



EV-036 - MANEJO ACTUAL DE LA HIPERLIPEMIA EN PACIENTES DADOS DE ALTA CON EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Martínez Carapeto, A. Chacón Piñero, M. Lledó Gómez, M. Merchán Cuenda, C. García Corrales, B. Limpo, P. Márquez Lozano, J. Nogales Asensio

Servicio de Cardiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Resumen

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) clasificadas según su potencia en el porcentaje teórico de reducción de cLDL: alta potencia (reducción: > 50%), moderada (reducción: 30-50%) y baja potencia (reducción: < 30%). Los pacientes con SCA menores de 75 años (< 75) deberían tratarse con E de alta potencia mientras que los mayores de 75 años (> 75) con E de potencia moderada. Nuestro objetivo fue evaluar el tratamiento hipolipemiante al alta en pacientes con SCA.

Métodos: Estudiamos retrospectivamente 856 pacientes dados de alta consecutivamente con el diagnóstico de SCA: 506 (59,1%) con elevación del ST y 350 (40,7%) 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 un seguimiento clínico durante 12 meses tras el alta.

Resultados: En 830 pacientes (97%) se indicó tratamiento con E (10 pacientes en combinación con ezetimibe y 18 en combinación con fenofibrato), en 3 pacientes (0,4%) ezetimibe y en 2 (0,2%) fenofibrato. Entre los pacientes con E, en 570 (68,7%) fueron de alta potencia, 247 (29,8%) de moderada y en 13 (1,6%) de baja. El porcentaje de utilización de E de alta potencia entre los > 75 y < 75 fueron 65,2% y 69,0%, respectivamente. La E de alta potencia se asoció a mayor reducción de cLDL y mayor porcentaje de consecución de objetivos terapéuticos. La incidencia de infarto e ictus fue mayor entre los pacientes con E de baja potencia (tabla). Las únicas variables relacionadas de forma independiente con la incidencia de infarto o ictus fueron la DM (OR: 2,3; p = 0,006) y la utilización de E de baja potencia (OR: 7,0; p = 0,002).

Características según potencia de la estatina al alta				
	Alta potencia (N = 570)	Moderada potencia (N = 247)	Baja potencia (N = 13)	p
cLDL basal	99,6 [76,2 a 123,6]	93,5 [72,7 a 117,2]	71,0 [63,4 a 121,0]	0,047
Aumento cHDL (%)	5,1 [-9,7 a 22,5]	11,1 [-7,0 a 29,3]	12,0 [-2,0 a 25,8]	0,022
Reducción TG (%)	13,6 [-15,2 a 33,3]	11,0 [-15,0 a 34,0]	-5,0 [-15,3 a 2,8]	0,108

Reducción cLDL (%)	27,9 [5,9 a 44,5]	17,2 [-1,2 a 38,3]	-1,0 [-15,5 a 22,6]	0,001
Objetivo cLDL	287 (50,4%)	94 (38,1%)	2 (15,4%)	0,002
Infarto	24 (4,2%)	11 (4,5%)	2 (15,4%)	0,165
Íctus	10 (1,8%)	3 (1,2%)	2 (15,4%)	0,025

Discusión: Nuestro estudio pone de manifiesto la falta de cumplimiento con los objetivos terapéuticos y las recomendaciones actuales de prescripción de E de alta potencia marcados por las guías en pacientes con SCA. El porcentaje de reducción de cLDL fue mucho menor de lo teóricamente esperado según la potencia de las E.

Conclusiones: Encontramos una infrutilización 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.