Rev Esp Cardiol. 2024;77 (Supl 1): 943

Revista Española de Cardiología

6041-251. ESTIMACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL AL AÑO DE SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA DE REHABILITACIÓN CARDIACA, Y SU DISMINUCIÓN POTENCIAL CON LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Raúl Gascueña Rubia, Carlos de Blas, Julia Gómez Diego, Belén Jiménez Azzaoui, Rocío Ruesgas Escario, Teresa Morales y María Molina Villar

Servicio de Cardiología. Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: ¿Cuánto reducimos el riesgo residual con un programa de rehabilitación cardiaca tras un síndrome coronario agudo? ¿Cuánto queda por hacer? ¿Qué impacto tendría un umbral más bajo de colesterol para el uso de hipolipemiantes más potentes sobre el riesgo residual?

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y bioquímicos basales y al año, de los pacientes remitidos a una consulta de rehabilitación cardiaca tras un síndrome coronario agudo. Los cambios en el riesgo residual combinado de sufrir un infarto de miocardio, ictus, y muerte cardiovascular, y su modificación bien con la optimización del tratamiento en pacientes con control lipídico subóptimo, o bien con el uso de inhibidores de PCSK9 (iPCSK9) en aquellos con un colesterol LDL (LDLc) > 70 mg/dl, se estimaron usando el modelo SMART-REACH. Los datos se analizaron mediante los test de Wilcoxon y McNemar para muestras pareadas.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes consecutivos (edad mediana 63,5 años, 80,5% hombres). El 90,8% recibía estatinas de alta intensidad. Al año, se dobló el uso de ezetimiba (77,1%). Solo un 5% recibió iPCSK9, y el uso de colchicina fue residual. La presión arterial y el perfil lipídico mejoraron al año, sin cambios en la HbA1c. El riesgo residual absoluto a 10 años y de por vida se redujeron en un 4,8% (IC95% 3,6-5,9) y 6% (IC95% 4,5-7,5) respectivamente (p 55 mg/dl con un tratamiento hipolipemiante subóptimo en el 29,8% de los pacientes: la optimización a una dosis más alta de rosuvastatina/atorvastatina más ezetimiba disminuiría el riesgo absoluto a 10 años y de por vida en un 7,2% (IC95% 4,9-9,4) y 9,9% (IC95% 6,4-13,5%) respectivamente (p 70 mg/dl tras dosis máxima de rosuvastatina/atorvastatina + ezetimiba en el 13,7% de los pacientes: el uso de iPCSK9 en este grupo reduciría el riesgo a 10 años y de por vida adicionalmente en un 5,4% (IC95% 2,4-7,6; p = 0,018) y un 7% (IC95% 3,8-10,1).

Reducción de riesgo residual conseguida, y reducción estimada tras la optimización del tratamiento

Riesgo residual de infarto/ictus/muerte cardiovascular (n = 262)	**Basal**	**Al año (DE)**	**Cambio**	**p**	**NNT (IC95%)**
Media (DE)	**Media (IC95%)**				
Riesgo a 10 años	31,4 (12,4)	26,6(13,2)	-4,8 (-5,9-3,6)	0,001	25 (20-29)
Riesgo de por vida	56,7 (10,5)	50,6 (14,9)	-6 (-7,5 - -4,5)	0,001	22 (15-30)
Pacientes con LDLc > 55 mg/dl y tratamiento subóptimo					
n = 78 (29,8%)	**Al año**	**Optimización**	**Cambio**	**p**	**NNT (IC95%)**
Media (IC95%)					
Riesgo a 10 años	29,8 (13,7)	22,6 (18,7)	-7,2 (-9,4 - -4,9)	0,001	20 (14-27)
Riesgo de por vida	50,4 (27,7)	40,5 (15,6)	-9,9 (-13,5 - -6,4)	0,001	18 (12-24)
IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; NNT: número de tratamientos necesario.					

Conclusiones: Los programas de rehabilitación cardiaca reducen el riesgo al año de un evento coronario agudo. Pero el riesgo residual permanece muy alto, y una alta proporción de pacientes no alcanzan los objetivos de control lipídico y reciben un tratamiento subóptimo. La optimización del tratamiento hipolipemiante, y la utilización de hipolipemiantes más potentes con un umbral de LDLc más bajo al actualmente permitido, tendría un impacto significativo sobre el riesgo residual.