



5024-2. REVISIÓN A MEDIO PLAZO TRAS HABER REALIZADO UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA: ¿SE MANTIENEN LOS CAMBIOS CONSEGUIDOS? ¿SON ESTOS SUFICIENTES? ¿EXISTE MARGEN DE MEJORA?

Álvaro Velasco de Andrés¹, Pablo Rodríguez Alonso¹, Ignacio Pascual Ramos¹, Celia Denche Sanz¹, Ignacio Fernández Herrero¹, Cristina Martín-Arriscado², Alberto Jiménez Lozano¹, Miguel Calderón Flores¹, Paula Jiménez Vázquez¹, Roberto Jiménez Manso¹, Sofía Capdeville¹, Víctor Villarmín Martín¹, Fernando Arribas Ynsaurriaga¹, Rocío Tello de Meneses Becerra¹ y Jorge Solís Martín¹

¹Servicio de Cardiología y ²Unidad de Investigación Clínica (imas12). Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La tasa de inclusión en programas de rehabilitación cardiaca (RC) es baja tras un síndrome coronario (SCA). La mayoría consigue grandes cambios durante las semanas que dura el programa. Sin embargo, pocos estudios valoran la persistencia o desaparición de estos a lo largo del tiempo, siendo este nuestro objetivo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 100 pacientes incluidos en programa de RC tras SCA. Se recogieron variables demográficas, clínicas, farmacológicas y analíticas en el ingreso durante el SCA y en una de las revisiones a los 18 meses. Se compararon estadísticamente los datos de cada uno de los cortes.

Resultados: La edad media fue 62 años (DE 8,5), siendo un 86% varones. En el momento del SCA 44% eran fumadores. Las comorbilidades más frecuentes eran hipertensión arterial (65%), dislipemia (60%) y diabetes mellitus tipo 2 (32%). El IMC (índice de masa corporal) inicial era 29,5 kg/m² (DE 4,2). En el momento del SCA el 52,5% tomaba estatinas, de las cuales el 66% eran de media potencia. En la revisión a los 18 meses, lo más frecuente fue tener combinaciones de alta potencia (94%). Respecto al tratamiento hipolipemiente elegido inmediatamente posterior al SCA, en el 15% de los casos era teóricamente insuficiente para el objetivo de LDL (lipoproteína de baja densidad) 55 mg/dl establecido en las guías actuales. Los cambios entre el momento del SCA y la revisión a los 18 meses sobre el hábito tabáquico, IMC y perfil lipídico se reflejan en la tabla y figura. En la revisión del perfil lipídico a los 18 meses, 16 pacientes presentan un aumento o descenso 25% en LDL. Dentro de estos, 4 habían abandonado la estatina y otros 3 de ellos no la recogían en farmacia en el mes previo y posterior de la consulta. El resto (43%), sí la recogían y en consulta no comunicaron ninguna reacción adversa. A los 18 meses, el 25% se encuentra fuera del objetivo LDL 55 mg/dl (figura).

Cambios en hábito tabáquico, IMC y en perfil lipídico entre el ingreso por síndrome coronario agudo y la revisión a medio plazo.

n = 100	Ingreso síndrome coronario agudo	Revisión 18 meses	Diferencia absoluta	Diferencia en%	Significación
Fumador (Nº)	44 (44%)	13 (13%)	-21	-44%	p = 0,018*
IMC (kg/m ²)	29,59 (26,6-32,2)	26,55 (24,9-30)	-3,04	-10,2%	p = 0,004*
Colesterol Total (CT) (mg/dl)	154 (137-180)	120 (105-133)	-34	-22%	p 0,000*
LDL (mg/dl)	88 (74-107)	53 (43-63)	-35	-39,8%	p 0,000*
HDL (mg/dl)	40 (33-48)	45 (38-52)	+5	+12,5%	p = 0,272
Triglicéridos (mg/dl)	119 (91-154)	91 (70-115)	-27	-22,7%	p 0,003*
Índice TG/HDL	2,87 (2,22-4,12)	2,06 (1,52-2,71)	0,81	-28,2%	p = 0,002*
Índice Castelli (CT/HDL)	3,95 (3,3-4,2)	2,8 (2,2-3,1)	1,15	-29,1%	p 0,000*

IMC: índice de masa corporal;
LDL: lipoproteínas de baja densidad;
HDL: lipoproteína de alta densidad;
TG: triglicéridos;
CT: colesterol total.
Los resultados se expresan como n (%) o media $\pm$ DE con intervalo de confianza al 95%.



Comparación de pacientes que se encuentran en objetivo de abandono de hábito tabáquico, descenso de IMC y control de LDL entre el ingreso por síndrome coronario agudo y la revisión a medio plazo.

Conclusiones: Los cambios en el perfil lipídico son evidentes, pero en ocasiones siguen siendo insuficientes. Los cambios en el IMC y el abandono tabáquico de los pacientes perduraron en el tiempo, pero tienen margen de mejora. Se debe planificar el tratamiento hipolipemiente pos-SCA de forma individualizada para cada paciente, con constantes reevaluaciones. La RC debe entenderse como una continuidad sobre el resto de la vida del paciente, no en un tiempo acotado.