



10. DIFERENCIA RESIDUAL EN COLESTEROL LDL COMO INDICADOR DE ADHERENCIA A CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DURANTE UN PROGRAMA AMBULATORIO DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Héctor Merenciano González¹, Víctor Marcos Garcés¹, M. Luz Martínez Mas¹, Patricia Palau Sampió¹, Josefa Inés Climent Alberola², Nerea Pérez Solé³, Laura López Bueno², M. Concepción Esteban Argente², María Valls Reig⁴, Raquel Muñoz Alcover⁴, Inmaculada Pradillas Contreras⁴, Ana Arizón Benito⁴, Alfonso Payá Rubio², Francisco Javier Chorro Gascó¹ y Vicente Bodí Peris¹

¹Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ²Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España, ³Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia-INCLIVA, Valencia, España y ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

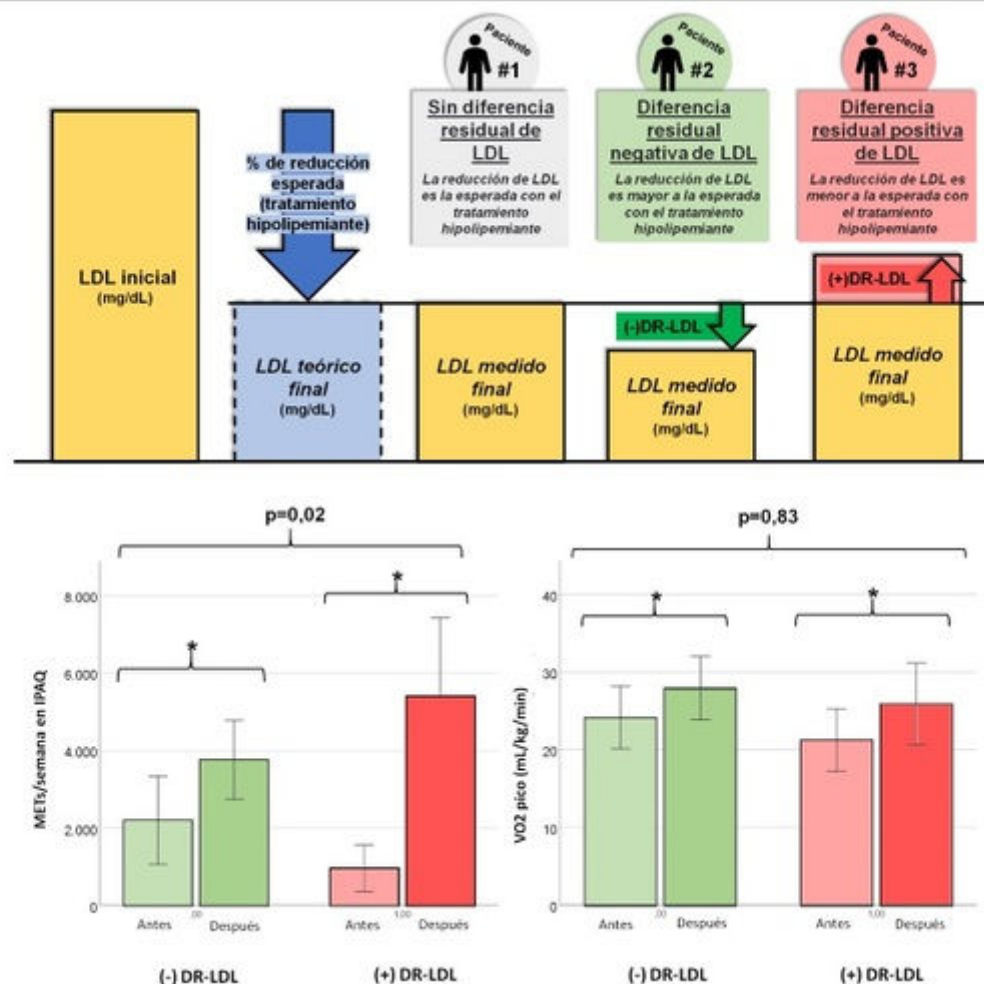
Resumen

Introducción y objetivos: Un programa de rehabilitación cardiaca ambulatorio (PRCa) puede ayudar a conseguir el objetivo recomendado de colesterol LDL tras un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST). A pesar de ello, algunos pacientes presentan una reducción subóptima de LDL, que se hipotetiza que podría ser atribuida a peor adherencia a las recomendaciones del estilo de vida.

Métodos: Estudiamos a 41 pacientes que completaron la Fase 2 de un PRCa tras un IAMEST. Se analizó el consumo pico de oxígeno (VO₂ pico) al inicio y final de la Fase 2. Se utilizaron cuestionarios para analizar la calidad de vida, adherencia a dieta mediterránea, actividad física semanal y adherencia terapéutica. Se registró el tratamiento hipolipemiante y el LDL antes del IAMEST y al inicio y final del PRCa. Al final de la Fase 2, analizamos la diferencia entre el LDL teórico (LDL antes del IAMEST menos la reducción teórica del LDL con el tratamiento hipolipemiante activo), que se definió como la diferencia residual en el LDL (DR-LDL). Se compararon los pacientes con DR-LDL positiva (reducciones inferiores a lo esperado) y con DR-LDL negativa (reducciones mayores a lo esperado).

Resultados: La edad media de la cohorte fue de 60 ± 10 años y el 82,9% eran varones. En la mayoría de los pacientes (n = 33, 80,5%) se ajustó al alza el tratamiento hipolipemiante y se consiguió un objetivo de LDL 55 mg/dl en 31 de ellos (75,6%). Un total de 25 pacientes (61%) presentó una DR-LDL negativa y 16 (39%) experimentaron una DR-LDL positiva. Los pacientes con DR-LDL positiva consiguieron un objetivo de LDL 55 mg/dl en menor proporción (50 vs 92%, p = 0,002). No se observaron diferencias en la adherencia a la dieta mediterránea o al tratamiento farmacológico prescrito. Los pacientes con DR-LDL positiva presentaron mayor mejoría en su calidad de vida (+18 ± 29 vs +2,1 ± 17,2 puntos en SF-36, p = 0,03) y mayor aumento en su actividad física semanal (+4.436 ± 4.116 vs +1.557 ± 2.267 METS/semana, p = 0,02) en comparación con los pacientes con DR-LDL negativa. El VO₂ pico aumentó en ambos grupos de forma similar (+4,64 ± 5,67 vs +3,81 ± 3,95 ml/kg/min, p = 0,83).

Diferencia residual de colesterol LDL (DR-LDL) durante un Programa de Rehabilitación Cardíaca ambulatorio



Conclusiones: Más de una tercera parte de los pacientes incluidos en el PRCa presentó una reducción de niveles de LDL inferior a lo esperado que no pudo atribuirse a una peor adherencia a la dieta mediterránea, al tratamiento farmacológico o a las recomendaciones de entrenamiento físico ambulatorio.