

OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL LÍPIDOS TRAS SCA: REHABILITACIÓN CARDÍACA Y HERRAMIENTA EUROPATH II

Antecedentes:

En el estudio español **REPAR** (Galve *et al*, 2016), solo el 26% de los pacientes coronarios tenían colesterol LDL <70 mg/dl.

Registro **EUROASPIRE V** (Santos *et al*, 2019): aunque el 84% de los pacientes coronarios tomaban tratamiento hipolipemiente, solo el 29% alcanzaban un colesterol LDL <70 mg/dl.

La Rehabilitación Cardíaca (RC) como intervención multidisciplinar tras un Síndrome Coronario Agudo (SCA) consigue un mejor control de los factores de riesgo cardiovasculares, incluido control lipídico, y es **indicación IA** según las Guías internacionales ESC/ACC/AHA para disminuir los eventos cardiovasculares, incluido reingresos y mortalidad cardiovascular.

Objetivos:

Mejorar los resultados del control lipídico, implementando el mismo dentro de la RC.

Métodos:

A) Adaptarnos a los estándares de calidad de RC en vía lipídica

PROGRAMA RC (2 semanas - 3 meses)

- El RC consiste en: actividades multidisciplinarias para conseguir un correcto bienestar físico, emocional y social tras un evento cardíaco, mediante un control estricto de los factores de riesgo cardiovasculares y desarrollo de un programa de ejercicio y educativo.
- **Control lipídico:** cLDL, TG, cHDL, colesterol no HDL, colesterol total, apoB (1 mes del SCA y posterior si reajustes³⁾ así como una determinada basal de Lipo(a).
- **Diagnóstico de hiperlipemias familiares:** (criterios escala Dutch + test genético). Valorar en positivos estudio en cascada.
- **Implementar dieta/ejercicio y dosis altas estatinas +/- ezetimiba +/- iPCSK9** según objetivos guías.¹⁾
- Participar en **comisiones de lípidos hospitalarias** para indicación de iPCSK9 (como unidad experta en riesgo CV).
- **Bases de datos** para control lípidos pre y post RC en función de guías.
- **Informe de alta de RC protocolizado** (remitar a médico atención primaria y cardiólogo extrahospitalario), con indicación entre otros de dieta/ejercicio y de tratamientos y objetivos para control lípidos (mg/dl): cLDL <55mg/dl, TG <150mg/dl, apoB <65mg/dl.

Tras SCA remitir a RC/captación activa.⁴

➔

Revisión presencial/virtual al año de SCA / adherencia + ajuste tratamiento.

“Iniciativa ACS-Europath para la optimización del control lipídico en el síndrome coronario agudo en España: Escenario I. Mejoras en la ruta asistencial para pacientes derivados al alta a la unidad de rehabilitación cardíaca”. José Antonio Alarcón *et al*. REC, Supl. 2022;22(A):4-6

B) Usar Herramientas autoevaluación para ayudarnos en la gestión de la vía lipídica en RC: herramienta Europath II

The screenshots show the ACS Lipid EuroPath Tool interface. The top part is the 'Página de Inicio' (Home page) with a description of the tool and navigation buttons for 'Cuestionario', 'Reporte', and 'Próximas etapas'. The middle part shows the 'Cuestionario' (Questionnaire) with questions about lipid management during the acute phase and follow-up. The bottom part shows the 'Reporte' (Report) section with a table of results and a risk assessment scale.

Sionis A, *et al*. Atheroscler Suppl. 2020 Dec;42:e65-e71.

This screenshot shows the 'Página de Inicio' of the ACS Lipid EuroPath Tool. It includes a title bar, a navigation bar with 'Cuestionario', 'Reporte', and 'Próximas etapas' buttons, and a main content area with introductory text and a list of authors.

This screenshot shows the 'Reporte Completo' of the ACS Lipid EuroPath Tool. It displays a 'Fase aguda: manejo del perfil lipídico de los pacientes con SCA durante la hospitalización' section with a bar chart comparing lipid management in the acute phase. It also includes a 'The Guidelines in ACS patients lipid management' section with a risk assessment scale and a table of results.

Sionis A, *et al*. Atheroscler Suppl. 2020 Dec;42:e65-e71.

