

130 ± 83 mg/dl) en los obesos, solo significativo en el caso de los TG. Los pacientes obesos alcanzaron menos MET en ergometría. Respecto a los resultados, la distribución de objetivos de cLDL < 70 mg/dl, cLDL < 55 mg/dl, control tensional y HbA1c < 7% fue similar. El incremento porcentual de la capacidad funcional y cuestionario de calidad de vida fue equivalente.

Conclusiones: La prevalencia de pacientes obesos dentro del programa de RC es alta. En nuestra muestra no mostraron un peor control de las cifras de cLDL, aunque sí de TG. Lograron mejorías en la capacidad funcional y la calidad de vida similar a la población no obesa.

494/31. ANÁLISIS DE LA DEMANDA TELEFÓNICA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE LLAMADA

Manuel Luna Morales¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mezcua¹, José David Martínez Carmona¹, Arancha Díaz Expósito¹, Juan José Gómez Doblas¹, Clara Jiménez Rubio¹, Luis Morcillo Hidalgo³ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Los programas específicos para pacientes de IC reducen significativamente las readmisiones, recomendándose en guías de práctica clínica con máxima evidencia. La atención telefónica se oferta en estos programas. El objetivo principal fue evaluar motivos de consulta frecuentes y capacidad de resolución tras la llamada.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre las consultas telefónicas registradas entre junio de 2020-enero de 2021 en una consulta de enfermería de IC. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, motivo de llamada y frecuencia.

Resultados: Se analizaron 423 consultas telefónicas, 55,7% (235) reactivas, y 44,3% (187) proactivas. La edad media fue 65 ± 12,3 años, el 65,6% eran hombres. El 77% presentaba FEVI < 40%, Charlson modificado medio 4,7 ± 3,6, un 92,3% estaba en tratamiento con BB, un 89,1% con IECA/ARAI/ARNI y un 82,3% con ARM. La media de fármacos por paciente fue de 8,6 ± 3. El 46% de las llamadas reactivas fue para consultar síntomas, un 20% sobre tratamientos o procedimientos, un 16% por problemas con la prescripción y un 14% por gestión de citas. El 40% de las llamadas proactivas fue por control de síntomas, un 30,5% para gestión de citas, un 27,3% para titulación y un 2,1% otras causas. Cuando el motivo de consulta era por síntomas, la media de llamadas necesarias fue 1,4 ± 0,8, el 77,6% se solucionó por teléfono, el 16,4% precisó de visita presencial con enfermería y el 2,7% fue derivado a urgencias.

Conclusiones: La demanda telefónica más habitual fue el empeoramiento de síntomas. La consulta telefónica es un recurso eficaz en estos casos, facilitando la accesibilidad del paciente y evitando desplazamientos innecesarios a centros sanitarios.

494/32. REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS UN INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO: RESULTADOS A MUY LARGO PLAZO

Alfonso Padilla Escámez, María José Romero Reyes, Sebastián Rufián Andújar, José Antonio Mora Pardo y Francisco Javier Molano Casimiro

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El beneficio de los programas de rehabilitación cardiaca (RC) son conocidos, pero existen menos

estudios sobre los resultados a muy largo plazo. Analizamos el impacto de un programa de RC sobre la morbimortalidad a muy largo plazo tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que incluimos a pacientes a los que se les ofreció participar en nuestro programa de RC tras un ICP, entre septiembre de 2004 y enero de 2001. Realizamos un seguimiento posterior hasta mayo de 2020, con una mediana de seguimiento de 11 años (rango, 9-12 años).

Resultados: De los 701 pacientes incluidos en el estudio, 291 (41,5%) participaron en el programa de RC y 410 (58,4%) rechazaron. Nuestra indicación más frecuente para el ICP fue el infarto agudo de miocardio (51,9%), seguido de la angina inestable (42,8%). Los pacientes que realizaron RC fueron más jóvenes y con mayor frecuencia varones. En el análisis multivariante, la realización de RC se asoció a una reducción significativa de la mortalidad global (el 19,5 frente al 48,4%; OR: 0,258; IC95%, 0,182-0,366; p < 0,001), la mortalidad cardiovascular (el 4,5 frente al 18,0%; OR: 0,212; IC95%, 0,115-0,390; p < 0,001), la necesidad de hospitalización por insuficiencia cardiaca (el 10,0 frente al 24,8%; OR: 0,339; IC95%, 0,217-0,529; p < 0,0001) y la incidencia de accidente cerebrovascular durante el seguimiento (el 5,5 frente al 10,6%; OR: 0,491; IC95%, 0,271-0,890; p < 0,017).

