



6075-473. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO CON CONSULTA TELEMÁTICA PRECOZ PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL LIPÍDICO TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. DATOS PRELIMINARES

Fernando Domínguez Benito, Sergio Giovanni Rojas Liévano, Rafael Ramírez Montesinos, Rosibel Martínez Padilla, Silvia Sánchez Ragel, Ángela Domenech Cubí, Silvia Noguer Serra y Gemma Flores Mateo

Fundació Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: El control lipídico post síndrome coronario agudo (SCA) es conocidamente subóptimo. La consulta telemática con perfil lipídico precoz y protocolización del tratamiento hipolipemiante al alta, puede mejorarlo. Presentamos datos muy preliminares de esta estrategia en nuestro centro.

Métodos: Incluimos los pacientes tras SCA entre mayo-octubre 2023. Comparamos perfil lipídico basal y en control, tratamiento, tiempo medio hasta la visita telemática, número de arterias coronarias con lesiones significativas y prevalencia de pacientes con 70 y 55 mg/dl en el control. Las variables continuas están descritas con la media (desviación estándar); valor p obtenido con la prueba de la t-Student para datos pareados. Las variables categóricas descritas con la n (%); p valor obtenido con la prueba de la chi-cuadrado.

Resultados: 57 pacientes, de 67,7 (11,6) años, 76,8% varones. Las características basales se muestran en la tabla. La comparación del perfil lipídico (mg/dl) al ingreso vs control fue: colesterol total 173 (39,4) vs 128 (25,0) p 0,001; LDL 103 (38,3) vs 64,9 (25,8) 0,001; HDL 41,9 (11,4) vs 41,9 (8,87) p = 0,927; colesterol no-HDL 131 (40,1) vs 86,1 (26,5) 0,001; triglicéridos 144 (90,9) vs 102 (41,5) 50 mg/dl fue del 61%. El LDL 55 y 70 mg/dl fue de 37,5% y de 62,5% respectivamente. El tratamiento al alta hospitalaria incluyó estatinas en el 100% de los casos, ezetimiba en el 71,7% y ácido bempedoico en el 7,5%. La mediana de tiempo hasta la visita de control fue 39 días (29,5-56). Se realizó coronariografía en 56 de los 57 pacientes. La afectación de ninguno, 1, 2 y tronco común izquierdo/3 vasos fue 3 (5,3%), 36 (64,2%), 13 (23,2%) y 5 (8,9%) respectivamente.

Características basales					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Hb ingreso (g/l)	57	10,1	17,5	13,9	1,62
Cr ingreso (mg/dL)	57	0,50	1,80	0,91	0,26

FGR ingreso (mL/min/1,73 m ²)	57	33,8	142,5	83,6	20,9
HbA1c ingreso (%)	50	5,2	10,1	6,2	1,11
proBNP ingreso (pg/ml)	20	105	20.000	1.846	4.370
CPK ingreso (U/l)	53	4,81	3.102	348	507,28
Pico Tn I hs ingreso (ng/l)	57	54	78.353	15209	16.057
FEVI	57	30	66	55,2	8,74

N: número de pacientes con datos disponibles; Hb: hemoglobina; Cr: creatinina; FGR: filtrado glomerular renal por fórmula CKD-EPI; HbA1c: hemoglobina glicosilada; proBNP: péptido natriurético cerebral N-terminal; CPK: creatina fosfoquinasa; Tn I hs: troponina I ultrasensible; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La implementación del proyecto parece mejorar el control lipídico precoz. No obstante, más de la mitad de los pacientes siguen fuera de objetivos tras la primera visita de control.