

Raúl Gascuña, Carlos de Blas, Julia Gómez Diego,
Belén Jiménez Azzaoui, Rocío Ruesgas, Teresa
Morales, María Molina, Carolina Novo
Hospital Universitario Severo Ochoa

ESTIMACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL AL AÑO DE SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA DE REHABILITACIÓN CARDIACA, Y SU DISMINUCIÓN POTENCIAL CON EL TRATAMIENTO

Introducción

¿Cuánto disminuimos realmente el riesgo residual tras un evento coronario agudo en las Consultas específicas de Rehabilitación cardíaca? ¿Cuánto nos queda por hacer? ¿Qué repercusión tendría sobre el riesgo residual la utilización de hipolipemiantes más potentes con un umbral más bajo de colesterol LDL?

El modelo SMART-REACH estima el riesgo residual a 10 años y de por vida tras un evento vascular, basado en el perfil de riesgo individual, y los tratamientos administrados. Dicho modelo se desarrolló a partir de 14.259 pacientes cardiovasculares de Europa Occidental del registro REACH, y fue validado externamente en 19.170 pacientes norteamericanos del registro REACH, y 6.959 pacientes de los Países Bajos del estudio SMART. Su calculadora es de acceso libre en la dirección <https://u-prevent.com/calculators/smartReach>.

Población y métodos

- Análisis retrospectivo (n=262) durante 1 año en la Consulta de Rehabilitación/Cardiopatía isquémica de un hospital secundario tras un Síndrome coronario agudo (SCA) ocurrido entre enero de 2018 y octubre de 2022.
- Se calculó la expectativa mediana de vida sin ictus/IAM y el riesgo de ictus/IAM/muerte cardiovascular a 10 años y de por vida. Se estimaron los años de vida libres de eventos ganados y la reducción de riesgo obtenida usando la calculadora SMART-REACH.
- En los pacientes con tratamiento subóptimo o colesterol LDL > 70 mg/dl, se estimó la reducción de riesgo adicional que se conseguiría con tratamiento óptimo (40 mg de Rosuvastatina/80 mg de atorvastatina + ezetimiba 10 mg) o inhibidores PCSK9, respectivamente.
- Se analizaron los cambios obtenidos en el perfil lipídico, TA, HbA1c e índice Triglicéridos-Glucosa y se compararon mediante los test de Wilcoxon y McNemar para datos emparejados.

