



## 6060-5. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE COLESTEROL LDL Y NOHDL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO

Pablo González Alirangues<sup>1</sup>, Carlos García Jiménez<sup>1</sup>, Carla Jiménez Martínez<sup>1</sup>, Verónica Artiaga de la Barrera<sup>1</sup>, Victoria Espejo Bares<sup>1</sup>, Elia Pérez Fernández<sup>2</sup>, Joaquín Domínguez<sup>3</sup>, Estrella Barreñada Copete<sup>3</sup>, María J. López Navas<sup>3</sup>, María Aurora Araujo Narváez<sup>3</sup>, Miguel Sánchez Velázquez<sup>1</sup>, Enrique Cadaval Romero<sup>1</sup>, Nuria Mayor Moreno<sup>1</sup>, Javier Botas Rodríguez<sup>1</sup> y Raquel Campuzano Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, <sup>2</sup>Unidad de Investigación, y <sup>3</sup>Servicio de Rehabilitación, Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las guías europeas de dislipemias de 2019 establecen con nivel de recomendación IA un objetivo de cifra de LDLc 55 mg/dL o una reducción superior al 50% sobre el LDLc basal para pacientes de muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria. Estudios previos demuestran que estos objetivos se alcanzan menos en mujeres. En este trabajo hemos analizado el control del LDLc y no HDLc en la práctica clínica real y según el sexo.

**Métodos:** Se analizaron 159 pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca (RC) de nuestro centro entre septiembre de 2019 y junio de 2021. Se determinaron los niveles de LDLc (mg/dL) y noHDLc (mg/dL) al inicio y fin del programa. Los datos se recogieron de la histórica clínica, se realizó un análisis descriptivo de los mismos y como contraste de hipótesis se calculó el test de McNemar.

**Resultados:** De los 159 pacientes, el 85% eran varones y el 15% mujeres. El 91% había presentado revascularización coronaria percutánea por un síndrome coronario agudo (SCA) y en un 57% la indicación para RC fue por SCA con elevación del ST. Al inicio del programa, el 29% tenían un LDLc por debajo de 55 y el 28% entre 55-70. En el 45% el noHDLc era inferior a 85 y en el 20% estaba entre 85-100. El 67% estaban en tratamiento con atorvastatina 80 mg, el 17% con rosuvastatina 20 mg, un 1% con rosuvastatina 40 mg y el 39% presentaban asociación con ezetimiba. Al completar el programa, el 40% presentaba cifras de LDLc inferiores a 55 y el 37% entre 55-70. El noHDLc fue inferior a 85 en el 63%. El porcentaje de pacientes con atorvastatina 80 mg se redujo al 58% y se produjo un aumento de tratamiento con rosuvastatina 20 mg a un 24% y 40 mg al 4,6%. El 74% finalizó el programa con asociación con ezetimiba. En 3 pacientes se inició IPCSK9. Los varones comenzaron el programa con cifras medias de LDLc de  $72 \pm 3$  y noHDLc de  $96 \pm 4$  y finalizaron con cifras de LDL  $59 \pm 2$  y noHDL  $80 \pm 2$ . Las mujeres presentaban cifras medias iniciales algo más altas, con LDL de  $81 \pm 6$  y no HDL de  $99 \pm 8$ , consiguiendo mayor reducción hasta cifras de  $62 \pm 4$  y  $84 \pm 5$  al final del programa.

Mejoría del control de LDLc y noHDLc tras el programa de rehabilitación cardiaca y cifras promedio en varones y mujeres

		Inicio	Fin	
	55	29%	40%	
LDLc (mg/dl)	55-70	28%	37%	p 0,002
	> 70	43%	23%	
	85	45%	63%	
noHDLc (mg/dl)	85-100	20%	25%	p 0,001
	> 100	35%	12%	
	Varones inicio	Varones fin	Mujeres inicio	Mujeres fin
LDLc (mg/dl)	72 ± 2,9	59 ± 1,9	81 ± 6,4	62 ± 4,3
noHDLc (mg/dl)	96 ± 3,5	80 ± 2,2	99 ± 7,8	84 ± 4,8

LDLc: colesterol LDL; noHDLc: colesterol noHDL; mg/dl: miligramos/decilitro.

**Conclusiones:** En este estudio, la inclusión en un programa de RC optimiza el tratamiento hipolipemiente y permite incrementar el porcentaje de pacientes que alcanzan cifras objetivo de control lipídico, con cifras de LDLc y noHDLc similares en varones y mujeres al finalizar el programa.