Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 941

Revista Española de Cardiología

6040-249. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON SCASEST EN ESPAÑA; ¿LO HACEMOS BIEN? SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO IMPACT-TIMING-GO

Pablo Díez-Villanueva[1], María Thiscal López Lluva[2], Pedro Luis Cepas Guillén[3], Martín Negreira Caamaño[4], David Aritza[5], Alfonso Jurado Román[6], Iván Olavarri Miguel[7], Ane Elorriaga Madariaga[8], Lucía Matute Blanco[9], Anna Carrasquer Cucarella[10], Pilar Roquero[1], Jesús Diz Díaz[11], Jessica Vaquero Luna[12], Antonio Martínez Guisado[3] y Felipe Díez del Hoyo[4]

[1]Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España, [2]Complejo Asistencial Universitario de León, León, España, [3]Hospital Clínic, Barcelona, España, [4]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, [5]Hospital Universitario de Navarra, Pamplona (Navarra), España, [6]Hospital Universitario La Paz, Madrid, España, [7]Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, [8]Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España, [9]Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, España, [10] Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España, [11]Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y [12]Hospital Universitario Araba-Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz (álava), España.

Resumen

Introducción y objetivos: Tras un síndrome coronario agudo, es fundamental optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), pues de ello se deriva una reducción de eventos adversos durante el seguimiento. Estudiamos si el control de los FRCV de los pacientes que han padecido un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) se ajusta a las recomendaciones recogidas en las Guías de Práctica Clínica.

Métodos: El registro IMPACT-TIMING-GO (IMPACT of Time of Intervention in patients with Myocardial Infarction with Non-ST seGment elevation. ManaGement and Outcomes) incluyó prospectivamente 1020 pacientes (edad media 67 ± 12 años, 23,6% mujeres) con SCASEST sometidos a coronariografía (con lesión aterosclerótica causal) entre abril y mayo de 2021. A un año de seguimiento, falleció el 3,1% de los pacientes. En este subestudio, incluimos a los pacientes vivos a un año de seguimiento de los que disponemos de datos en relación con sus FRCV, y los evaluamos según hubieran participado o no en un programa de rehabilitación cardiaca (RHC).

Resultados: Solo un 28,6% de los pacientes participaron en un programa de RHC, que es indicación Clase IA en las Guías Europeas de Práctica Clínica. En relación con los datos disponibles referentes al perfil lipídico (750 pacientes) y de la Hb glicosilada (533 pacientes), observamos, al comparar pacientes que participaron en RHC vs aquellos que no, que los primeros presentaron un mejor control de los niveles plasmáticos de colesterol total y Hb glicosilada durante el seguimiento, sin diferencias significativas en otros parámetros analíticos (tabla). Al evaluar la presión arterial sistólica media al año de seguimiento, esta fue de 131 ± 18 mmHg, mientras que la presión arterial diastólica media fue 74 ± 10 mmHg. Además, un 31,3% de los pacientes tuvo una presión arterial sistólica > 140 mmHg y un 8,1% una presión arterial diastólica > 90 mmHg.

Perfil lipídico y valores de Hb glicosilada basales y durante el seguimiento en la cohorte de estudio (y comparado entre pacientes que participaron en programa de rehabilitación cardiaca y los que no)

		RHC	**No RHC**	
	Todos			**p**
28,60%		71,40%		
Colesterol total al alta	167,1 ± 48	175,7 ± 46	163,5 ± 48	0,003
Colesterol total a 1 año	126,9 ± 32	121,5 ± 29	128,9 ± 33	0,006
LDL-colesterol al alta	99,2 ± 42	107,6 ± 41	95,6 ± 43	0,001
LDL-colesterol a 1 año	59,7 ± 25	57,9 ± 25	60,3 ± 25	0,25
LDL > 55 al alta	85,80%	89,70%	83,50%	0,04
LDL > 55 a 1 año	52,30%	47,50%	53,20%	0,18
HDL-colesterol al alta	39,9 ± 11	39,2 ± 9	40,3 ± 12	0,25
HDL-colesterol a 1 año	44,7 ± 13	43,4 ± 10	45,5 ± 14	0,04
Triglicéridos al alta	148,4 ± 93	145,2 ± 80	149 ± 96	0,63
Triglicéridos a 1 año	115,9 ± 64	114,8 ± 64	117 ± 65	0,67
Hemoglobina glicada al alta (%)	6,3 ± 1,4	6,2 ± 1,6	6,4 ± 1,3	0,21

Hemoglobina glicada al 1 año (%)	6,2 ± 1,1	6 ± 0,9	6,4 ± 1,1	0,001

Conclusiones: Tras un SCASEST es fundamental optimizar el control de los FRCV y en nuestro medio hay margen de mejora. Además, menos de un tercio de los pacientes se remiten a programas de rehabilitación cardiaca, de cuya participación se deriva un mejor control de colesterol total y Hb glicada.