

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

33º Congreso de la Sociedad Canaria de Cardiología

9 y 10 de abril de 2021

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

564/2. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA ATEROGÉNICA EN LA ZONA NORTE DE LA ISLA DE TENERIFE

Patricia Rodríguez Fortúnez¹, José Antonio Navarro González², Pilar Garrido Martín³, Consuelo Rodríguez Jiménez¹, Paula Masiero Aparicio¹, Paloma Díaz Pérez¹, Miguel Ángel Pico Picos², Candelaria Grillo Grillo¹, Andrés Orellana Mobilli¹ y Carmen Velázquez Perello¹

¹Servicio de Farmacología Clínica, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España. ³Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La dislipemia aterogénica (DA) es una alteración lipídica y lipoproteica que combina los siguientes parámetros: colesterol HDL (cHDL) bajo, triglicéridos (TG) elevados y alta proporción de partículas de colesterol LDL pequeñas y densas. Esta tríada se asocia con un incremento en el riesgo cardiovascular y, por tanto, es un posible factor contribuyente a la tasa de morbilidad por causas cardiovasculares.

Métodos: Estudio exploratorio, epidemiológico y transversal, realizado en pacientes mayores de edad que están en seguimiento clínico en el área norte de la isla de Tenerife. Este estudio está aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Resultados: Se analizaron datos correspondientes a 119.239 pacientes que acudieron a consulta a lo largo de todo el año 2019. El 40,4% eran hombres y tenían una edad media de $53 \pm 17,6$ años. El 80,73% de los pacientes procedían de centros de salud del área norte de la isla y el resto procedían de distintos servicios clínicos del HUC. La prevalencia de DA ascendió al 11,27%, siendo más elevada en mujeres que en hombres (el 14,18 frente al 9,30%). Los valores medios de colesterol total fueron $255,6 \pm 37,91$ mg/dl; cLDL: $140,9 \pm 31,14$ mg/dl; cHDL: $36,13 \pm 5,12$ mg/dl; TG: $268,3 \pm 170,32$ mg/dl; c-no-HDL: $189,5 \pm 37,56$ mg/dl; HbA1c: $6,5 \pm 1,62\%$; ApoB: $106,2 \pm 18,99$ mg/dl, y ApoA1: $130,3 \pm 17,32$ mg/dl.

Conclusiones: La DA se asocia con un incremento en el riesgo cardiovascular y su prevalencia es relevante en nuestro medio. Por este motivo, es importante seguir concienciando de la importancia de su detección precoz y manejo terapéutico.

564/4. PROTOCOLO DE ALTA PRECOZ DE LOS PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sara Hernández Castellano, Virginia Ramos Reyes, Luis Álvarez Acosta, Diego Valdivia Miranda, Virginia Barreto Cáceres, Nerea Torres González y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: Con motivo de la pandemia por SARS-CoV-2 se inició en nuestro centro un protocolo de alta precoz para que los pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios de electrofisiología no pasaran la noche en el hospital. Este estudio pretende determinar el cumplimiento del protocolo y definir si el alta precoz conllevó más complicaciones.

Métodos: Se registraron los procedimientos ambulatorios de electrofisiología que previamente requerían ingreso realizados entre el 13 de marzo y el 31 de diciembre de 2021. Se excluyeron los procedimientos de crioblación y aquellos en los que se realizaba punción arterial.

Resultados: 149 procedimientos fueron aptos para un alta precoz ($n = 149$); 66 fueron procedimientos relacionados con dispositivos, y 83 con estudios electrofisiológicos (EEF). De los 66 dispositivos, 51 pacientes (77,27%) recibieron un alta precoz y 15 pacientes (22,73%), no: 1 por sospecha de neumotórax, otro por insuficiencia cardíaca y 6 por procedencia de isla menor. 7 pacientes no se fueron de alta por otros motivos no justificados clínicamente. Con respecto a los EEF, 72 pacientes (86,75%) recibieron un alta precoz y 11 (13,25%) no: 4 por necesidad de monitorización tras el procedimiento, 1 por complicación vascular y 6 pacientes no se fueron de alta por otros motivos no justificados clínicamente. No hubo complicaciones posteriores ni reingresos.

Conclusiones: El alta precoz en procedimientos simples de electrofisiología no conlleva más complicaciones que el alta a las 24 h. Este proceder supone un ahorro económico para el hospital.