Resultados:

2980 pacientes rehabilitados RC Hosp. Donostia (2008 -2022): Analizamos los **datos control lípidos 102 pacientes RC Hospital Donostia (Registro Europeo-ESC SURF II-control FRCV en coronarios (2020-2021)**



HOSPITAL DONOSTIA (RC 100%) RC 34%

Variable	ES05 (N=102)	Europe (N=6085)	Overall (N=7967)
Sex			
Male	87 (85.3%)	4548 (74.7%)	6073 (76.2%)
Female	15 (14.7%)	1537 (25.3%)	1884 (23.6%)
Missing	0 (0%)	0 (0%)	10 (0.1%)
Age			
Mean (SD)	58.0 (8.49)	64.5 (10.9)	63.6 (11.3)
Median [Min, Max]	58.0 [30.0, 76.0]	65.0 [18.0, 99.0]	64.0 [18.0, 99.0]
Missing	0 (0%)	673 (11%)	692 (8.7%)
Ethnic Group			
White	102 (100%)	4724 (77.6%)	4836 (60.7%)
Asian	0 (0%)	731 (12.0%)	2303 (28.9%)
Black	0 (0%)	4 (0.1%)	7 (0.1%)
Arab	0 (0%)	13 (0.2%)	196 (2.5%)
Mixed	0 (0%)	16 (0.3%)	18 (0.2%)
Other	0 (0%)	9 (0.1%)	9 (0.1%)
Missing	0 (0%)	588 (9.7%)	598 (7.5%)
CABG			
No	102 (100%)	4882 (80.2%)	6503 (81.6%)
Yes	0 (0%)	1203 (19.8%)	1454 (18.3%)
Missing	0 (0%)	0 (0%)	10 (0.1%)
PCI			
No	32 (31.4%)	1920 (31.6%)	2998 (37.6%)
Yes	70 (68.6%)	4083 (67.1%)	4877 (61.2%)
Missing	0 (0%)	82 (1.3%)	92 (1.2%)
Acute Coronary Syndrome			
No	12 (11.8%)	3423 (56.3%)	4473 (56.1%)
Yes	90 (88.2%)	2662 (43.7%)	3484 (43.7%)
Missing	0 (0%)	0 (0%)	10 (0.1%)
Stable angina pectoris			
No	90 (88.2%)	4107 (67.5%)	5457 (68.5%)
Yes	12 (11.8%)	1792 (29.4%)	2314 (29.0%)
Missing	0 (0%)	186 (3.1%)	196 (2.5%)

HOSPITAL DONOSTIA (RC 100%) RC 34%

Variable	ES05 (N=102)	Europe (N=6085)	Overall (N=7967)
Total cholesterol (mg/dl)			
Mean (SD)	122 (28.9)	161 (50.3)	158 (50.3)
Median [Min, Max]	116 [78.0, 286]	152 [48.0, 594]	150 [4.80, 594]
Missing	0 (0%)	231 (38.1%)	245 (30.3%)
LDL cholesterol (mmol/l)			
Mean (SD)	1.75 (0.701)	2.50 (1.14)	2.49 (1.17)
Median [Min, Max]	1.78 [0.233, 4.63]	2.28 [0.100, 10.1]	2.25 [0.100, 18.0]
Missing	12 (11.8%)	2006 (33%)	3501 (43.9%)
LDL cholesterol (mg/dl)			
Mean (SD)	65.1 (21.5)	90.5 (44.6)	89.2 (44.1)
Median [Min, Max]	52.5 [18.0, 138]	80.8 [3.87, 555]	80.0 [3.87, 555]
Missing	0 (0%)	1550 (25.5%)	1585 (19.9%)
HDL cholesterol (mmol/l)			
Mean (SD)	1.28 (0.781)	1.24 (1.09)	1.46 (3.51)
Median [Min, Max]	1.13 [0.569, 6.03]	1.14 [0.0251, 41.0]	1.14 [0.0251, 78.0]
Missing	7 (6.9%)	1665 (27.4%)	2590 (32.5%)
HDL cholesterol (mg/dl)			
Mean (SD)	48.7 (13.1)	45.9 (14.6)	44.9 (14.5)
Median [Min, Max]	47.5 [26.0, 90.0]	44.0 [0.970, 233]	42.9 [0.970, 233]
Missing	0 (0%)	2523 (41.5%)	2646 (33.2%)
Triglycerides (mmol/l)			
Mean (SD)	1.44 (0.646)	1.84 (7.20)	2.62 (13.2)
Median [Min, Max]	1.30 [0.395, 3.39]	1.37 [0.00756, 280]	1.37 [0.00756, 330]
Missing	4 (3.9%)	2010 (33.0%)	3472 (43.6%)
Triglycerides (mg/dl)			
Mean (SD)	98.9 (58.0)	146 (312)	145 (266)
Median [Min, Max]	82.5 [38.0, 472]	120 [0.670, 14800]	121 [0.670, 14800]
Missing	0 (0%)	1630 (26.8%)	1688 (21.2%)

European Journal of Preventive Cardiology, Volume 28, Issue Supplement_1, May 2021, zwab061.273, https://doi.org/10.1093/eurpc/zwab061.273

Conclusiones

- Es verdaderamente importante el buen control lipídico tras un SCA.
- Las Unidades de RC juegan un papel fundamental en este proceso.
- Hay que potenciar la remisión de los pacientes candidatos a estas unidades y asegurar una calidad asistencial dentro de las mismas.
- Para optimizar además el control lipídico tras SCA, creemos que instrumentos como el “EuroPath II - Herramienta de autoevaluación” podrían ser de gran utilidad.