



12. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE POSTSÍNDROME CORONARIO AGUDO MEDIANTE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL: RESULTADOS PRELIMINARES EN LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Vanesa Alonso Ventura¹, Antonio Miñano Oyarzábal¹, Luis Cerdán Ferreira¹, David Gómez Martín¹, Teresa Simón Paracuellos¹, José Javier Salazar González¹, Laura Álvarez Roy¹, María Lasala Alastuey¹, Araceli Sánchez Page¹, Marta Antonio Martín¹, Dario Javier Samaniego Pesantez¹, M. del Rosario Ortas Nadal¹, Eva Santamaría Luna¹ y Maruan C. Chabbar Boudet²

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España y ²Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La optimización del tratamiento farmacológico sigue siendo esencial para lograr alcanzar los objetivos terapéuticos del colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) en prevención secundaria. En nuestro hospital, se ha desarrollado un protocolo asistencial para intentar homogeneizar el tratamiento hipolipemiente al alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo (SCA), así como para conseguir alcanzar lo antes posible los objetivos de LDLc con el fin de disminuir el riesgo cardiovascular de perfil lipídico de los pacientes de forma precoz y evitar la inercia terapéutica. El objetivo de este estudio fue conocer los resultados de la aplicación de dicho protocolo.

Métodos: Estudio observacional en el que se incluyeron pacientes ingresados en la unidad de cuidados intermedios por SCA tipo 1 y dados de alta desde nuestro hospital durante enero y febrero de 2023. Se excluyeron aquellos en los que no constaba un control analítico de LDLc dentro de los 2 meses posteriores al alta. Se recogieron variables demográficas, tratamiento hipolipemiente y perfil lipídico e índices aterogénicos al ingreso y en el primer seguimiento. Para el análisis se utilizó R.

Resultados: Se incluyeron un total de 55 sujetos (82% varones) con una edad media de $63,64 \pm 10,61$ años (tabla A). La analítica de control tras la hospitalización se realizó a las 5,26 semanas de media y el 93% de los sujetos fue dado de alta con estatina de alta potencia asociado a ezetimiba. En el seguimiento, se consiguió una reducción estadísticamente significativa con respecto al ingreso hospitalario en los niveles de colesterol total (188,03 vs 111,33, p 0,001), de LDLc (120,56 vs 50,45, p 0,001) y triglicéridos (121,16 vs 97,67, p 0,001), así como en la mayoría de índices aterogénicos analizados (tabla B). Además, tras la instauración del protocolo, un 69% de los sujetos presentaba un LDLc ≤ 55 mg/dl en el primer seguimiento.

A. Características basales

Edad (años)	63,64 (10,61) ^a
Sexo	Varones: 45 (82%)

Mujeres: 10 (18%)

Dislipemia Sí: 33 (60%)

No: 22 (40%)

Lipoproteína a (mg/dL)

74 (38,122)^b

Tratamiento previo con hipolipemiente Sí: 20 (36,4%)

No: 35 (63,7%)

Pravastatina 40 mg: 1 (1,8%)

Simvastatina 10 mg: 3 (5,5%)

Atorvastatina 10-20 mg: 8 (14,5%)

Rosuvastatina 5 mg: 1 (1,8%)

Tipo de tratamiento previo al ingreso

Atorvastatina 40 mg: 2 (3,6%)

Rosuvastatina 10-20 mg: 3 (5,5%)

Fluvastatina 80 mg + E 10 mg: 1 (1,8%)

Atorvastatina 80 mg + E 10 mg: 1 (1,8%)

Atorvastatina 40 mg + E 10 mg: 1 (1,8%)

Atorvastatina 80 mg: 4 (7,3%)

Tratamiento al alta hospitalaria

Atorvastatina 80 mg + E 10 mg: 20 (36,4%)

Rosuvastatina 20 mg + E 10 mg: 30 (54,5%)

B. Datos descriptivos.

	N	Al ingreso	Al alta	P estadístico*
Colesterol total (mg/dL)	55	188,03 (46,53)	111,33 (33,64)	0,001
LDLc (mg/dL)	55	120,56 (40,66)	50,45 (26,68)	0,001
Triglicéridos (mg/dL)	55	121,16 (58,19)	97,67 (40,38)	0,001
Cociente LDLc/HDLc	55	2,52	1,25	0,001
Cociente colesterol total/HDLc	55	3,98	2,71	0,001
Cociente triglicéridos/HDLc	55	2,64	2,56	0,584

Datos expresados en a: media (desviación estándar) y en b: mediana (intervalo de confianza) para datos cuantitativos y en n (porcentaje) para datos cualitativos. E: ezetimiba. Valores de lipoproteínas e índices aterogénicos al ingreso y al alta hospitalaria. Datos expresados en media (desviación estándar) y en media. LDLc: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad. HDLc: colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad. *t Student

Conclusiones: La aplicación de nuestro protocolo asistencial de optimización del tratamiento hipolipemiente al alta hospitalaria tras SCA ha conseguido reducir los niveles de LDLc de forma significativa y precoz, así como de la mayoría de índices aterogénicos estudiados. Será necesario seguimiento posterior y ampliación de la muestra para conocer la consistencia de estos primeros resultados y la esperable reducción de los eventos cardiovasculares tanto a medio como a largo plazo.