Resultados

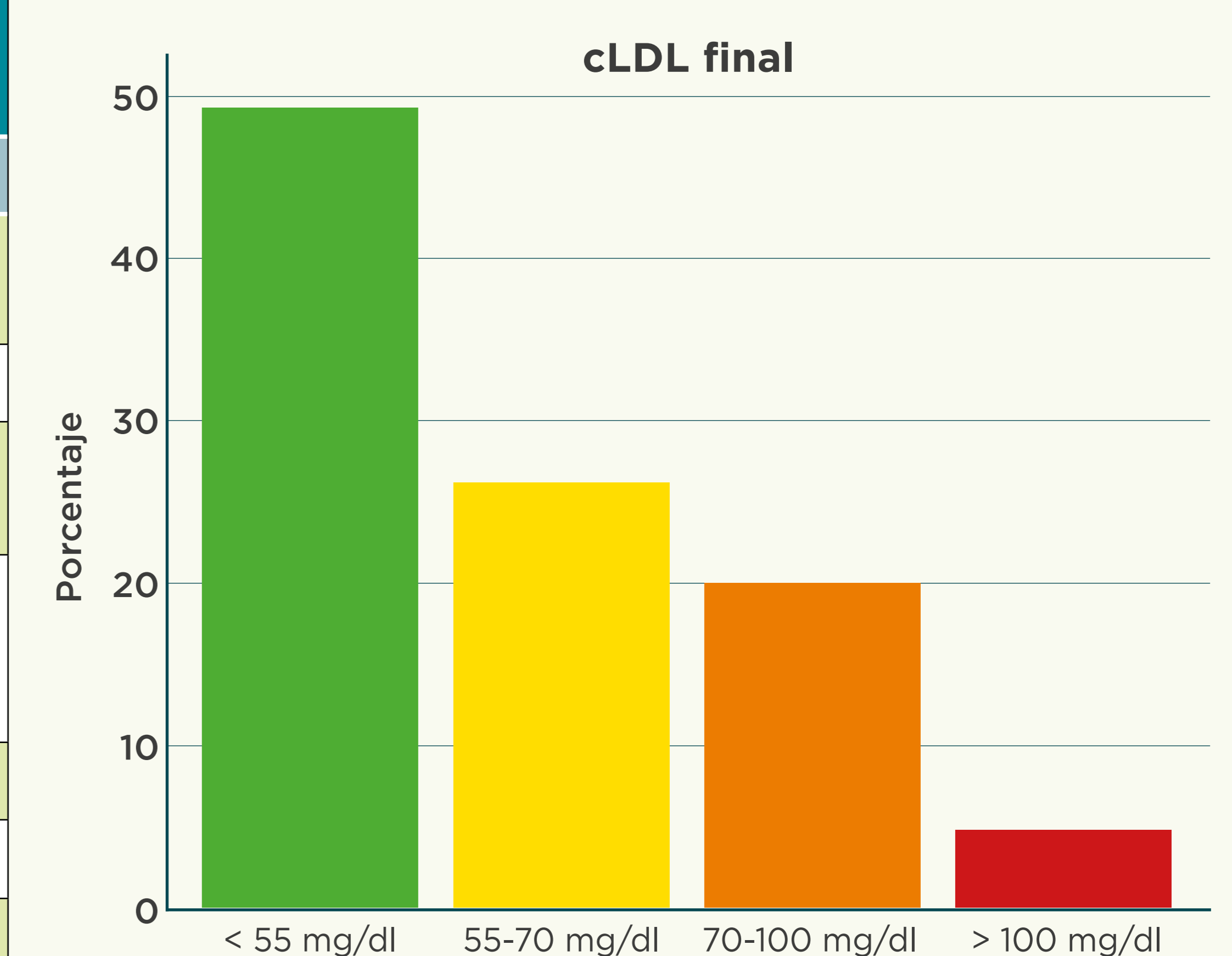
- La edad media fue de 63,5 años, predominando los hombres (80,5%) y el SCACEST (41,7%). La mayoría presentaba uno o dos vasos enfermos y recibió un stent (89,3%). El 6,5% tenía afectación polivascular. Dos tercios eran hipertensos, 28% diabéticos y el 83% tenía sobrepeso u obesidad.
- El 78,6% recibió rehabilitación (inicialmente coincidió con la pandemia COVID), el 16,8% de forma presencial y el 61,8% ambulatoria.
- El porcentaje de tratamiento de estatinas de alta intensidad era muy alto (90,8%). Se aumentó a más del doble el uso de ezetimiba (77,1%), iSLGT2 (26%) y análogos del Glucagón (5%). No así los fibratos (4,6%) ni la colchicina, que apenas se usó. El uso de inhibidores del receptor PCSK9 (iPCSK9) llegó sólo al 5%.
- Un 26% dejó de fumar (al año) y se intensificó el tratamiento hipotensor en más de la mitad.
- No estaban disponibles el ácido bempedoico ni el icosapento de etilo.
- Se redujeron todos los parámetros lipídicos salvo el cHDL, así como el índice Triglicéridos-Glucosa, y la TA sistólica. No se redujo la HbA1c.
- No obstante, un porcentaje importante de pacientes presentaban un control subóptimo de los FRCV.

