



5015-4. INCIDENCIA ELEVADA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES GRAVES AL AÑO TRAS EL ALTA DESPUÉS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PREVENIRLOS?

Javier Herrera Flores, Nouha Yacub Briceño, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Osorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) representa la principal causa de morbilidad-mortalidad en el mundo. Se ha descrito en la literatura que un porcentaje relevante de pacientes con ECVA reingresan precozmente tras el evento índice debido a un control subóptimo de los factores de riesgo cardiovascular, y muy especialmente de la dislipemia. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico-analítico de los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que experimentan un evento cardiovascular grave (MACE) en el primer año de seguimiento tras un ingreso reciente por un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: De enero a diciembre de 2023, se incluyeron de forma consecutiva a todos los pacientes dados de alta tras un ingreso por un SCA en el servicio de cardiología de nuestro hospital. Se revisaron periódicamente en una consulta virtual durante un año (1.º, 6.º y 12.º mes) a todos los pacientes en la que se valoró la aparición de nuevos síntomas CV, el perfil lipídico al año del alta y se registró la aparición de cualquier MACE (compuesto de muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardíaca, reingreso por angina inestable (AI) o revascularización no planeada).

Resultados: En la figura 1A, se muestran las características clínicas y ecocardiográficas basales de la muestra. A pesar de que el grado de control del LDL-C y de las distintas fracciones lipídicas en ambos grupos fue adecuado a los 12 meses (Tabla), la incidencia de MACE fue alta (39), siendo la revascularización no planeada el evento más frecuente (12, Figura 1B). Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo femenino y la existencia de disfunción del VI para el grupo de MACE así como para la presencia de diabetes mellitus tipo II y de sobrepeso (Figura 1A). Mediante regresión logística binaria, la doble antiagregación con AAS y prasugrel fue predictora de una menor incidencia de eventos (OR: 0,78, IC95: 0,73-0,91, $p = 0,011$).

Perfil lipídico basal y a los 12 meses de 357 pacientes después de un SCA según la presencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE)

Perfil lipídico basal	Sujetos con MACE	Sujetos sin MACE	<i>p</i>	Perfil lipídico a los 12 meses	Sujetos con MACE	Sujetos sin MACE	<i>p</i>
(n = 39)	(n = 318)	(n = 39)			(n = 318)		
Colesterol total (mg/dl)	160,7 ± 72,2	159,7 ± 43,6	0,673	Colesterol total (mg/dl)	112,2 ± 30,21	110,7 ± 21,6	0,241
HDL-C (mg/dl)	45,4 ± 11,8	39,3 ± 35,5	0,073	HDL-C (mg/dl)	44,6 ± 13,5	46,3 ± 13,2	0,847
LDL-C (mg/dl)	88,9 ± 58,1	92,3 ± 35,4	0,362	LDL-C (mg/dl)	40,4 ± 16	42,8 ± 15,3	0,897
No-HDL (mg/dl)	115,3 ± 65,6	120,4 ± 40,1	0,284	No-HDL (mg/dl)	67,6 ± 20,1	68,2 ± 24,4	0,953
Lp (a) (mg/dl)	49,2 (18,1-306,6)	35,2 (10-464)	0,083	Lp (a) (mg/dl)	38,7 (12,3-270,6)	30 (10-375)	0,177
ApoB (mg/dl)	87,2 ± 40	86,2 ± 25,2	0,571	ApoB (mg/dl)	56,8 ± 13,9	50,6 ± 13,4	0,051
Colesterol remanente (mg/dl)	21 (12-34)	15 (11-55)	0,455	Colesterol remanente (mg/dl)	24 (15-43)	19 (5-62)	0,901
VLDL (mg/dl)	20 (15-54)	26 (9-63)	0,588	VLDL (mg/dl)	32,5 (15-43)	19 (7-53)	0,263
TG (mg/dl)	131,6 ± 36,1	137,2 ± 35,4	0,893	TG (mg/dl)	146,2 ± 55,1	103,4 ± 44,2	0,54

TG/HDL-C	4,2 ± 0,8	3,8 ± 0,9	0,256	TG/HDL-C	3,4 ± 0,7	2,6 ± 0,7	0,853
Índice TyG	4,7 ± 0,3	4,8 ± 0,4	0,984	Índice TyG	4,7 ± 0,3	4,6 ± 0,2	0,491
PCR us (mg/dl)	10,3 (0,5-12,6)	11,5 (0,5-287,9)	0,101	PCR us (mg/dl)	0,5 (0,5-2,3)	0,5 (0,5-62)	0,41

Objetivo

cLDL (< 55

mg/dl) * a

los 12 meses,

n (%)

23 (59) 263 (77,9) 0,063

Las variables
continuas se
presentan como
media \pm
desviación
estándar o
mediana y rango
intercuartílico.

