



6052-640. LDL-C Y RIESGO LIPÍDICO RESIDUAL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ASISTIDOS EN UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR

María Lorena Viñole Clavijo¹, Natalia Lluberías González¹, Natalia Miranda Siniscalchi², Fernando Ramos Sabelli², Soledad Sosa², Silvia Lissman² y Gabriela Ormaechea Gorricho² del ¹Centro Cardiovascular Universitario, Montevideo (Uruguay) y ²Unidad de Prevención Secundaria, Hospital de Clínicas, Montevideo (Uruguay).

Resumen

Introducción y objetivos: El cumplimiento de objetivos de prevención secundaria se ha asociado a una mejoría en el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica. Se reconoce al colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) como uno de los principales factores de riesgo. A pesar de alcanzar metas de LDL-c, diversos estudios han demostrado que un porcentaje de pacientes mantienen alto riesgo de presentar eventos cardiovasculares; esto se adjudica en parte al riesgo lipídico residual (RLR) dado por triglicéridos elevados o colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) bajo. En estos pacientes se reconoce una alta prevalencia de diabetes.

Objetivos: Conocer las fracciones lipídicas en una población con cardiopatía isquémica establecida, la prevalencia de RLR y su asociación con dosis de estatinas, comparar la prevalencia de RLR en el subgrupo de diabéticos y su asociación con el control glucémico.

Métodos: Se incluyeron 331 pacientes revascularizados mediante ATC o CRM. Se consideraron como objetivos terapéuticos en las fracciones lipídicas: LDLc < 70 mg/dl, HDL > 40 mg/dl, TG < 150 mg/dl. Se definió RLR en pacientes con LDL < 100, con TG > 150 o HDL < 40. Para los diabéticos se consideró además una HbA1c < 7%. Se evaluó la intensidad del uso de estatinas y su asociación con el RLR.

Resultados: De los 331 pacientes, el 33% eran mujeres, edad media $61 \pm 7,5$ años, 68% HTA, 44% fumadores y 44% diabéticos al ingreso o con diagnóstico durante el seguimiento. El 21,5% alcanzó un LDL-c < 70 y 68% LDL-c < 100. La prevalencia de RLR es de 60%, la principal alteración es el HDL < 40. 33% recibían dosis bajas de estatinas, 67% dosis altas y 17% dosis muy altas. No se encontró una asociación significativa entre las dosis altas de estatinas y la presencia de RLR, 64% frente a 59%. Al comparar diabéticos con no diabéticos, no hay diferencias significativas en cuanto al uso de dosis altas de estatinas 70% frente a 65%, respectivamente ($p < 0,05$). De los pacientes diabéticos el 73% presentan RLR frente a el 50,8% de los pacientes no diabéticos, ($p < 0,001$). La presencia de DM aumenta el riesgo de presentar RLR en 2,6 veces. En los diabéticos con HbA1c < 7% el RLR fue 50% mientras que en los diabéticos que no logran este objetivo el RLR fue 83,3% ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de RLR en nuestra población, especialmente en el subgrupo de diabéticos. En los diabéticos el adecuado control glucémico se asocia a menor prevalencia de RLR.