Conclusiones: Tras un ICP, independientemente de su indicación, realizar un programa de RC se asocia una mejoría del pronóstico, con una reducción de mortalidad global y cardiovascular, así como de la morbilidad a muy largo plazo.

494/33. FACTORES PREDICTORES DE UN BUEN CONTROL DE COLESTEROL LDL EN PACIENTES QUE REALIZAN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Alejandro Gómez González¹, María Rivadeneira Ruiz¹, Blanca Olivares Martínez¹, Francisco Javier Cortés Cortés¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente², Yolanda López Gutiérrez³, Rafael Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El colesterol LDL (cLDL) tiene un papel crucial en el desarrollo de aterosclerosis. Las nuevas terapias para reducirlo permiten controlar sus niveles eficaz y precozmente tras un síndrome coronario agudo (SCA). La identificación de variables predictoras de peor control lipídico podría ayudar a iniciar tratamientos más intensivos en pacientes de riesgo.

Métodos: Se analizaron características demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con cardiopatía isquémica admitidos en el programa de rehabilitación cardiaca de un hospital terciario. Todos los pacientes estaban en tratamiento con estatinas de alta potencia y se añadieron tratamientos concomitantes a criterio del cardiólogo responsable.

Resultados: Se analizaron 501 pacientes (88% varones, edad media 57 ± 8 años) que realizaron el programa tras un SCA entre enero de 2018 y febrero de 2021. En la analítica realizada al finalizar, un 69,5% de pacientes tenían cifras de cLDL < 70mg/dl, de los cuales el 39% tenía cLDL < 55 mg/dl. No se obtuvieron diferencias en función del género, edad, arteriopatía o cardiopatía precoz. Se observó un mayor porcentaje de diabéticos controlados entre los pacientes que alcanzaban

niveles de cLDL < 70mg/dl (el 82 frente al 65,5%; $p = 0,001$), así como cifras más elevadas de triglicéridos en aquellos pacientes que no alcanzaban el objetivo de LDL (132 ± 65 frente a 110 ± 53 mg/dl; $p = 0,002$).

Conclusiones: En nuestra muestra, los diabéticos presentaron mayor control del perfil lipídico. Atribuimos esto a que son pacientes de alto riesgo con tratamientos agresivos desde el inicio. Asimismo, niveles elevados de triglicéridos se asociaron a peor consecución de objetivos, por lo que pacientes con dislipemia mixta podrían ser candidatos a tratamientos más intensivos.

494/34. ESTUDIO DE LAS CAUSAS QUE MOTIVARON LA FALTA DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA-NEPRILISINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DEPRIMIDA

José David Martínez Carmona¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mezcuá¹, Arancha Díaz Expósito¹, Manuel Luna Morales¹, Luis Morcillo Hidalgo¹, Clara Jiménez Rubio¹, Juan José Gómez Doblás¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Sacubitril-valsartán (ARNI) reduce el evento combinado de ingresos por IC y muerte por cualquier causa en pacientes con IC y FEVI deprimida. A pesar de sus beneficios pueden existir barreras para su prescripción.

Métodos: Se incluyó a los pacientes con IC y FEVI < 40% atendidos en una unidad de IC de enero de 2017 a diciembre de 2020. Se realizó un programa de educación y titulación de fármacos mediante un protocolo predefinido. Se realiza un análisis descriptivo del tratamiento prescrito al final del seguimiento en consulta.

Resultados: Se atendió a 717 pacientes (74,2% hombres), con una edad media de $66 \pm 12,3$ y niveles basales de NT-proBNP de $3.542 \pm 6.199,3$. El 99,7% de los pacientes (715) completaron el seguimiento. De los 454 pacientes que iniciaron ARNI:

- El 92,5% lo tomaban al final del seguimiento, el resto lo interrumpieron por los siguientes motivos: problemas de financiación (4,4%), hipotensión (0,8%), angioedema (0,4%), diarrea (0,4%), tos (0,2%), disnea (0,2%), mareo (0,2%), cefalea (0,1%) y edemas (0,1%).
- El 37,3% recibió la dosis baja, el 31,3% la dosis intermedia y el 31,3% la dosis alta.

