



6049-644. MANEJO DE LA HIPERLIPEMIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Elena Gálvez Ríos, Antonio Chacón Piñero, Ana María Martínez Carapeto, Marta Lledó Gómez, Inmaculada Gómez Sánchez, Dante Paul Agip Fustamante, Mercedes Merchán Cuenda y Bruno Limpo Bengla del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto las guías europeas como las americanas coinciden en un tratamiento intensivo del colesterol LDL (cLDL) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) pero, mientras que las primeras consideran como objetivo un cLDL 70 mg/dl o su reducción > 50%, las americanas proponen el tratamiento con estatinas (E) de alta potencia en pacientes menores de 75 años (< 75) mientras que los mayores de 75 años (> 75) con E de potencia moderada. Nuestro objetivo fue evaluar el tratamiento hipolipemiente al alta en pacientes con SCA.

Métodos: Estudiamos retrospectivamente 1.235 pacientes dados de alta consecutivamente con el diagnóstico de SCA: 453 (36,7%) con elevación del ST y 782 (63,3%) sin elevación del ST con algún signo objetivo de isquemia miocárdica. Analizamos las variables basales, lipidograma durante el ingreso hospitalario y tras el alta y eventos cardiovasculares en el seguimiento.

Resultados: En 1.133 pacientes (99,5%) se indicó tratamiento con E (13 pacientes en combinación con ezetimibe y 27 en combinación con fenofibrato), en 2 pacientes (0,2%) ezetimibe y en 4 (0,4%) fenofibrato. Entre los pacientes con E, en 781 (68,9%) fueron de alta potencia, 334 (29,5%) de moderada y en 18 (1,6%) de baja. El porcentaje de utilización de E de alta potencia entre los > 75 y < 75 fueron 66,9 y 69,5%, respectivamente. La E de alta potencia se asoció a mayor reducción de cLDL y mayor porcentaje de consecución de objetivos terapéuticos. Las únicas variables relacionadas de forma independiente con la incidencia de infarto o ictus fueron la DM (OR: 1,9; $p = 0,018$), la dislipemia (OR: 1,8; $p = 0,030$) y la utilización de E de baja potencia (OR: 3,5; $p = 0,047$). Existe una tendencia lineal entre el aumento de la potencia de la estatina y la consecución del objetivo terapéutico ($p = 0,002$) y la disminución de la incidencia del evento combinado muerte, IAM, ictus isquémico, trombosis del *stent* y nueva ICP ($p = 0,05$).

Características según potencia de la estatina indicada

	Alta potencia (N = 781)	Moderada potencia (N = 334)	Baja potencia (N = 18)	p
Aumento cHDL (%)	3,52 ± 17,84	5,07 ± 10,70	1,71 ± 9,79	0,401
Reducción TAG (%)	17,87 ± 75,88	13,79 ± 89,34	-5,2 ± 18,42	0,444

Reducción cLDL (%)	27,47 ± 36,52	19,05 ± 34,43	7,19 ± 30,02	0,002
Objetivo cLDL	313 (52,08%)	102 (41,98%)	4 (28,57%)	0.009
Infarto	37 (4,74%)	15 (4,49%)	2 (11,11%)	0,437
Ictus	18 (2,30%)	5 (1,50%)	2 (11,11%)	0,024

Conclusiones: Nuestro estudio pone de manifiesto la falta de cumplimiento con los objetivos terapéuticos marcados por las guías en pacientes con SCA. Encontramos una infrautilización de las E de alta potencia en pacientes dados de alta por SCA. Las E de alta potencia se asocian a una mayor reducción de cLDL y logro de objetivos terapéuticos. La utilización de E de baja potencia se asoció a una mayor incidencia de eventos cardiovasculares.