



## 6041-299. ¿REALMENTE HEMOS MEJORADO EN EL CONTROL DEL LDL DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA? LUCES Y SOMBRAS DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA VIDA REAL, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA

José Manuel Cano Moracho<sup>1</sup>, María Luisa Giganto Arroyo<sup>1</sup>, Juan José Tellez Zaya<sup>2</sup>, Irene Bielsa García<sup>2</sup>, Begoña Martín Martínez<sup>3</sup>, Evelyn Mayordomo Fernández<sup>4</sup>, Elisa Mata Jorge<sup>3</sup>, Laura Mora Yagüe<sup>2</sup>, Laura Gallego Parra<sup>1</sup>, Silvia Jiménez Loeches<sup>1</sup>, Eloy Gómez Mariscal<sup>1</sup> y Roberto Muñoz Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, <sup>2</sup>DUE Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España, <sup>3</sup>Fisioterapia, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España y <sup>4</sup>Terapia ocupacional, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Estudios en la vida real objetivan unos bajos porcentajes (%) de control de LDL en pacientes con enfermedad cardiovascular según las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC). Se han analizado los cambios en el control del LDL en pacientes de un programa de Rehabilitación cardiaca (PRhC) siguiendo las recomendaciones de las GPC de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) a lo largo de los últimos 7 años, realizando una estimación de los pacientes que quedan fuera de objetivos, aún en condiciones ideales, y que podrían beneficiarse de fármacos hipolipemiantes inyectables (FHI).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de la base de datos histórica de pacientes con cardiopatía isquémica (CI), que completan el PRhC desde 2018 a 2024. Se excluyen pacientes no cumplidores de tratamiento (MMAS-4) o baja adherencia a la dieta mediterránea (< 9 en cuestionario PREDIMED). Se identifican 2 grupos de pacientes: uno sigue las GPC ESC de 2016 (G1), y otro las actuales (G2). Se analizan los niveles de lípidos plasmáticos al inicio y final del PRhC, y el% de pacientes con niveles de LDL controlados según GPC. Finalmente se estiman los pacientes que quedan fuera del objetivo de LDL a pesar del tratamiento optimizado, y que podrían recibir FHI según esas GPC y los ensayos clínicos.

**Resultados:** Se identificaron 814 pacientes con CI, 215 tenían mala adherencia terapéutica y 289 a la dieta (88 a ambos). Se incluyeron finalmente 398 pacientes: 87 en G1 y 311 en G2 (Tabla). Al inicio del PRhC, 51,7% de G1 y 47,3% de G2 presentaron un buen control LDL ( $p = 0,46$ ), que aumenta al 77% y 62,4% respectivamente al final ( $p < 0,0001$ ). Actualmente, se observa un menor% de pacientes con LDL controlado respecto a las GPC previas ( $p = 0,01$ ), pese a la mejoría en los niveles de LDL al final del PRhC (-11,25 mg/dl,  $p < 0,0001$ ), atribuible al mayor uso de terapia oral combinada (3,4% G1 frente a 59,5% G2,  $p < 0,0001$ ). En condiciones ideales, con las actuales GPC, un 9,64% de los pacientes con CI podrían recibir FHI.

**Perfil lipídico de los pacientes antes y después del programa de rehabilitación cardiaca**

	GPC 2016 (N = 87)				GPC 2021 (N = 311)			
Inicio	Fin	Diferencia	P	Inicio	Fin	Diferencia	P	In
<b>Colesterol</b>	142,53 ± 37,9	126,08 ± 26,95	-16,45 ± 34,39	< 0,0001	122,93 ± 31,02	111,92 ± 21,52	-11,01 ± 27,48	<
<b>LDL</b>	75,99 ± 27,34	63,07 ± 18,42	-12,92 ± 27,67	< 0,0001	61,06 ± 24,79	51,92 ± 16,2	-9,14 ± 21,9	<
<b>Rango LDL (mg/dl)</b>								
< 55 mg/dl	47,74 ± 5,99	48,3 ± 6,53			41,65 ± 9,85	42,35 ± 9,47		
55-70 mg/dl	62,36 ± 4,19	62,41 ± 4,81			63,03 ± 4,29	61,45 ± 3,91		
> 70 mg/dl	98,6 ± 21,66	88,55 ± 18,99			91,77 ± 20,43	83,24 ± 11,17		
<b>Rango LDL (n (%))</b>				0,001				<
< 55 mg/dl	23 (26,4)	33 (37,9)			147 (47,3)	194 (62,4)		
55-70 mg/dl	22 (25,3)	34 (39,1)			76 (24,4)	83 (26,7)		
> 70 mg/dl	42 (48,3)	20 (23)			88 (28,3)	34 (10,9) *		
<b>HDL</b>	41,08 ± 14,28	41,33 ± 13,08	0,25 ± 6,77	0,49	40,23 ± 10,42	41,16 ± 10,44	0,13 ± 7,18	0,
<b>TG</b>	121,63 ± 63,32	108,67 ± 49,38	-12,97 ± 50,06	0,03	110,09 ± 47,39	99,57 ± 41,16	-10,53 ± 33,14	<
<b>ApoA</b>	127,73 ± 23,89				130,7 ± 24,92			
<b>ApoB</b>	66,65 ± 21,13				63,27 ± 16,17			
<b>Lp(a)</b>	51,38 ± 49,04				59,21 ± 62,28			

\*4 de estos pacientes ya estaban con tratamiento con inyectables. Valores expresados como media  $\pm$  desviación típica, medidos en miligramos/mililitro. ApoA: apolipoproteína A; Apo B: apolipoproteína B; Lp(a): lipoproteína A; GPC: Guías de práctica clínica. GPC 2016: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81. doi:10.1093/eurheartj/ehw106. GPC 2021: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Eur Heart J. 2021;42(34):3227-37. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.

**Conclusiones:** Los pacientes remitidos a RhC presentan un modesto control de LDL, debido a una infrautilización de las terapias orales disponibles, que mejora significativamente al concluir el PRhC. Aún en condiciones ideales, un 9,64% de los pacientes podrían mejorar los niveles de LDL mediante el uso de FHI, por lo que habría que flexibilizar las condiciones de financiación de dicha terapia en estas condiciones.