564/5. COMPARACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN GRUPO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICO Y AGUDO PERTENECIENTE AL ÁREA DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Virginia Ramos Reyes, Sara Hernández Castellano, Luis Álvarez Acosta, Raquel Pimienta González, Nerea Torres González, Virginia Barreto Cáceres y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es una patología muy frecuente en la población. Existe una elevada prevalencia de síndrome metabólico en la población canaria adulta. Se analizó la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásico, asumiendo la resistencia a la insulina como uno de los más prevalentes en relación con el síndrome metabólico. El objetivo es comparar la prevalencia y el control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes que ya habían ingresado previamente, valorando el éxito de la prevención secundaria.

Métodos: Se analizaron los datos referentes al grupo de pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología desde mayo de 2019 hasta abril de 2020, con un número de 257. Se analizaron las variables de colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, insulina basal, hemoglobina glucosilada, hipertensión arterial y ácido úrico, entre otras.

Se utilizaron el paquete IBM SPSS statistics, Microsoft Excel y Microsoft Excel Online. Se realizó un análisis comparando medias mediante prueba de la t de Student para variables cuantitativas y χ^2 para cualitativas.

Resultados: Se obtuvo un número de 257 pacientes. El 29,6% de estos continuaba fumando tras el ingreso; el 34,6% presentó un IMC mayor a 30 kg/m²; el 62,5% presentó niveles de insulina basal elevados. Únicamente el 28,9% presentaba niveles de LDL inferiores a 55 mg/dl y el 50% inferiores a 70 mg/dl.

Conclusiones: La población que conforma el estudio presenta mal control de los factores de riesgo cardiovascular. Una de las conclusiones de este estudio se basa en la posibilidad de mejorar en prevención secundaria.

564/7. PACIENTES CON SCACEST EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CARDIOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Nerea Torres González, Marcos Pedro Farras Villalba, Javier Lorenzo González, María Facenda Lorenzo, María Ramos López, María Ángeles Pérez Rodríguez, Alejandro Iriarte Plasencia, Virginia Barreto Cáceres, José Luis Martos Maine y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: Como plan de contingencia por COVID-19 de nuestro centro, se ingresaron a los pacientes Código Infarto (SCACEST tratado precozmente) en la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos (UCIC), estrategia ya su-

gerida por la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias de la SEC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde marzo a septiembre de 2020.

Resultados: Ingresaron 112 pacientes (el 77,7% varones, 58,6 $\pm$ 12,4 años). El infarto fue Killip I en el 87,5%, Killip II en el 8,9%, y en 4 pacientes Killip III/IV. En el 97,3% se realizó angioplastia primaria, en 3 pacientes fibrinólisis. La descendente anterior y la coronaria derecha fueron las arterias responsables más frecuentes (37,5% ambas), seguidas de la circunfleja (22,3%). Dos pacientes requirieron VMNI, 4 precisaron aminas y en 8 se implantó marcapasos transitorio por BAV transitorio. Dos pacientes requirieron traslado a intensivos por trombosis del stent, y ninguno requirió traslado a cirugía cardíaca. La estancia media fue de 3,73 $\pm$ 1,9 días (las lesiones graves distintas a las del SCACEST se trataron en segundo tiempo durante el ingreso). La FEVI media al alta fue del 50,5 $\pm$ 10,4%. Se registró 1 fallecimiento durante el ingreso, un varón de 87 años con SCACEST inferior y FEVI del 45% que tras el SCA fue trasladado a la planta por flebitis, donde sufrió una muerte súbita. Cuatro pacientes requirieron reingreso antes del alta, 2 por ICC, uno por SCASEST, y una paciente por shock cardiogénico, siendo esta el único fallecimiento en el primer mes tras el SCACEST.

Conclusiones: El SCACEST no complicado tratado precozmente en una UCIC presenta una tasa muy baja de complicaciones. Con ello se liberan camas de críticos, imprescindibles en la crisis sanitaria actual.

564/8. NIVELES DE ÁCIDO ÚRICO Y LESIONES CORONARIAS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE CANARIAS

Sara Hernández Castellano, Virginia Ramos Reyes, Raquel Pimienta González, Pietro Cappellesso Todaro, Yilda Fernández Dávila, Luis Álvarez Acosta y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La hiperuricemia se ha relacionado con mayor riesgo cardiovascular global. No obstante, la hiperuricemia no se ha asociado con un determinado perfil de enfermedad coronaria. Siendo Canarias la comunidad autónoma con mayor tasa de cardiopatía isquémica, nuestro objetivo es determinar la cantidad y tipo de enfermedad coronaria de los pacientes isquémicos según si presentan o no hiperuricemia.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se registraron los datos de los pacientes isquémicos que ingresaron en el Área de Cardiología entre mayo de 2019 y abril de 2020. Niveles de ácido úrico en sangre superiores a 7 mg/dl definían la hiperuricemia.

