



6113-8. EFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA SOBRE EL CONTROL DE LDL DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y RESULTADOS EN LA VIDA REAL

María Luisa Giganto Arroyo¹, José Manuel Cano Moracho¹, Irene Bielsa García², Juan José Tellez Zaya², Begoña Martín Martínez³, Evelyn Mayordomo Fernández⁴, Concepción Pastor Ortiz³, Alejandro Cortés Beringola¹, Pedro Martínez Losas¹, Marta Domínguez Muñoa¹, David Vaqueriza Cubillo¹ y Roberto Muñoz Aguilera¹

¹Cardiología, ²DUE Rehabilitación Cardíaca, ³Fisioterapia y ⁴Terapia Ocupacional, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los menores niveles de control de LDL marcados por las guías de práctica clínica (GPC) y la limitación de uso de fármacos hipolipemiantes inyectables (FHI) más efectivos para conseguir ese objetivo, dificultan en la vida real el control lipídico de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. Se ha analizado el control lipídico de pacientes con cardiopatía isquémica (CI) que realizan un programa de rehabilitación cardíaca (PRhC), y los cambios objetivados tras la publicación de las GPC de prevención cardiovascular de la ESC en 2021.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con CI que completan un PRhC integral entre enero 2022-diciembre 2024, para conocer el impacto del mismo sobre el control de LDL, su relación con el tratamiento hipolipemiante implementado, y analizar su evolución a lo largo del tiempo y el grado de cumplimiento de las GPC.

Resultados: Se han incluido 433 pacientes, edad media $61,9 \pm 10,6$ años, 81 (18,7%) mujeres, divididos en 3 grupos dependiendo del año de realización del PRhC: 145 pacientes en 2022, 129 en 2023 y 159 en 2024 (Tabla). En 2022, un 40% de los pacientes presentaban un buen control de LDL al inicio de PRhC, aumentando al 49,6% en 2023 y 58,5% en 2024 ($p = 0,001$); siendo del 62,1% ($p < 0,0001$), 65,9% ($p = 0,01$) y 74,8% ($p < 0,0001$), respectivamente, al final de PRhC, con una tendencia temporal significativa ($p = 0,017$). También se observa un menor nivel de LDL en el tiempo ($p = 0,01$). En cuanto a la terapia hipolipemiante, al inicio se observa una disminución progresiva del tratamiento con estatina (E) sola (66,9% en 2022, 64,3% en 2023 y 50,9% en 2024, $p = 0,009$), a favor del tratamiento combinado con ezetimiba (Ez) (30,3%, 34,9% y 41,5%). En 2024, el 5,7% de los pacientes estaban con triple terapia (E + Ez + ácido bempedoico). Al final de PRhC el 68,3%, 67,4% y 51,6% reciben E+Ez. En 2024 aumentan los pacientes que reciben triple terapia combinada (20,8%, frente a 5,4% en 2023, $p < 0,0001$). Se objetiva una menor necesidad del uso de FHI: 9%-5,4%-2,5%, respectivamente (tendencia temporal significativa, $p = 0,014$).

Perfil lipídico de los pacientes antes y después del programa de rehabilitación cardiaca por año de inclusión

	2022 (N = 145)			2023 (N = 129)			2024 (N = 159)		
Inicio	Fin	p	Inicio	Fin	p	Inicio	Fin	p	
Colesterol	123,89 ± 34,31	113,26 ± 26,6	< 0,0001	118,63 ± 25,37	116,11 ± 37,48	0,07	120,77 ± 31,07	111,39 ± 19,24	
LDL	63,13 ± 24,16	51,74 ± 19,14	< 0,0001	56,84 ± 19,96	52,09 ± 19,44	0,008	55,81 ± 24,54	48,38 ± 16,09	
Rango LDL (n (%))			< 0,0001			0,01			
< 55 mg/dl	58 (40)	90 (62,1)		64 (49,6)	85 (65,9)		93 (58,5)	119 (74,8)	
55-70 mg/dl	42 (29)	38 (26,2)		38 (29,5)	29 (22,5)		36 (22,6)	27 (17)	
> 70 mg/dl	45 (31)	17 (11,7)		27 (20,9)	15 (11,6)		30 (18,9)	13 (8,2)	
HDL	39,15 ± 10,09	39,37 ± 9,71	0,21	40,42 ± 10,87	42,82 ± 12,49	< 0,0001	41,06 ± 10,2	41,84 ± 9,73	
TG	116,45 ± 51,46	113,3 ± 51,07	0,08	107,13 ± 40,61	98,93 ± 38,53	0,002	119,58 ± 54,49	107,2 ± 45,44	
ApoA	126,16 ± 25,94			127,05 ± 24,81			138,64 ± 24,52		
ApoB	68,41 ± 19,53			62,21 ± 17,23			62,92 ± 19,38		
Lp(a)	62,87 ± 64,23			60,91 ± 59,86			59,7 ± 65,18		

Valores analíticos expresados como media ± desviación típica (en miligramos/mililitro).

ApoA: apolipoproteína A;
Apo B: apolipoproteína B;
Lp(a): lipoproteína A.

Conclusiones: El grado de control de LDL sigue siendo insuficiente. Los PRhC mejoran el control de LDL de los pacientes, en parte gracias a la optimización del tratamiento oral combinado, que podría disminuir la

necesidad del uso de FHI, lo que podría flexibilizar sus condiciones de financiación, acorde a las GPC y criterios de inclusión de ensayos clínicos.