



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

Vanesa Alonso Ventura<sup>1</sup>, Antonio Miñano Oyarzábal<sup>1</sup>, Luis Cerdán Ferreira<sup>1</sup>, David Gómez Martín<sup>1</sup>, Teresa Simón Paracuellos<sup>1</sup>, José Javier Salazar González<sup>1</sup>, Laura Álvarez Roy<sup>1</sup>, María Lasala Alastuey<sup>1</sup>, Araceli Sánchez Page<sup>1</sup>, Marta Antonio Martín<sup>1</sup>, Dario Javier Samaniego Pesantez<sup>1</sup>, M. del Rosario Ortas Nadal<sup>1</sup>, Eva Santamaría Luna<sup>1</sup> y Maruan C. Chabbar Boudet<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España y <sup>2</sup>Hospital 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 hipolipemiante 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 hipolipemiante 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  $\leq 55$  mg/dl en el primer seguimiento.

#### A. Características basales

|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| Edad (años) | 63,64 (10,61) <sup>a</sup> |
| Sexo        | Varones: 45 (82%)          |

Mujeres: 10 (18%)

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | Sí: 33 (60%)                              |
| Dislipemia                            | No: 22 (40%)                              |
| Lipoproteína a (mg/dL)                | 74 (38,122) <sup>b</sup>                  |
|                                       | Sí: 20 (36,4%)                            |
| Tratamiento previo con hipolipemiente | 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.