

Efectos a largo plazo de un programa personalizado de optimización del tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo sobre el colesterol remanente

Juan Fernández Samper(1), Javier Herrera Flores(1), José López Aguilera(1) y Manuel Anguita Sánchez(1) de (1)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba - España

Introducción: Un porcentaje considerable de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) ocurre en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que alcanzan los niveles objetivo de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Esto ha derivado en el interés hacia otras fracciones lipídicas, como el colesterol remanente (CR). Se ha sugerido que niveles de CR en ayuno <30 mg/dl podrían asociarse a una menor incidencia de MACE. El objetivo fue evaluar los resultados de un programa personalizado de riesgo cardiovascular residual y la asociación entre los niveles de CR en ayuno a los 2 años del alta tras un SCA con la aparición de MACE.

Métodos: Entre enero y diciembre de 2023, se incluyeron consecutivamente 357 pacientes dados de alta tras un SCA en el servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel. Se siguieron periódicamente en una consulta virtual durante 2 años (al mes, 6, 12 y 24 meses) para reevaluar el perfil lipídico y analizar la incidencia de nuevos MACE (compuesto de muerte por todas las causas, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardiaca, reingreso por angina inestable o revascularización no planificada) en función de los niveles de CR.

Resultados: Tras 24 meses de seguimiento, se observó una reducción significativa en la mayoría de las fracciones lipídicas, con excepción del colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL) y de la apolipoproteína A1 (ApoA1). Un 81% (n=286) de los pacientes alcanzaron el objetivo de CR <30 mg/dl, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (87% frente a 82,5%; p=0,307). En el seguimiento, 39 pacientes experimentaron MACE. No se observó una menor incidencia estadísticamente significativa de MACE en aquellos que alcanzaron el objetivo de CR. Mediante regresión logística, solo el antecedente de hipertrigliceridemia se identificó como predictor de no alcanzar el objetivo recomendado de CR a los 2 años de seguimiento (odds ratio [OR]: 1,1; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,29-1,35; p<0,001).

Conclusiones: En nuestra cohorte, a pesar de que el control del CR fue adecuado en el 80% de los casos a los 2 años de seguimiento, la incidencia de MACE fue considerablemente alta. Si bien los pacientes que desarrollaron MACE presentaron niveles de CR más elevados (CR > 30 mg/dl), esta asociación no fue estadísticamente significativa.

	Mujeres (n= 73)	Varones (n= 252)	*P*
Características clínicas			
Edad, años	70,8 ± 11,8	64,8 ± 12,6	**0,002**
Hipertensión arterial, n (%)	25 (34,3)	165 (65,5)	0,492
Hipercolesterolemia, n (%)	40(54,8)	117 (46,5)	0,254
Historia previa de tabaquismo, n (%)	23 (31,7)	153(60,7)	**<0,001**
Diabetes, n (%)	26 (35,9)	93 (36,8)	0,841
Hipertrigliceridemia, n (%)	3 (4,1)	17(6,7)	0,303
Presentación clínica del SCA			
IAMCEST, n (%)	30 (41,1)	83 (32,9)	0,282
IAMSEST, n (%)	27 (37)	84 (33,3)	0,585
Angina inestable, n (%)	16 (21,9)	85 (33,8)	0,264
Terapia hipolipemiante al alta			
Estatinas de alta intensidad, n (%)	73 (100)	252 (100)	0,651
Ezetimibe, n (%)	73 (100)	228 (90,5)	0,391
Ácido Bempedoico, n (%)	4 (5,5)	24 (9,5)	0,957
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	1 (1,4)	3 (1,2)	0,829
Inclisiran, n (%)	1 (0,9)	1 (0,8)	0,668
Terapia hipolipemiante en el 24º mes			
Estatinas de alta intensidad, n (%)	72 (98,6)	248 (98,4)	0,245
Ezetimibe, n (%)	73 (100)	228 (90,5)	0,391
Intolerantes a estatinas, n (%)	1 (1,4)	4 (1,6)	0,251
Ácido Bempedoico, n (%)	21 (29,2)	45 (17,9)	0,866
Anticuerpos anti-PCSK9, n (%)	5 (6,8)	20 (7,9)	0,091
Inclisiran, n (%)	3 (4,1)	3 (1,2)	0,323
Objetivo LDL-c < 55 mg/dL *, n (%)	62 (84,9)	215 (85,3)	0,750
MACE, n (%)	10 (13,7)	25 (9,9)	0,364
Muerte			
No cardiovascular, n (%)	2 (2,7)	2 (0,8)	0,684
Cardiovascular, n (%)	0	0	-
Revascularización no planeada			11 (28.2)
Infarto no fatal, n (%)			4 (10.3)
Accidente cerebrovascular agudo, n (%)			4 (10.3)
Reingreso por insuficiencia cardíaca, n (%)			8 (20.5)
Angina inestable, n (%)			12 (30.8)

