



4004-2. EFECTO DE LOS TRIGLICÉRIDOS EN EL PRONÓSTICO EN UN PRIMER INFARTO FRENTE A INFARTO RECURRENTE

Alberto Cordero Fort¹, María Rosa Fernández Olmo², José Ramón González Juanatey³, Leticia Fernández-Friera⁴, Sergio Manzano Fernández⁵, Clara Bonanad Lozano⁶, Gustavo Cortez Quiroga⁷, Armando Oterino Manzanar⁸, José M. Castellano Vázquez⁴, Belén Álvarez Álvarez³ y Deepak Bhatt⁹

¹Hospital IMED Elche, Elche (Alicante), España, ²Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España, ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España, ⁴Hospital Universitario HM Montepíncipe, Madrid, España, ⁵Universidad de Murcia, Murcia, España, ⁶Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ⁷Hospital Alto Guadalquivir, Andújar (Jaén), España, ⁸Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España y ⁹Mount Sinai Medical Center, Nueva York (Estados Unidos).

Resumen

Introducción y objetivos: Los niveles de triglicéridos (TG) han cobrado un interés creciente en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, aunque existen pruebas divergentes que podrían explicarse por factores de confusión.

Métodos: Realizamos un estudio multicéntrico y retrospectivo utilizando los registros en curso de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) de 8 hospitales de España. Se midieron los TG durante la hospitalización y se analizaron la mortalidad y los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) que incluye reinfarto, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, durante el seguimiento.

Resultados: Incluimos 14,483 pacientes dados de alta tras un SCA, edad media 67,5 (13,3), 28,1% mujeres y 30,4% con un SCA con elevación del ST; 2,378 (16,4%) pacientes tenían un SCA previo y fueron clasificados como SCA recurrente. La mediana del nivel de triglicéridos fue de 120,5 (rango intercuartílico [IQRs] 90-197) mg/dL y fue ligeramente superior en los pacientes con SCA recurrente (135 IQR 98-186 frente a 129 IQR 95-175; p 0,01). Los pacientes con primer SCA frente a SCA recurrente recibieron ticagrelor o prasugrel con mayor frecuencia al alta (14,8 frente a 7,4%; p 0,01), pero no se observaron otras diferencias en los tratamientos médicos. La mediana de seguimiento fue de 1.223 días (intervalo intercuartílico: 570-2.040). La mortalidad por cualquier causa fue del 15,0% (n = 2.166) y el 34,71% (n = 5.019) de los pacientes experimentaron un primer MACE. Los pacientes con SCA recurrente presentaron mayores tasas de mortalidad (32,9 frente a 11,4%; p 0,01) y MACE (46,5 frente a 32,4%; p 0,01). El análisis multivariante, ajustado por edad, sexo, diabetes, insuficiencia cardíaca previa y tratamientos médicos al alta, mostró que los niveles de TG no se asociaban con un mayor riesgo de mortalidad (p = 0,29) pero sí con un mayor riesgo de MACE (p = 0,04). Se observó una interacción significativa (p = 0,01) entre los TG y el SCA previo para ambos criterios de valoración, por lo que los análisis se realizaron por separado. Como se muestra en la figura, los TG se asociaron a un mayor riesgo de muerte en los pacientes con un primer SCA (p = 0,02) pero no en los pacientes con un SCA recurrente (p = 0,48); por el contrario, los TG se asociaron a un mayor riesgo de MACE (p = 0,024) en los pacientes con un SCA recurrente pero no en los pacientes con un primer SCA (p = 0,25).



Conclusiones: El SCA previo modifica el riesgo de TG sobre la mortalidad y los MACE en pacientes dados de alta tras un SCA. Los TG podrían considerarse un objetivo para el tratamiento en pacientes tras un primer SCA o un SCA recurrente, aunque el impacto exacto sobre los resultados podría ser diferente.