Conclusiones: El 58,7% de los pacientes con IC y FEVI deprimida atendidos en una consulta de enfermería de IC tenían prescritos ARNI al alta del programa de intervención, de los cuales 1 de cada 3 reciben la dosis máxima. El 7,5% de los pacientes que inicialmente recibieron ARNI no pudieron continuar el tratamiento al alta, de los cuales el 60% fue motivado por problemas económicos y el resto por efectos secundarios.

494/35. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI RECUPERADA, ¿MITO O REALIDAD EN PRÁCTICA REAL?

Rocío Rodríguez Delgado, Carmen Otte Alba, Irene M. Estrada Parra, Manuel González Correa, David Villagomez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es el principal parámetro para evaluar a los pacientes con insuficiencia cardiaca, determinando su manejo terapéutico y pronóstico. Nuestro objetivo fue determinar las características de la población con FEVI recuperada (FEVI-R), definida como FEVI inicial $\leq 40\%$ con un incremento $\geq 10\%$ durante el seguimiento, bajo TMO.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y analítico sobre pacientes valorados en nuestra unidad de IC.

Resultados: Se incluyeron 192 pacientes, edad media 65 años. El 45% cumplía los criterios de FEVI-R. En dicho grupo, se observó una menor prevalencia de DM ($p = 0,042$), DLP ($p = 0,001$) y cardiopatía isquémica ($p = 0,002$). La IC de novo fue significativamente superior ($p = 0,003$), así como el filtrado glomerular ($73,4$ frente a 66 ml/min; $p = 0,008$), siendo las etiologías más frecuentes la enófica y la taquimiocardiopatía. La FEVI inicial no mostró diferencias entre ambos grupos, pero los niveles de NT-proBNP fueron significativamente inferiores al inicio ($p = 0,002$) y en el seguimiento ($p = 0,000$) en el grupo con FEVI-R, precisando diuréticos, levosimendán y ferroterapia con menor frecuencia ($p = 0,001$ y $p = 0,007$, respectivamente). No existieron diferencias significativas en cuanto al resto de terapias farmacológicas. Atendiendo a los eventos, se observó una baja incidencia de reingresos por descompensación (el 3,5 frente al 28,3%; $p = 0,000$) y marcada reducción de la mortalidad (el 1,2 frente al 17,9%; $p = 0,003$).

Conclusiones: El seguimiento en nuestra UIC logra un elevado porcentaje de casos de FEVI-R, conllevando un evidente beneficio clínico y objetivando un menor número de reingresos y mortalidad.

494/37. PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿HACEMOS TODO LO QUE ESTÁ EN NUESTRA MANO?

Paloma Márquez Camas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El SCA es la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Si bien la terapia de reperfusión es la parte más beneficiosa del tratamiento en el IAM, no debemos dejar atrás la prevención secundaria. La identificación y optimización del control de factores de riesgo cardiovascular es fundamental para disminuir la elevada tasa de recurrencias de eventos isquémicos tras el alta y conseguir éxito del tratamiento a largo plazo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el cumplimiento de la terapia hipolipemiente en todos aquellos pacientes ingresados en nuestro centro con un diagnóstico de SCA en 2018.

Métodos: Mediante un estudio observacional retrospectivo hemos analizado el cLDL inicial, el tratamiento recibido y el cLDL después de 1 año. Como referencia hemos tomado la cifra de 70 mg/dl, correspondiente a las directrices europeas de 2016.

Resultados: Se incluyeron 676 pacientes (72,6% hombres) y la media de edad fue de 65,43 años. Tras de 1 año de seguimiento, la media de cLDL se redujo de 90,12 a 74,48 mg/dl. El 42,5% de los pacientes no alcanzaron la diana terapéutica, el 39% de los pacientes estuvieron por debajo del umbral y el 18,4% se perdieron en el seguimiento. Asimismo, el perfil terapéutico cambió: la tendencia se dirigió a un mayor uso de combinaciones de fármacos y estatinas de alta intensidad.

Conclusiones: A pesar de nuestro gran arsenal terapéutico y un amplio conocimiento sobre su adecuado control, aún estamos lejos de lograr resultados lipídicos óptimos.