Resultados: Se obtuvo un número de 257 pacientes. 157 presentaban hiperuricemia y 100 no. De los 157 pacientes con hiperuricemia, 56 (35,66%) presentaban enfermedad monovaso y 100 (63,69%) enfermedad de 2 o más vasos, TCI o injerto. En un caso se desconocía la anatomía coronaria. Las lesiones eran focales en 68 pacientes (43,31%). De los 100 pacientes sin hiperuricemia, 38 (38%) presentaban enfermedad monovaso y 58 (58%) presentaban enfermedad de 2 o más vasos, TCI o injerto. En 4 casos se desconocía la anatomía coronaria. Las lesiones eran focales en 40 pacientes (40%).

Conclusiones: Se ha determinado el perfil de enfermedad coronaria de los pacientes isquémicos con hiperuricemia y sin ella. Nos encontramos en la comunidad con mayor prevalen-

cia de síndrome coronario. Se hacen imprescindibles más estudios sobre riesgo cardiovascular que relacionen nuestros factores de riesgo (como la hiperuricemia) con las características de la enfermedad coronaria.

564/9. COMPARACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PRIMER Y SEGUNDO PERIODOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Virginia Ramos Reyes, Sara Hernández Castellano, Nerea Torres González, Pietro Cappellesso Todaro, Yilda Fernández Dávila, Marx Rivera Zambrano, José Javier Grillo Pérez y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha generado problemas en la atención sanitaria. Los pacientes de las unidades de insuficiencia cardiaca (UIC) son el ejemplo de los pacientes que se benefician de un seguimiento estrecho para garantizar la adherencia terapéutica y mejorar su pronóstico. Nos proponemos evaluar el impacto de la pandemia durante el año 2020 en los ingresos por insuficiencia cardiaca.

Métodos: Nuestra UIC tiene 3 consultas: XCAR3 para pacientes en condición estable; XCAR 6 para pacientes no estables en fase de titulación y educación, y XCAR 9 para pacientes con cardiopatías familiares. Hemos evaluado todos los pacientes con al menos una visita y cuantificado los ingresos hospitalarios durante la primera y segunda mitad del año 2020.

Resultados: De los 252 pacientes vistos en XCAR3, ingresaron 54; de los 99 pacientes vistos en XCAR6, 67, y de los 156 de XCAR9, 12. En la distribución de ingresos, salvo en XCAR9, en las consultas de pacientes con IC estables o no estables, el número de estos fue mayor (casi el doble) en la primera mitad del año (fase de confinamiento), coincidiendo con el paso a telefónicas de todas las consultas.

Conclusiones: La fase de confinamiento y cierre de consultas presenciales se asoció a un incremento de casi el doble de ingresos de los pacientes, a pesar del desarrollo de consultas telefónicas. Estos resultados sugieren que el futuro del desarrollo de teleconsultas, pese a los potenciales beneficios, debe iniciarse en pacientes en fase estable antes de generalizarse.

564/12. ¿HACEMOS UN USO EXCESIVO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA EN EL ICTUS CRIPTOGÉNICO? ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Nerea Torres González, Alejandro Quijada Fumero, Ana Laynez Carnicero, Luca Vannini, Patricia Couto Comba, Elisabeth Medina Darias, Virginia Barreto Cáceres, Yilda Fernández Dávila, Pietro Cappellesso Todaro y Julio Salvador Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía transesofágica (ETE) en el ictus isquémico criptogénico puede ser una herramienta útil. Se recomienda cuando sus posibles hallazgos tendrían implicaciones terapéuticas. El objetivo es analizar la

información adicional que aporta la ETE en un grupo de pacientes, y en qué proporción supuso un cambio en el tratamiento.

Métodos: Analizamos retrospectivamente las ETE de 150 pacientes con diagnóstico de ictus criptogénico entre 2019 y 2020. Definimos cambio en el tratamiento como inicio de anticoagulación o indicación de cirugía.

