



6041-269. OPTIMIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN UN HOSPITAL SIN PROGRAMA PRESENCIAL EN REHABILITACIÓN CARDIACA (RHBC)

Julia Jiménez Ranchal, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Rafael Bravo Marques, Luca Grau Torrente, Eloísa Mariscal López, Carlos Martín Alfaro, Leopoldo Hugo Muriel Marañón y Francisco Ruiz Mateas

Cardiología. Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella (Málaga), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La realización de un programa de RHBC en paciente con cardiopatía isquémica es indicación IA para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. Existen hospitales en los que aún no existen unidades de RHBC ni programas de ejercicio físico, pero una buena organización al alta de los pacientes con SCA y la posibilidad de realizar EE permiten optimizar tanto los resultados como los recursos disponibles.

Métodos: En 2023 realizamos un total de 149 ergoespirometrías. Analizamos un total de 86 de ellas realizadas en pacientes con cardiopatía isquémica para valoración pronóstica derivados de la Unidad de Hospitalización tras ingresar por SCA.

Resultados: 86 pacientes dados de alta por SCA de la unidad de hospitalización, fueron citados al mes del alta para la realización de una EE junto con el resultado de una analítica. La edad media era de 63,04 años, siendo el 71% varones. El número de vasos principales afectados era de $1,77 \pm 0,8$ con revascularización completa en un 76,7% y una FEVI media de $56,6 \pm 11,1\%$ (22% inferior a 50%). El 92,8% de los pacientes fueron dados de alta con estatinas de alta potencia a máxima dosis con o sin ezetimiba (60,7% con ezetimiba). LDL media en el ingreso era de $103,8 \pm 41$ y el ColT no HDL de $125,8 \pm 40$. En la analítica de control al mes un 63% de paciente tenían un LDL 55 mg/dl y solo un 32% un colTno HDL 65 mg/dl. La asociación de la ezetimiba al alta hacía que más del 50% de los pacientes tuvieran un LDL 55 mg/dl con respecto a los pacientes en monoterapia con estatinas. El consumo de O₂ pico era inferior al 80% en un 55,4% de los pacientes, siendo este dato solo del 31% si usáramos la ergometría convencional. El 80% de los pacientes con un evento MACE en el seguimiento tenían un VO₂ pico 80% en la EE. La EE nos permitió reclasificar a 35 de los pacientes para identificar a los pacientes de más riesgo.

Conclusiones: Un protocolo que incluya una cita precoz con una analítica de control y una ergoespirometría nos permite optimizar el tratamiento y redirigir al paciente de una manera más eficiente, especialmente en centros con escasos recursos. El protocolo de tratamiento escalonado resulta menos eficaz que el de tratamiento combinado para aumentar el porcentaje de control de la dislipemia en pacientes dados de alta por SCA.