



## 6050-678. ¿PRESTAMOS SUFICIENTE ATENCIÓN AL COLESTEROL HDL?

Andrea Vélez Salas, Luis Alberto Martínez Marín, Adrián Rivas Pérez, Laura Rodríguez Sotelo, José María García de Veas, Francisco Javier Irazusta Córdoba, Verónica Ángela Rial Bastón, Pablo Merás Colunga, Regina Dalmau González-Galarza, Almudena Castro Conde y José Luis López-Sendón Hentschel, del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

## Resumen

**Introducción y objetivos:** Los niveles colesterol HDL (HDLc) tienen un papel fundamental en la aterosclerosis, considerándose que niveles 40 mg/dl en varones y 48 mg/dl en mujeres suponen un importante factor de riesgo cardiovascular. Mientras que existen potentes tratamientos y objetivos claros para el colesterol LDL, el control del HDLc tiene un papel más discreto en la prevención secundaria. Aunque las estatinas y fibratos podrían aumentar sus niveles, la modificación del estilo de vida y el cese del tabaco son las principales herramientas terapéuticas.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca (RC) tras un síndrome coronario agudo (SCA) entre los años 2006 y 2016. Se utilizó el perfil lipídico de la primera analítica en ayunas del ingreso y tras completar RC. El objetivo de este trabajo es analizar el perfil lipídico de los pacientes, así como la evolución de los valores de HDLc y los factores que pueden intervenir en la presencia de niveles muy bajos tras la realización de RC (HDLc 30 mg/dl).

**Resultados:** Se incluyeron 1.250 pacientes. El 63% de los varones y un 65% de las mujeres presentaba niveles de HDL de riesgo al momento del ingreso, y un 18,7% del total de pacientes presentaba niveles muy bajos (30 mg/dl). Este último grupo presentó una mayor proporción de varones (94,7%,  $p = 0,01$ ), diabetes mellitus (35,1%) y sobrepeso (79,4% con IMC  $> 25$ , perímetro abdominal medio  $102,1 \pm 11,7$ ,  $p = 0,01$ ) respecto a los pacientes con HDL  $> 30$  mg/dl. Además se observaron niveles más bajos de LDLc medio en el grupo con HDL muy bajo ( $97,55 \pm 34,4$ ,  $p = 0,01$ ), así como valores superiores de HbA1c ( $6,4 \pm 1,5$ ,  $p = 0,01$ ). En 517 pacientes (37,2%) se observó un aumento de los niveles de HDLc al finalizar RC, siendo más frecuente en mujeres (18,2%,  $p = 0,03$ ) y en los pacientes fumadores antes del programa (60,7%,  $p = 0,01$ ) de los cuáles el 79,9% consiguió mantener la abstinencia tras completar la RC.

## Resultados

	Grupo 1: HDL $\geq 30$ (N = 968)	Grupo 2: HDL 30 (N = 246)	p
Edad	$57,9 \pm 10,8$	$56,2 \pm 10,1$	0,02
Sexo (varón)	791 (81,7%)	233 (94,7%)	0,01

Hipertensión arterial	466 (48,1%)	134 (54,9%)	NS
Diabetes mellitus	220 (23%)	86 (35,1%)	0,01
Dislipemia	573 (59,4%)	158 (64,2%)	NS
Sedentarismo	478 (49,8%)	129 (52,9%)	NS
Tabaquismo activo	502 (54,6%)	139 (57,9%)	NS
Perímetro abdominal	99,1 ± 11,4	102,1 ± 11,7	0,01
IMC > 25	678 (70,5%)	193 (79,4%)	0,01
Disfunción VI	361 (37,3%)	102 (41,5%)	NS
Nº de vasos enfermos	1,8 ± 0,9	2,09 ± 0,9	0,01
Insuficiencia renal	115 (12,1%)	26 (10,7%)	NS
LDLc	114,1 ± 39,9	97,55 ± 34,4	0,01
LDLc post-RC	72 ± 24,7	67,3 ± 28,3	0,01
HbA1c	5,9 ± 1,2	6,4 ± 1,5	0,01
HbA1c post-RC	5,8 ± 0,7	5,9 ± 0,9	0,01

**Conclusiones:** El papel del HDL como factor de riesgo cardiovascular está probablemente infravalorado, apareciendo con mucha frecuencia en los pacientes con SCA. A día de hoy, su tratamiento se basa en modificar el estilo de vida, pero en muchos casos no se consigue su aumento a pesar de completar rehabilitación cardiaca. Queda por dilucidar si el HDL bajo debe considerarse únicamente como un marcador de riesgo, o si aún puede contemplarse como diana terapéutica.