Resultados: De los 150 pacientes, 106 (70,7%) fueron ictus juvenil (< 55 años). El 52,7% eran hombres, la edad media fue $48 \pm 10,7$ años. El 40% presentaba HTA, el 26% dislipemia, el 12,7% diabetes mellitus y el 6,7% tenía un IMC > 30. El 48,7% eran fumadores, el 20,7% consumían dosis tóxicas de alcohol y el 14% otros tóxicos. Se objetivó FA en el 4,7%. La FEVI media fue $63 \pm 4,7\%$ y el diámetro medio auricular de $36,8 \pm 4,3$ mm. De los 150 pacientes, en 26 (17,3%) hubo hallazgos basales en la ETT—ecocardiografía transtorácica— (FOP, trombo, vegetación o tumor). En 115 (76,7%) la ETE no aportó nada nuevo. En 26 pacientes se confirmaron los hallazgos de la ETE y en 9 (6%) se llegó a un diagnóstico que no se había alcanzado con la ETT: fibroelastoma en 2 pacientes, trombo en prótesis mecánica en 3 y en 4 FOP. Se identificaron placas aórticas mediante ETE en 10 pacientes (3,7%). La ETE supuso un cambio en la actitud en 11 pacientes (7,3%). No hubo complicaciones tras la ETE.

Conclusiones: En nuestra serie, la ETE aporta poca información adicional a la ETT, suponiendo un cambio terapéutico en pocos pacientes. Podría plantearse una mejor selección de casos para optimizar los recursos y disminuir la estancia hospitalaria.

564/20. UTILIDAD DE LA CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES EN EL SEGUIMIENTO DE LA DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT

Laura González Moujir, Natalia Marrero Negrín, Adrián Besteiro Vázquez, Susana Patricia Cabrera Huerta, José María Medina Gil y Francisco Jiménez Cabrera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Steinert es una miopatía hereditaria autosómica dominante, por expansión de tripletes CTG en la región no codificante del gen DMPK. Es una enfermedad multisistémica. Su gravedad se asocia al número de tripletes. Presenta el fenómeno de anticipación, cada descendencia aumenta el número de tripletes. Las manifestaciones cardíacas más frecuentes son arritmias por degeneración del sistema de conducción. Un tercio de los pacientes fallece por causas cardiológicas. El objetivo es analizar las ventajas de centralizar la atención en una consulta de cardiopatías familiares.

Métodos: Se analizaron 2 grupos. Grupo 1 valorado en consulta de cardiopatías familiares. Grupo 2 consulta general de cardiología.

Resultados: Grupo 1: n = 13 (11 familias); edad media, 36,7; varones 10, mujeres 3. Antecedentes familiares de muerte súbita n = 5; BAV primer grado n = 7; BRI n = 3, con BRD: 1, con trastorno conducción intraventricular n = 1. Marcapasos n = 3; fibrilación auricular/flutter n = 3; disfunción ventricular n = 1; taquicardia ventricular n = 1. Del análisis de las familias se detectaron 32 casos que no habían sido valorados cardiológicamente, 8 habían fallecido. Grupo 2: n = 8; edad media, 43,2; varones 5, mujeres 3. Antecedentes familiares de muerte súbita n = 0; BAV primer grado n = 4; BRI n = 0; BRD: 0. Marcapasos n = 3; fibrilación auricular/flutter n = 1. No se realizó screening familiar.

Conclusiones: El estudio familiar facilita la identificación de pacientes con enfermedad de Steinert. Por lo tanto, facilita su valoración cardiológica y su seguimiento estructurado. Podemos identificar a los pacientes de mayor riesgo conociendo el número de generaciones afectas en el pedigrí.

564/21. CONTROL LIPÍDICO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO EN UNA ISLA ULTRAPERIFÉRICA

Martín García López¹, Marelys Ruiz Berrio², Beatriz Suárez Suárez³ y Yesenia Rodríguez Martel³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ²Medicina de Familia, Centro de Salud Tías, Tías, Las Palmas, España. ³Medicina de Familia, Centro de Salud Titerroy, Arrecife, Las Palmas, España.

Introducción y objetivos: El control lipídico es fundamental en la prevención secundaria del síndrome coronario crónico. Por ello es necesario valorar el control lipídico en nuestra población y compararlo con los datos nacionales y europeos.