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.

*Objetivo cLDL

< 40 mg/dl si

evento

cardiovascular

previo.

Figura 1A

	Sujetos con MACE (n = 39)	Sujetos sin MACE (n = 318)	P
Edad (años), media ± DE	65,7 ± 13,4	65,7 ± 12,7	0,353
Mujer, n (%)	13 (33,3)	70 (21,9)	0,049
Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²), n (%)	12 (31,3)	253 (79,5)	0,037
Comorbilidades, n (%)			
Hipertensión arterial	18 (46,7)	211 (66,4)	0,117
Dislipemia	10 (26,7)	163 (51,4)	0,062
Tabaquismo	21 (53,3)	173 (54,3)	0,942
Diabetes mellitus	8 (20,0)	120 (37,7)	0,036
Cardiopatía isquémica previa	5 (13,5)	42 (13,3)	0,983
Disfunción del VI (FEVI < 50%), n (%)	8 (61,5)	80 (25,3)	0,005

Figura 1A. Características clínicas y ecocardiográficas basales de la muestra. FEVI: fracción de eyección del VI.

Figura 1B

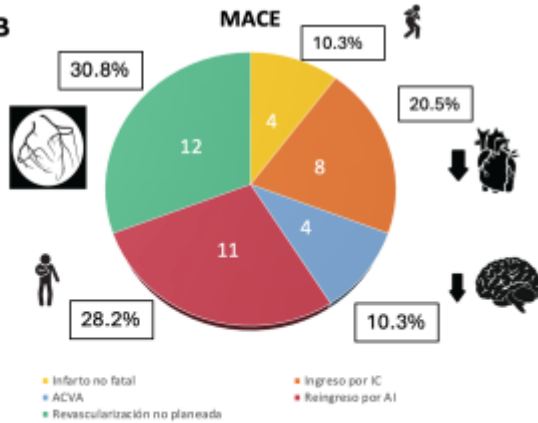


Figura 1B. Incidencia de eventos cardiovasculares adversos graves (MACE) a los 12 meses de seguimiento en 357 pacientes con síndrome coronario agudo

Figura 1C

	Sujetos con MACE (n = 39)	Sujetos sin MACE (n = 318)	P
Tratamiento médico al alta, n (%)			
Estatinas de alta potencia	39 (100)	318 (100)	0,119
Ezetímibe	19 (53,2)	223 (92,2)	0,123
Ácido bempedoico	2 (5,1)	25 (8)	0,357
iPCSK9	1 (2,6)	5 (1,5)	0,264
Inclisiran	0	1 (0,3)	0,117
Eicosapento de etilo	0	6 (1,8)	0,332
aGLP1	0	12 (3,8)	0,154
Tratamiento médico a los 12 meses, n (%)			
Estatinas de alta potencia	38 (97,4)	315 (99,1)	0,141
Ezetímibe	31 (79,5)	310 (97,6)	0,548
Intolerantes a estatinas	1 (2,6)	3 (0,9)	0,529
Ácido bempedoico	12 (30,8)	54 (16)	0,054
iPCSK9	2 (5,1)	22 (6,8)	0,118
Inclisiran	0	6 (1,8)	0,470
Eicosapento de etilo	3 (7,7)	30 (9,4)	0,919
aGLP1	3 (7,7)	63 (19,7)	0,641
Tratamiento antiagregante al alta, n (%)			
AAS y clopidogrel	13 (33,3)	73 (23,1)	0,169
AAS y ticagrelor	15 (38,5)	186 (58,6)	0,016
AAS y prasugrel	3 (7,7)	12 (3,7)	0,006
Triple terapia*	8 (20,5)	46 (14,6)	0,094

Figura 1C. Tratamiento médico y antiagregante al alta y tratamiento médico a los 12 meses de 357 pacientes según la presencia de eventos cardiovasculares graves (MACE). iPCSK9: inhibidores de proconvertasa subtilisina-kexina 9. aGLP1: agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1. AAS: ácido acetilsalicílico

*: hace referencia al tratamiento antiagregante combinado de AAS y clopidogrel con antivitaminicos K o con nuevos anticoagulantes orales de acción directa

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con SCA, el porcentaje de MACE al año del seguimiento fue alto (10,9%) respecto a lo esperado según las series habituales, siendo las diferencias en cuanto al sexo femenino, la presencia de DM tipo 2 y el sobrepeso estadísticamente significativas respecto al grupo sin MACE. Por otro lado, la doble antiagregación AAS y prasugrel se asoció a una menor incidencia de MACE.