



## 5. IMPACTO DE NUESTRO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS: MÁS ALLÁ DEL LDL

Carlos García Jiménez<sup>1</sup>, Pablo González Alirangues<sup>1</sup>, Verónica Artiaga de la Barrera<sup>1</sup>, Carla Jiménez Martínez<sup>1</sup>, Enrique Cadaval Romero<sup>1</sup>, Miguel Sánchez Velázquez<sup>1</sup>, Enrique Caballero Bautista<sup>1</sup>, Pablo Escario Gómez<sup>1</sup>, Elia Pérez Fernández<sup>2</sup>, Joaquín Domínguez Paniagua<sup>2</sup>, María J. López Navas<sup>2</sup>, Estrella Barreñada Copete<sup>1</sup>, María Aurora Araujo Narváez<sup>1</sup>, Javier Botas Rodríguez<sup>1</sup> y Raquel Campuzano Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España y <sup>2</sup>Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías europeas de dislipemias recomiendan el control estricto del LDLc para pacientes de muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria. No obstante, tanto la apolipoproteína B (ApoB) como el colesterol no HDL (noHDLc) pueden complementar la evaluación del riesgo cardiovascular. En este trabajo hemos analizado el control del LDLc, ApoB y no HDLc y el tratamiento hipolipemiente tras un programa de rehabilitación cardiaca (RC).

**Métodos:** Se obtuvo de forma retrospectiva los datos de pacientes incluidos en el programa de RC por cardiopatía isquémica en nuestro centro desde septiembre 2020 hasta diciembre de 2022. Se recogieron los niveles de LDLc, noHDLc y ApoB, así como el tratamiento hipolipemiente al inicio y fin del programa. También se recogieron los reingresos por causa cardiovascular del grupo de pacientes con LDLc, colesterol noHDL y ApoB normalizados (grupo 1: control total) y del grupo con LDLc normalizado pero colesterol noHDL y/o ApoB alterados (grupo 2: control LDL).

**Resultados:** Se incluyó un total de 296 pacientes cuyas características clínicas y demográficas se describen en la tabla 1. Al inicio del programa el 47% poseían niveles de ApoB elevados (> 65), el 53% niveles de colesterol no-HDL elevados (> 85) y el 68% niveles de LDL superiores a 55. El 59% recibían atorvastatina de alta intensidad y el 25% recibían rosuvastatina. Solo el 31% de la muestra recibía tratamiento combinado con ezetimiba. Tras finalizar el programa, el número de pacientes con tratamiento combinado aumentó hasta el 68% de forma estadísticamente significativa (p 0,001). Además se produjo una reducción estadísticamente significativa de niveles de ApoB (elevados en un 31%), niveles de noHDLc (elevados en un 24%) y niveles de LDL (elevados en un 52%). A destacar que el 17% de los pacientes con LDL 85. No se observaron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de reingresos a los 18 meses del grupo 1 con respecto al grupo 2 (figura).

Características clínicas

Variables

Valores

Edad	60 ± 11 años
Sexo n (%)	Varones 242 (82%)/Mujeres 54 (17%)
Hipertensión n (%)	150 (51%)
Dislipemia n (%)	189 (64%)
Diabetes mellitus n (%)	85 (29%)
Tabaquismo n (%)	224 (76%)
Obesidad n (%)	109 (37%)



**Conclusiones:** En este estudio, la RC consigue aumentar el tratamiento combinado con ezetimiba significativamente. Además, permite cumplir con niveles de colesterol LDL, no HDLc y ApoB objetivo en un mayor porcentaje con respecto a otros registros. La normalización de la ApoB y el no HDLc no ha conseguido una reducción de los reingresos a 18 meses.