Métodos: A 10-3-2021 se incluyeron de manera retrospectiva los últimos 54 pacientes valorados por síndrome coronario crónico en consultas externas de cardiología en una isla ultraperiférica. Se recogieron los datos de filiación, perfil lipídico y tratamiento hipolipemiente. Se compararon los datos de control lipídico con los estudios nacionales (REPAR) y registros europeos (EUROASPIRE V). Se utilizó la χ^2 para la comparación de proporciones. El programa estadístico usado fue Stata 12.

Resultados: El 84,9% de los pacientes tenía una analítica realizada en el último año. Los niveles de colesterol total, colesterol no-HDL, colesterol-LDL y de triglicéridos fueron 143 ± 37 , 99 ± 35 , 73 ± 32 y 130 ± 69 mg/dl, respectivamente. El 53,3% de los pacientes presentó un colesterol-LDL < 70 mg/dl y el 31,1% < 55 mg/dl. Este control lipídico fue estadísticamente superior ($p < 0,01$) al reportado en el estudio REPAR (colesterol-LDL < 70 mg/dl, el 26%) y el registro EUROASPIRE V (colesterol-LDL < 70 mg/dl, el 29%).

Conclusiones: El control lipídico objetivado en una isla ultraperiférica en los pacientes con síndrome coronario crónico es mejor que el reportado en los estudios nacionales y los registros europeos, aunque solo el 31,1% de los pacientes alcanzan un colesterol-LDL < 55 mg/dl.

564/22. TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO EN UNA ISLA ULTRAPERIFÉRICA

Martín García López¹, Marelys Ruiz Berrio², Beatriz Suárez Suárez³ y Yesenia Rodríguez Martel³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ²Medicina de Familia, Centro de Salud Tías, Tías, Las Palmas, España. ³Medicina de Familia, Centro de Salud Titerroy, Arrecife, Las Palmas, España.

Introducción y objetivos: El control lipídico es uno de los pilares fundamentales de la prevención secundaria en el síndrome coronario crónico. Es necesario: a) conocer qué tratamiento farmacológico se asocia a un adecuado control lipídico (colesterol-LDL < 55 mg/dl) en nuestra población; b) valorar el porcentaje de pacientes con mal control lipídico a los que se les optimiza el tratamiento hipolipemiente y compararlo con los estudios nacionales (REPAR), y c) conocer los motivos para no optimizar el tratamiento hipolipemiente en los pacientes con mal control lipídico.

Métodos: A 10-3-2021 se recogieron los datos de los últimos 54 pacientes valorados por síndrome coronario crónico en consultas externas. Se utilizó la χ^2 para comparación de proporciones. El programa estadístico usado fue Stata12.

Resultados: Los pacientes con buen control lipídico presentaron estadísticamente ($p < 0,01$) una mayor proporción de tratamiento con estatinas de alta intensidad + ezetimiba (71,4%), comparado con los pacientes con un mal control lipídico (22,58%). Entre los pacientes con un mal control lipídico se incrementó el tratamiento hipolipemiente en el 67,4% de los casos. Este incremento fue significativamente superior ($p < 0,01$) al objetivado en el estudio REPAR (26%). El motivo de no incrementar el tratamiento en estos pacientes fue, en el 40,0%, la imposibilidad de añadir tratamiento con anti-PCSK9 según el IPT y en el 20,0%, la negativa del paciente.

Conclusiones: En nuestra población: a) el tratamiento con estatinas de alta intensidad + ezetimiba se asocia a un buen control lipídico; b) no se objetiva inercia terapéutica en la optimización del tratamiento hipolipemiente, y c) los motivos fundamentales de no optimización del tratamiento hipolipemiente son el IPT y la negativa de los pacientes.

564/24. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN UNA ISLA MENOR ULTRAPERIFÉRICA

Marelys Ruiz Berrio¹, Beatriz Suárez Suárez², Yesenia Rodríguez Martel², Guillermo Rizo Arregui³, Santiago Martín Rodríguez⁴ y Martín García López⁵

¹Medicina de Familia, Centro de Salud Tías, Tías, Las Palmas, España. ²Medicina de Familia, Centro de Salud Titerroy, Arrecife, Las Palmas, España. ³Análisis Clínicos, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ⁴Farmacia, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ⁵Cardiología, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España.

Introducción y objetivos: Recientemente se introdujeron en el mercado fármacos anti-PCSK9. Dada la novedad de esta terapia, es necesario valorar las características basales de los pacientes a los que se les ha prescrito en nuestra isla.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes a los que se les prescribieron fármacos anti-PCSK9 hasta el 18-3-2021. Se obtuvieron los datos de filiación, el servicio de prescripción, los FRCV y el tratamiento y el perfil lipídico basal.

