

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.