



6119-11. RESULTADOS A CORTO PLAZO DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL PARA PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Herrera Flores, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Osorio

Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Aunque la incidencia ajustada por edad y género del SCA está disminuyendo globalmente, la mortalidad asociada al SCA sigue siendo elevada, especialmente en el primer año tras el evento agudo. Un porcentaje considerable de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) ocurren en pacientes que alcanzan niveles óptimos de LDL-C, lo que ha derivado en el interés hacia otras fracciones lipídicas con potencial aterogénico, como el colesterol remanente, la lipoproteína a y las LDL-C pequeñas y densas dentro del novedoso concepto «riesgo cardiovascular residual global». Por ello, nos propusimos describir los resultados de la implementación de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual a corto plazo en pacientes dados de alta tras un SCA y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas circulantes determinadas al 1 mes con la aparición de ECAM.

Métodos: Desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023, se identificaron todos los pacientes dados de alta de nuestro departamento de cardiología de forma consecutiva después de presentar un SCA y se evaluaron un mes más tarde en una consulta virtual para detectar la aparición de ECAM, definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca, reingreso debido a angina inestable o revascularización no planificada. Los objetivos de control lipídico se definieron siguiendo las recomendaciones ESC 2023 sobre el SCA.

Resultados: La figura A recoge las características clínicas basales de la muestra. La incidencia de ECAM en nuestra población fue alta, del 4,6%, sin registrarse muertes relacionadas con eventos cardiovasculares u otras causas. Se detectaron diferencias significativas en los niveles lipídicos circulantes dentro del seguimiento inicial (tabla), con el 69% de los pacientes alcanzando los objetivos de LDL-C recomendados. A pesar de que los sujetos que presentaron ECAM tras el primer mes de seguimiento tuvieron niveles de LDL-C más elevados, estas diferencias no fueron significativas (figura B).

	Basal	Primer mes	p
Perfil lipídico			

Colesterol total, mg/dL	162,4 ± 46,1	112,8 ± 26	0,001
HDL-C, mg/dL	39,9 ± 11	40,1 ± 11,6	0,637
LDL-C, mg/dL	94,3 ± 37,3	49,7 ± 20,6	0,005
Lp (a), mg/dL	36,2 (10-464)	32 (10-503)	0,005
ApoB, mg/dL	86 ± 26,4	57,6 ± 17,1	0,001
ApoA1, mg/dL	113,8 ± 23,9	113,9 ± 23,7	0,948
No-HDL-C, mg/dL	117 ± 47,9	72,9 ± 22,5	0,001
TG, mg/dL	121,5 (9-631)	106 (10-710)	0,001
VLDL-C, mg/dL	26 (9-293)	21 (6-142)	0,001
Colesterol remanente, mg/dL	26,8 ± 14,7	17 ± 6,9	0,001
LDL-C/ApoB	1,2 ± 0,4	0,9 ± 0,3	0,001
TG/HDL-C	3,8 ± 0,7	3,2 ± 0,7	0,001
Índice TyG	4,8 ± 0,4	4,6 ± 0,3	0,001
PCR us (mg/dL)	11,8 (0,5-143,8)	1,9 (0,1-26,9)	0,001

Perfil lipídico basal y del primer mes de 325 pacientes después de un SCA. Las variables continuas se presentan como media $\pm$ desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. CT: colesterol total; HDL-C: lipoproteínas de alta densidad; LDL-C: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a); ApoB: apolipoproteína B; ApoA1: apolipoproteína A1; No-HDL-C: colesterol no HDL; VLDL-C: lipoproteínas de muy baja densidad; TG: triglicéridos; Índice TyG: índice triglicéridos-glucosa; PCR us: proteína C reactiva de alta sensibilidad.



Conclusiones: La implementación de un programa de riesgo cardiovascular residual adaptado al paciente con SCA se tradujo en un alto porcentaje de pacientes que alcanzaron los objetivos recomendados de LDL-C, junto con una mejora significativa en el perfil lipídico general en el primer mes de seguimiento.