Resultados: Se pautaron fármacos anti-PCSK9 a 79 pacientes. El 64,9% de los pacientes eran varones. La edad media al comienzo del tratamiento fue de $54,2 \pm 12,1$ años. El tratamiento con anti-PCSK9 fue prescrito por el servicio de endocrinología en el 55,7% de los casos, y por el servicio de cardiología en el 40,5%. El 29,1% de los pacientes eran exfumadores y el 21,5% fumadores activos. El 32,9% eran diabéticos, el 50,6% padecían hipertensión y el 15,2% tenían insuficiencia renal. El 56,9% de los pacientes tenía cardiopatía isquémica, el 10,1% arteriopatía periférica y el 3,8% había padecido un ictus. El 35,4% de los pacientes padecía DLP familiar. El 50,6% eran intolerantes a estatinas. El 44,3% de los pacientes tenía prescrito previo al inicio del tratamiento estatinas de elevada potencia, el 16,4% estatinas de media o baja potencia y el 51,9% ezetimiba. Las cifras basales de LDL-c, no HDL-c, HDL-c y TG fueron de $169,5 \pm 56,9$, $198,5 \pm 57,4$, $45,9 \pm 14,2$ y $233,5 \pm 213,5$ mg/dl, respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento con fármacos anti-PCSK9 se prescribió en población en edad laboral con enfermedad cardiovascular establecida, dislipemia familiar e intolerancia a estatinas con mal control lipídico.

564/27. DISMINUCIÓN DE LAS CIFRAS DE COLESTEROL Y EVENTOS AL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE CON FÁRMACOS CON INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN UNA ISLA ULTRAPERIFÉRICA

Marelys Ruiz Berrio¹, Yesenia Rodríguez Martel²,
Beatriz Suárez Suárez, Guillermo Rizo Arregui³,
Santiago Martín Rodríguez⁴ y Martín García López⁵

¹Medicina de Familia, Centro de Salud Tías, Tías, Las Palmas, España. ²Medicina de Familia, Centro de Salud Titerroy, Arrecife, Las Palmas, España. ³Análisis Clínicos, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ⁴Farmacia, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España. ⁵Cardiología, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas, España.

Introducción y objetivos: Dada la reciente comercialización de los fármacos anti-PCSK9 es necesario valorar su eficacia en nuestra población.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes a los que se les prescribieron fármacos anti-PCSK9 hasta el 18-3-2021. Se obtuvieron los datos de filiación, el perfil lipídico basal, el perfil lipídico postratamiento y los

MACE al seguimiento. Se realizaron t de Student de medidas emparejadas para la comparación de medias. El programa estadístico usado fue Stata12.

Resultados: Se incluyeron a 79 pacientes. Las cifras previas al inicio del tratamiento de LDL-c, no HDL-c, HDL-c y TG fueron de $169,5 \pm 56,9$, $198,5 \pm 57,4$, $45,9 \pm 14,2$ y $233,5 \pm 213,5$ mg/dl, respectivamente. Tras el inicio del tratamiento la cifras de LDL-c, no HDL-c, HDL-c y TG disminuyeron significativamente ($p < 0,01$ para todas las comparaciones) a $77,7 \pm 55,6$, $101,2 \pm 56,5$, $50,8 \pm 13,9$ y $165,5 \pm 92,8$ mg/dl, respectivamente. Se consiguieron unas cifras de LDL-c < 70 mg/dl en el 59,7% de los pacientes y de < 55 mg/dl en el 34,3%. Se consiguieron unas cifras de no HDL-c < 85 mg/dl en el 37,8% de los pacientes y < 100 mg/dl en el 55,7%. El seguimiento fue de $2,0 \pm 1,2$ años. El 7,6% de los pacientes abandonaron el tratamiento, el 1,27% falleció, el 1,3% tuvo un evento coronario, el 1,3% necesidad de nueva revascularización y el 1,3% tuvo un ictus/ACV.

Conclusiones: En nuestra población el tratamiento con anti-PCSK9 disminuyó un 54,2% las cifras de LDL-c. A pesar de ello, solo un 34,3% de los pacientes consiguieron un LDL-c < 55 mg/dl. Con un seguimiento medio de 2 años, el 5,1% de los pacientes padecieron un MACE.