	Inicio (DS)	Final (DS)	Medida del cambio Diferencia (IC95%)	Valor P
Colesterol total (mg/dl)	136 (29,5)	127 (32,7)	-9 (-1,4 - -4,6)	<0,001
LDL-colesterol (mg/dl)	68 (27,4)	59 (23,8)	-9 (-12,7 - -5,1)	<0,001
HDL-colesterol (mg/dl)	45 (11,4)	45 (11,1)	-0,2 (-1,3 - 1,0)	0,637
Triglicéridos (mg/dl)	124 (69,4)	115 (60,3)	-9 (-16 - -3)	0,001
Ratio Triglicéridos/cHDL	3,06 (2,2)	2,80 (1,9)	-0,26 (-0,45 - -0,7)	0,004
Ratio cLDL/cHDL	2,8 (0,7)	1,6 (1,8)	1,2 (0,97 - 1,4)	<0,001
Ratio Colesterol total/HDL	3,16 (0,98)	2,97(0,99)	-0,2 (-0,3 - -0,1)	<0,001
Índice Triglicéridos-Glucosa	4,70 (0,28)	4,65 (0,30)	-0,05 (-0,08 - -0,02)	<0,001
HbA1c (%)	6,39 (3,7)	6,37 (3,5)	-0,02 (-0,6 - 0,6)	0,755
Creatinina (mg/dl)	1 (0,31)	1 (0,32)	-0,0003 (-0,02 - 0,02)	0,83
TA sistólica (mmHg)	132 (19,4)	128 (19,1)	-4 (-7 - -1)	0,002

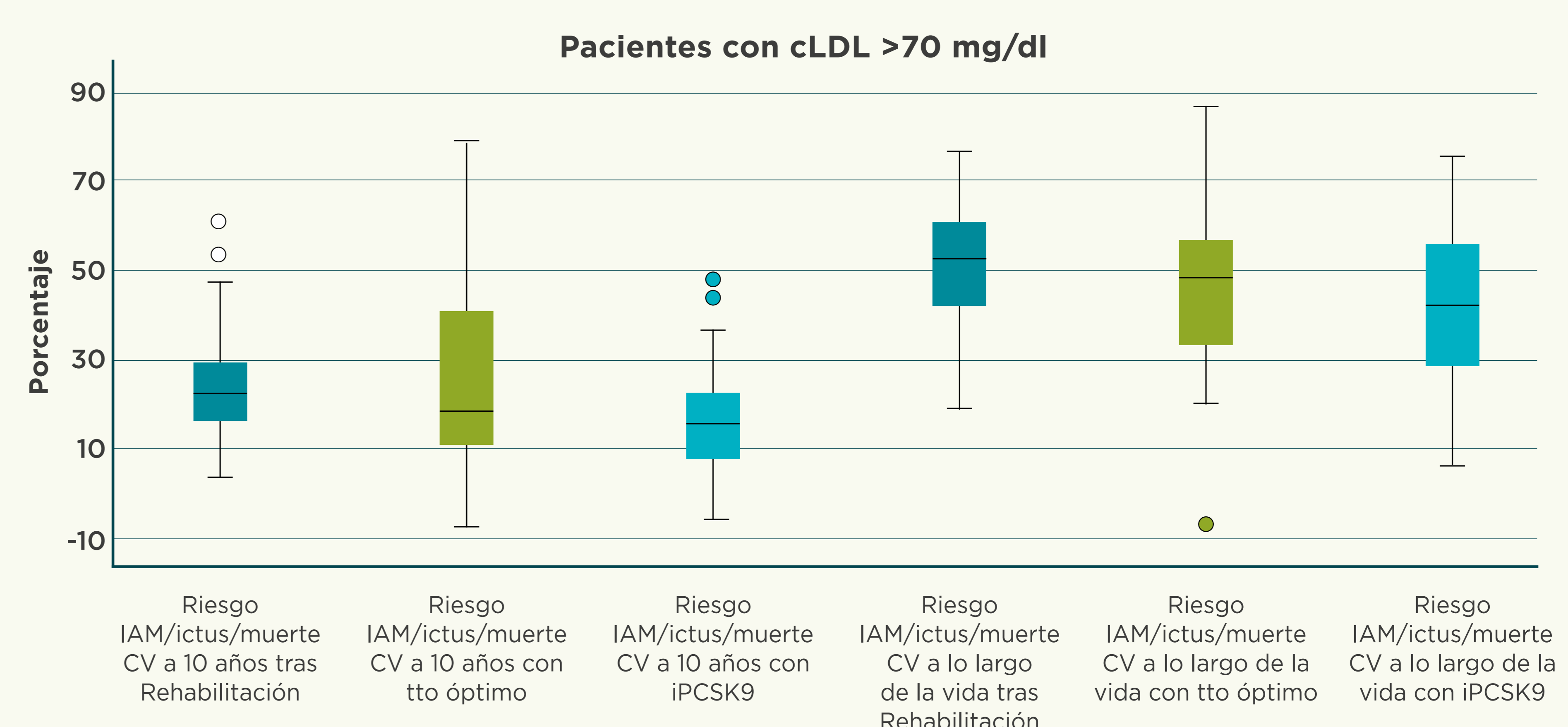
- Esto se tradujo en una disminución del riesgo combinado de IAM, ictus y muerte cardiovascular tanto a 10 años como durante toda la vida. La optimización del tratamiento conseguiría una reducción adicional del riesgo del 7% y 10% respectivamente.

