



6060-5. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE COLESTEROL LDL Y NOHDL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO

Pablo González Alirangues¹, Carlos García Jiménez¹, Carla Jiménez Martínez¹, Verónica Artiaga de la Barrera¹, Victoria Espejo Bares¹, Elia Pérez Fernández², Joaquín Domínguez³, Estrella Barreñada Copete³, María J. López Navas³, María Aurora Araujo Narváez³, Miguel Sánchez Velázquez¹, Enrique Cadaval Romero¹, Nuria Mayor Moreno¹, Javier Botas Rodríguez¹ y Raquel Campuzano Ruiz¹

¹Servicio de Cardiología, ²Unidad de Investigación, y ³Servicio de Rehabilitación, Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las guías europeas de dislipemias de 2019 establecen con nivel de recomendación IA un objetivo de cifra de LDLc 55 mg/dL o una reducción superior al 50% sobre el LDLc basal para pacientes de muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria. Estudios previos demuestran que estos objetivos se alcanzan menos en mujeres. En este trabajo hemos analizado el control del LDLc y no HDLc en la práctica clínica real y según el sexo.

Métodos: Se analizaron 159 pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca (RC) de nuestro centro entre septiembre de 2019 y junio de 2021. Se determinaron los niveles de LDLc (mg/dL) y noHDLc (mg/dL) al inicio y fin del programa. Los datos se recogieron de la histórica clínica, se realizó un análisis descriptivo de los mismos y como contraste de hipótesis se calculó el test de McNemar.

Resultados: De los 159 pacientes, el 85% eran varones y el 15% mujeres. El 91% había presentado revascularización coronaria percutánea por un síndrome coronario agudo (SCA) y en un 57% la indicación para RC fue por SCA con elevación del ST. Al inicio del programa, el 29% tenían un LDLc por debajo de 55 y el 28% entre 55-70. En el 45% el noHDLc era inferior a 85 y en el 20% estaba entre 85-100. El 67% estaban en tratamiento con atorvastatina 80 mg, el 17% con rosuvastatina 20 mg, un 1% con rosuvastatina 40 mg y el 39% presentaban asociación con ezetimiba. Al completar el programa, el 40% presentaba cifras de LDLc inferiores a 55 y el 37% entre 55-70. El noHDLc fue inferior a 85 en el 63%. El porcentaje de pacientes con atorvastatina 80 mg se redujo al 58% y se produjo un aumento de tratamiento con rosuvastatina 20 mg a un 24% y 40 mg al 4,6%. El 74% finalizó el programa con asociación con ezetimiba. En 3 pacientes se inició IPCSK9. Los varones comenzaron el programa con cifras medias de LDLc de 72 ± 3 y noHDLc de 96 ± 4 y finalizaron con cifras de LDL 59 ± 2 y noHDL 80 ± 2 . Las mujeres presentaban cifras medias iniciales algo más altas, con LDL de 81 ± 6 y no HDL de 99 ± 8 , consiguiendo mayor reducción hasta cifras de 62 ± 4 y 84 ± 5 al final del programa.

Mejoría del control de LDLc y noHDLc tras el programa de rehabilitación cardiaca y cifras promedio en varones y mujeres

		Inicio	Fin	
	55	29%	40%	
LDLc (mg/dl)	55-70	28%	37%	p 0,002
	> 70	43%	23%	
	85	45%	63%	
noHDLc (mg/dl)	85-100	20%	25%	p 0,001
	> 100	35%	12%	
	Varones inicio	Varones fin	Mujeres inicio	Mujeres fin
LDLc (mg/dl)	72 ± 2,9	59 ± 1,9	81 ± 6,4	62 ± 4,3
noHDLc (mg/dl)	96 ± 3,5	80 ± 2,2	99 ± 7,8	84 ± 4,8

LDLc: colesterol LDL; noHDLc: colesterol noHDL; mg/dl: miligramos/decilitro.

Conclusiones: En este estudio, la inclusión en un programa de RC optimiza el tratamiento hipolipemiente y permite incrementar el porcentaje de pacientes que alcanzan cifras objetivo de control lipídico, con cifras de LDLc y noHDLc similares en varones y mujeres al finalizar el programa.