



## 6005-43. RESULTADOS A LARGO PLAZO (1 AÑO) DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL PARA PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Herrera Flores, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Osorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque la incidencia del síndrome coronario agudo (SCA) está disminuyendo a nivel global, la mortalidad sigue siendo elevada, especialmente en el primer año. Un porcentaje considerable de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) ocurren en pacientes con niveles óptimos de LDL-C. Esto ha despertado el interés en otras fracciones lipídicas aterogénicas, como el colesterol remanente, la lipoproteína (a) y las partículas LDL-C pequeñas y densas (riesgo cardiovascular residual). Nuestro objetivo fue describir los resultados de la implementación de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual en pacientes dados de alta tras un SCA y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas durante un año con la aparición de MACE.

**Métodos:** Durante el año 2023, se identificaron a todos los pacientes dados de alta de nuestro servicio de cardiología tras un SCA y fueron evaluados periódicamente en una consulta virtual (1.º, 6.º y 12.º mes) para evaluar el perfil lipídico con la aparición de MACE tras un año (muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular, hospitalización por insuficiencia cardíaca, reingreso por angina inestable o revascularización no planificada). Los objetivos de control lipídico se definieron siguiendo las recomendaciones ESC 2023 para el manejo del SCA.

**Resultados:** En la figura 1A, se describen las características clínicas basales de la muestra. Al año, se registró un descenso significativo en los niveles circulantes de todas las fracciones lipídicas, con la excepción del HDL-colesterol y de la ApoA1 (Tabla). El 85% de los sujetos alcanzaron el objetivo de LDL-C recomendado. En el seguimiento, 39 pacientes experimentaron al menos un MACE (Figura 1B). A pesar de que 4 sujetos fallecieron, ninguna causa fue de origen cardiovascular. La incidencia de MACE fue menor en los sujetos que alcanzaron los objetivos LDL-C recomendados (2,5 frente a 8,4%,  $p = 0,06$ , Figura 1C). Mediante regresión logística, la presencia de FEVI < 50% fue predictora de aparición de MACE al año de seguimiento (OR: 4,76, IC95%: 1,48-5,31,  $p = 0,009$ ).

#### Perfil lipídico basal y a los 12 meses de 354 pacientes después de un SCA

	Basal	12 meses	<i>p</i>
--	-------	----------	----------

#### Perfil lipídico

Colesterol total, mg/dl	162,4 ± 46,1	110,8 ± 21,6	< <b>0,001</b>
HDL-C, mg/dl	39,9 ± 11	46,4 ± 13,3	< <b>0,001</b>
LDL-C, mg/dl	94,3 ± 37,3	42,7 ± 15,3	< <b>0,001</b>
Lp (a), mg/dl	36,2 (10-464)	31,1 (10-375)	0,788
ApoB, mg/dl	86 ± 26,4	50,7 ± 13,6	< <b>0,001</b>
ApoA1, mg/dl	113,8 ± 23,9	124,4 ± 25,4	< <b>0,001</b>
No-HDL-C, mg/dl	117 ± 47,9	68,2 ± 24,2	< <b>0,001</b>
TG, mg/dl	121,5 (54-631)	95 (30-296)	< <b>0,001</b>
VLDL-C, mg/dl	26 (9-293)	19 (7-53)	< <b>0,001</b>
Colesterol remanente, mg/dl	26,8 ± 14,7	19 (6-52)	< <b>0,001</b>
LDL-C/ApoB	1,2 ± 0,4	0,9 ± 0,2	< <b>0,001</b>
TG/HDL-C	3,8 ± 0,7	2,5 ± 0,8	< <b>0,001</b>
Índice TyG	4,8 ± 0,4	4,7 ± 0,3	<b>0,016</b>
<b>PCR us (mg/dl)</b>	11,8 (0,5-143,8)	0,5 (0,5-22,7)	< <b>0,001</b>

Las variables continuas se presentan como media ± 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.

### Figura 1A

Características clínicas	
Edad, años	66 ± 12,7
Mujer, n (%)	81 (22,7)
Hipertensión arterial, n (%)	315 (88,3)
Hipercolesterolemia, n (%)	175 (49)
Historia de tabaquismo n (%)	185 (51,8)
Diabetes, n (%)	155 (43,4)
Hipertrigliceridemia n (%)	55 (15,4)
Hiperliproteíнемia a, n (%)	111 (31,1)
Presentación clínica del SCA	
IAMCEST, n (%)	116 (32,5)
IAMSEST, n (%)	76 (21,3)
Angina inestable, n (%)	165 (46,2)
<b>Disfunción del VI (FEVI &lt; 50%), n (%)</b>	<b>98 (27,5)</b>
Terapia hipolipemiante al alta	
Estatinas a dosis máximas, n (%)	357 (100)
Tratamiento combinado estatinas a dosis máximas y ezetimibe, n (%)	245 (75,4)
Ácido Bempedoico, n (%)	24 (6,7)
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	6 (1,1)
Inclisiran, n (%)	1 (0,3)
Terapia hipolipemiante a los 12 meses	
Estatinas a dosis máximas, n (%)	352 (98,9)
Tratamiento combinado estatinas a dosis máximas y ezetimibe, n (%)	327 (91,6)
Intolerantes a estatinas, n (%)	5 (1,4)
Ácido Bempedoico, n (%)	66 (18,5)
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	25 (7)
Inclisiran, n (%)	6 (1,7)

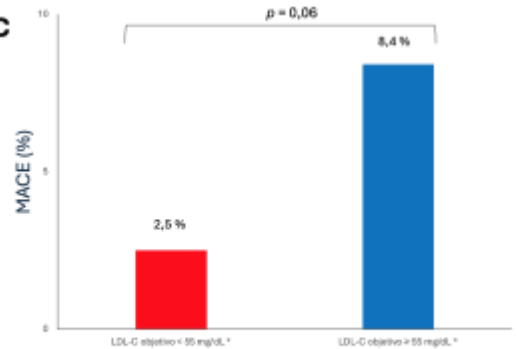
**Figura 1A. Características clínicas basales, ecocardiográficas y tratamiento hipolipemiante al alta y a los 12 meses de la muestra.** IAMCEST: infarto agudo con elevación del segmento ST. IAMSEST: infarto agudo sin elevación del segmento ST. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. PCSK9: proproteína convertasa subtilisina kexina 9

### Figura 1B

<b>Eventos mayores cardiovasculares adversos a los 12 meses</b>	39 (11)
<b>Muerte</b>	4 (1,1)
No cardiovascular, n (%)	4 (100)
Cardiovascular, n (%)	0
<b>Revascularización no planeada</b>	11 (28,2)
Infarto no fatal, n (%)	4 (10,3)
Accidente cerebrovascular agudo, n (%)	4 (10,3)
Reingreso por insuficiencia cardíaca, n (%)	8 (20,5)
Angina inestable, n (%)	12 (30,8)

**Figura 1B. Incidencia de eventos cardiovasculares adversos (MACE) de la muestra a los 12 meses**

### Figura 1C



**Figura 1C. Porcentaje de pacientes que presentaron eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) según alcancen o no el objetivo de LDL-C < 55 mg/dL o < 40 mg/dL si previamente habían padecido un evento cardiovascular adverso.**

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a un programa personalizado de riesgo cardiovascular presentan al año un control adecuado de LDL-C. La disfunción del VI (FEVI < 50%) se asocia de manera independiente con la aparición de MACE en los 12 meses tras el alta.