Figura 1A. Características clínicas, formas de presentación del SCA y terapia hipolipemiante basal y a los 24 meses de los sujetos de la muestra. IAMCEST: infarto agudo con elevación del segmento ST. IAMSEST: infarto agudo sin elevación del segmento ST. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. PCSK9: proproteína convertasa subtilisina kexina 9

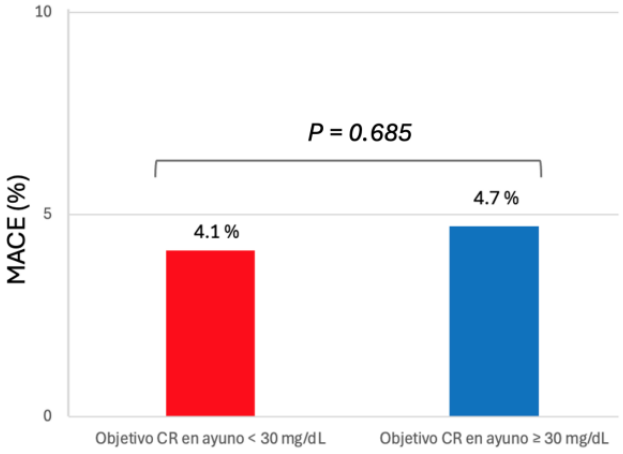


Figura 1B. Porcentaje de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) en pacientes según alcanzaron o no el objetivo de colesterol remanente en ayunas < 30 mg/dL.

Evolución del perfil lipídico y marcadores inflamatorios desde el evento basal hasta los 24 meses de seguimiento (n=357).

Variable	Basal	24 meses	p
Colesterol total (mg/dL)	162,4 ± 46,1	110,8 ± 21,6	< 0,001
HDL-C (mg/dL)	39,9 ± 11	46,4 ± 13,3	< 0,001
LDL-C (mg/dL)	94,3 ± 37,3	42,7 ± 15,3	< 0,001
Lp (a) (mg/dL)	36,2 (10-464)	31,1 (10-375)	0,788
ApoB (mg/dL)	86 ± 26,4	50,7 ± 13,6	< 0,001
ApoA1 (mg/dL)	113,8 ± 23,9	124,4 ± 25,4	< 0,001
No-HDL-C (mg/dL)	117 ± 47,9	68,2 ± 24,2	< 0,001
TG (mg/dL)	121,5 (54-631)	95 (30-296)	< 0,001
VLDL-C (mg/dL)	26 (9-293)	19 (7-53)	< 0,001
Colesterol remanente (mg/dL)	26,8 ± 14,7	19 (6-52)	< 0,001
LDL-C/ApoB	1,2 ± 0,4	0,9 ± 0,2	< 0,001
TG/HDL-C	3,8 ± 0,7	2,5 ± 0,8	< 0,001
Índice TyG	4,8 ± 0,4	4,7 ± 0,3	0,016
PCR us (mg/dL)	11,8 (0,5-143,8)	0,5 (0,1-22,7)	< 0,001

HDL-C: Colesterol de lipoproteínas de alta densidad; LDL-C: Colesterol de lipoproteínas de baja densidad; Lp (a): Lipoproteína (a); ApoB: Apolipoproteína B; ApoA1: Apolipoproteína A1; No-HDL-C: Colesterol no-HDL; TG: Triglicéridos; VLDL-C: Colesterol de lipoproteínas de muy baja densidad; TyG: Índice triglicéridos-glucosa; PCR us: Proteína C reactiva ultrasensible. Los valores se expresan como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico).