



11. ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL RIESGO RESIDUAL LIPÍDICO EN PACIENTES CORONARIOS TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Luis René Puglla Sánchez¹, Carmen Albarrán Martín², Javier Mario Valcuenca Rosique¹, David Méndez Portuburu¹, Maruan C. Chabbar Boudet², Carmen Untoria Agustín³, Pablo Vadillo Martín¹, Davinia Chofre Moreno¹, Cristina Buisán Esporrín¹, Elena Murciano Marqués¹, María Fumanal Gracia¹, Elena Alarcía Salas¹, Julia Pilar Asensio Alonso¹, Fernando Garza Benito² y José Ramón Ruiz Arroyo¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, ²Servicio de Cardiología y Unidad de Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca. Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España y ³Servicio de Rehabilitación del Sector I. Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La implicación del LDLc en el riesgo cardiovascular es bien conocida. Sin embargo, una vez alcanzados sus objetivos en prevención secundaria, existe un porcentaje de pacientes que sigue manteniendo un alto riesgo de recurrencia de eventos cardiovasculares debido al riesgo residual lipídico proporcionado por el resto de lipoproteínas aterogénicas. Mediante el cálculo del colesterol no HDL, el estudio de partículas LDL pequeñas y densas, y los remanentes del colesterol podemos identificar dicho riesgo. Nuestro objetivo es valorar el riesgo residual lipídico en pacientes que han sufrido un SCA y analizar su variación tras completar un programa de rehabilitación cardíaca (PRC).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de SCA, remitidos a un PRC en el año 2021. Se analizó el perfil lipídico englobando col no-HDL (CT-cHDL), remanentes del colesterol (CT-cLDL-cHDL), y LDL pequeñas y densas (estimación indirecta mediante el cociente TGL/cHDL), en la analítica inicial, al alta en fase II y al año, y se realizó un análisis estadístico para valorar los cambios evolutivos a lo largo del tiempo.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes derivados al PRC. La edad media fue de $57,5 \pm 7,4$ años y el 78,3% eran varones. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución de los 3 indicadores de riesgo residual lipídico tras el PRC, tanto al alta en fase II como al año. Para el no-HDL el tamaño del efecto fue del 67% ($p < 0,01$), observando una disminución significativa de las medidas iniciales ($84,53 \pm 24,99$) tanto al alta en fase II ($73,45 \pm 19,37$), como al año (media $75,91 \pm 29,7$). Para los remanentes de colesterol el tamaño del efecto fue de un 33% ($p < 0,05$), con una reducción significativa en las medidas al inicio del programa ($19,99 \pm 11,65$) vs los valores al año ($16,95 \pm 9,98$), pero no significativa comparando con los valores al alta en fase II ($17,44 \pm 10,21$ $p = 0,16$). Para las LDL pequeñas y densas el tamaño del efecto fue del 87% ($p < 0,01$), con un descenso significativo de los valores al inicio del PRC ($2,98 \pm 1,74$) vs al alta en fase II ($2,32 \pm 1,2$) y vs al año ($2,26 \pm 2,1$).

Características basales de la población a estudio.

Característica	N = 105
Edad media (años)	57,5 ± 7,4
Sexo varón (%)	78,3
IMC	29 ± 4,8
HTA (%)	58
Diabetes mellitus (%)	22
Enfermedad renal crónica (%)	5,2
Enfermedad arterial periférica (%)	7,6
Tabaquismo (%)	83,8
Antecedentes familiares de CI (%)	46,7
Síndrome de apnea hipopnea del sueño (%)	15,2
FEVI al alta media (%)	54,5 ± 9,4
Tipo de evento	
IAMCEST (%)	56,2
IAMSEST (%)	36,2
Angina inestable (%)	7,6

IMC: índice de masa corporal, HTA: hipertensión arterial, CI: cardiopatía isquémica, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST, IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST.



Evolución del riesgo residual lipídico.

Conclusiones: Encontramos una reducción significativa de riesgo residual lipídico en pacientes que tras un SCA han completado un programa de rehabilitación cardiaca. Globalmente, la mayor reducción se encontró al alta de la fase II y persistió tras un año del evento coronario.