

Factores asociados al control de LDL en prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo: impacto del género, tratamiento farmacológico y rehabilitación cardíaca en la vida real

Cristina Tapia Ballesteros(1), María Pérez Díaz(1), Raúl López Izquierdo(2), Teresa Miriam Pérez Sanz(1), Ignacio Hernández González(1), Ernesto del Amo Hernández(1), Sara Rioja Abad(1), Laia Ventura Solsona(1), Ramón Andión Ogando(1) y Juan Carlos Muñoz San José(1) de (1)Servicio de Cardiología y (2)Servicio de Urgencias. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España

Introducción: Las guías europeas recomiendan alcanzar un colesterol LDL ?55 mg/dl tras un síndrome coronario agudo (SCA), aunque una proporción relevante de pacientes no logra este objetivo. En este estudio se evaluaron los predictores de alcanzar LDL ?55 mg/dl en el seguimiento tras un SCA, con especial atención a diferencias por sexo, intensidad del tratamiento hipolipemiante, uso de ezetimiba, rehabilitación cardiaca y respuesta inmunoinflamatoria basal.

Métodos: Estudio observacional que incluyó 201 pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel durante 2022 con seguimiento analítico en 2025. Se compararon pacientes con LDL ?55 mg/dl frente a >55 mg/dl mediante análisis bivariado (chi-cuadrado y pruebas no paramétricas). Posteriormente se realizó regresión logística multivariante para identificar predictores independientes de alcanzar el objetivo lipídico, incluyendo edad, sexo, LDL basal, estatina de alta intensidad, ezetimiba, rehabilitación cardíaca y marcadores analíticos inmunoinflamatorios.

Resultados: El 59,7% de los pacientes alcanzó LDL ?55 mg/dL. Los que lograron el objetivo eran más jóvenes (63,5 vs 67 años; p=0,024) y hubo una menor proporción de mujeres (19,2% vs 35,8%; p=0,013). Los hombres recibieron más frecuentemente estatinas de alta intensidad (79,2% vs 63,5%; p=0,028), ezetimiba al alta (43,0% vs 25,0%; p=0,021) y rehabilitación cardíaca (67,8% vs 46,2%; p=0,006). En el análisis multivariante la estatina de alta intensidad (OR 2,9; p<0,001), el uso de ezetimiba (OR 2,1; p=0,004), la rehabilitación cardíaca (OR 2,7; p<0,001) y la menor edad (OR 0,97 por año; p=0,03) fueron predictores independientes de alcanzar LDL objetivo. El sexo femenino perdió significación tras el ajuste multivariante (OR 0,78; p=0,18), sugiriendo que la diferencia observada inicialmente estuvo mediada principalmente por menor intensificación terapéutica. No se observaron asociaciones independientes con biomarcadores inflamatorios basales ni enfermedad autoinmune.

Conclusiones: En esta cohorte, el 40% de los pacientes no alcanzaron el objetivo recomendado de LDL tras un SCA. La consecución de LDL ?55 mg/dL dependió fundamentalmente de una estrategia de prevención secundaria

intensiva: estatinas de alta intensidad, ezetimiba y rehabilitación cardíaca. El sexo femenino no fue un predictor independiente, sin embargo las mujeres presentaron menor consecución de objetivos en el análisis inicial. Esta diferencia parece explicarse por menor intensificación terapéutica y menor acceso a rehabilitación cardíaca, lo que pone de manifiesto una brecha asistencial potencialmente corregible, pese a la percepción de equidad asistencial que tenemos en nuestro medio.

Predictores de consecución de LDL ≤55 mg/dL en seguimiento tras SCA.

Variable	LDL ≤ 55 mg/dL (n= 120)	LDL >55 mg/dL (n= 81)	p bivariado	Regresión logística multivariante
Edad (años)	63,5 (54,8-75.3)	67,0 (59–78)	0,024	OR 0,97 por año; p=0,03
Sexo femenino (%)	19,2%	35,8%	0,013	OR 0,78; p = 0,18
Enfermedad autoinmune (%)	8,3%	12,3%	0,472	No significativo
SCACEST (%)	50,8%	49,4%	0,886	No significativo
FEVI <50%	15%	14,8%	1,000	No significativo
HTA (%)	61,7%	67,9%	0,388	No significativo
DM2 (%)	25%	29,6%	0,487	No significativo
Dislipemia (%)	60%	60,5%	0,947	No significativo
Estatina de alta intensidad (%)	67,5%	36%	<0,001	OR 2,9; p<0,001
Ezetimiba al alta (%)	48,3%	23,5%	0,001	OR 2,1; p= 0,004
Rehabilitación cardíaca (%)	71,2%	40,8%	<0,001	OR 2,7; p<0,001
NLR	3,42 (2,18-5,88)	3,89 (2,41-6,42)	0,318	No significativo
SII	702000 (448000-1180000)	756000 (470000-1245000)	0,441	No significativo
LMR	2,64 (1,82-3,72)	2,51 (1,75-3,41)	0,529	No significativo
LDL basal (mg/dL)	92 (69-121)	95 (72-126)	0,412	No significativo
HDL basal (mg/dL)	44 (37-52)	43 (35-50)	0,521	No significativo
Triglicéridos basal (mg/dL)	118 (93-154)	126 (97-164)	0,337	No significativo
IMC (kg/m²)	26,9 (24,4-29,8)	27,4 (24,9-30,4)	0,418	No significativo

SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación ST; FEVI: función de eyección ventricular izquierda; HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes tipo 2; NRL: índice neutrófilos/linfocitos; SII: índice inflamación sistémica; LMR: índice linfocitos/monocitos; IMC: índice de masa corporal.