 3-P MACE, 4-P MACE, mortalidad cardiovascular y mortalidad no cardiovascular en el 3,5%, 4,0%, 1,5% y 2,3% de los pacientes, respectivamente. Al final del estudio, estos porcentajes eran del 4,0%, 5,2%, 1,7% y 2,6% respectivamente, siendo bastante inferior a la media de los registros previos que se encontraba en torno a un 9,7% de MACE a los 18 meses.

Tasa de eventos cardiovasculares mayores (MACE) y mortalidad (%)

|              | 6 meses | 12 meses | 18 meses |
|--------------|---------|----------|----------|
| 3-P MACE (%) | 1,4     | 3,5      | 4        |

|                      |     |     |     |
|----------------------|-----|-----|-----|
| 4-P MACE (%)         | 1,4 | 4   | 5,2 |
| Mortalidad CV (%)    | 0,3 | 1,5 | 1,7 |
| Mortalidad no CV (%) | 0,9 | 2,3 | 2,6 |
| Mortalidad total (%) | 1,2 | 3,8 | 4,3 |

3-P MACE: reinfarto + ictus + mortalidad CV. 4-P MACE: reinfarto + ictus + mortalidad CV + ICP urgente por angina inestable.



*Comparación % MACE: HUPM vs series previas.*

**Conclusiones:** Nuestro estudio nos permite resaltar que la intensificación precoz del tratamiento hipolipemiante tras un SCA con mayor utilización de tratamiento combinado consigue una consecución del objetivo lipídico en la mayoría de los pacientes y además de forma muy rápida (3 meses), con lo que obtenemos una baja tasa de MACE y de mortalidad tanto cardiovascular como no cardiovascular.