Riesgo residual tras 1 año de consulta de Rehabilitación (n=262)	Inicio Reh (DS)	Final Reh (DS)	Medida del cambio Diferencia (IC95%)	P	NNT (IC95%)
Md edad sin IAM/ictus	77,2 (7,0)	78,6 (6,9)	1,4 (0,9 - 1,9)	<0,001	-
Riesgo a 10 años IAM/ictus/Muerte CV	31,4 (12,4)	26,6 (13,2)	-4,8 (-5,9 - 3,6)	<0,001	25 (20-29)
Riesgo de por vida IAM/ictus/Muerte CV	56,7 (10,5)	50,6 (14,9)	-6 (-7,5 - -4,5)	<0,001	22 (15-30)
Efecto de optimización en pacientes con cLDL ≥ 55 mg/dl y tto subóptimo					
n= 78 (29,8%)	Final Reh	Tto. óptimo			
Riesgo a 10 años IAM/ictus/Muerte CV	29,8 (13,7)	22,6 (18,7)	-7,2 (-9,4 - -4,9)	<0,001	20 (14-27)
Riesgo de por vida IAM/ictus/Muerte CV	50,4 (27,7)	40,5 (15,6)	-9,9 (-13,5 - -6,4)	<0,001	18 (12-24)

Parámetros persistentemente elevados tras 1 año de Consulta Rehabilitación	
	n (%)
TAS > 140 mmHg	72 (28 %)
TAS 130 -140 mmHg	56 (21,8%)
HbA1c ≥ 7%	36 (14,2%)
Triglicéridos ≥ 150 mg/dl	61 (23,3%)
cLDL ≥ 100 mg/dl	12 (4,6%)
70-100 mg/dl	52 (19,8%)
55-70 mg/dl	69 (26,3%)
TyG > 4,99	173 (66,3%)
Ratio TGC/cHDL ≥ 6	17 (6,6%)
Ratio cLDL/cHDL ≥ 5	30 (11,6 %)
Ratio Colesterol/cHDL ≥ 5	12 (4,6%)



- En los 36 pacientes (13,7%) con cLDL > 70 mg/dl y tratamiento óptimo (en los cuales no se visa la prescripción de iPCSK9), se conseguiría una reducción de riesgo de 6,6% a 10 años (NNT=25) y 11% de por vida (NNT=17). La reducción de riesgo es mayor con iPCSK9 que la obtenida con tratamiento máximo de estatinas/ezetimiba: 5,4% (2,4-7,6;p=0,018) a 10 años y 7% (3,8-10,1) a lo largo de la vida (p=0,018).



Conclusiones

- Las consultas de rehabilitación cardíaca consiguen una importante reducción del riesgo cardiovascular residual, que no obstante permanece elevado.
- Un porcentaje significativo de pacientes no alcanza el objetivo recomendado de control de factores de riesgo cardiovascular, en parte por un tratamiento submáximo.
- La utilización de iPCSK9 con un umbral más bajo posibilitaría una reducción adicional del riesgo cardiovascular residual, acorde con la evidencia previa.
- El cálculo individualizado del riesgo residual con calculadoras como el SMART-REACH permitiría escoger la mejor estrategia de tratamiento y una mayor utilización de los fármacos que reducen el riesgo residual tras un evento cardiovascular.