



## 4027-3. TELEMONITORIZACIÓN PROLONGADA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO: PROPUESTA DE RUTA ASISTENCIAL QUE FOMENTA EL AUTOCUIDADO Y MEJORA LOS PARÁMETROS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Ernesto Dalli Peydró<sup>1</sup>, Rocío Serrats López<sup>1</sup>, Amparo Fresneda Fresneda<sup>1</sup>, Nuria Muñoz Ramos<sup>1</sup>, Alan Herrera Vásquez<sup>2</sup>, M.M. Teresa Tuzón Segarra<sup>1</sup>, Fernando de la Fuente Rivas<sup>3</sup>, Vicente Pellicer Iborra<sup>3</sup> y Juan Cosín Sales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España y <sup>3</sup>Trilema Salud, Valencia, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La duración de los programas de rehabilitación presencial o híbrida suele ser de 2 a 3 meses. El beneficio logrado suele atenuarse con el tiempo. Se presentan los resultados, ya en uso rutinario, de un programa de telemonitorización prolongada tras un síndrome coronario agudo (SCA), como forma de seguimiento, más que un programa de rehabilitación al uso.

**Métodos:** Cardioplan es un sistema de monitorización integral (plataforma web y *app*) que incluye recordatorio de tratamiento y pautas de control nutricional, ejercicio y automedidas. Se incluyeron 125 pacientes tras SCA seguidos mediante telemonitorización durante 10 meses, con solo una sesión hospitalaria de formación sobre uso del sistema, hábitos cardiosaludables y sesión de ejercicio físico. Se midieron parámetros de prevención cardiovascular y se compararon los resultados finales con los de la visita basal, 30 días tras alta hospitalaria. Se evaluó el grado de ansiedad/depresión mediante la escala HADS y la adherencia a dieta mediterránea mediante la escala PREDIMED. Se cuantificaron las visitas ambulatorias. Se aplicaron las pruebas estadísticas correspondientes, significación p 0,05.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue 58 años, 90% hombres. El porcentaje de pacientes con triglicéridos > 150 mg/dl descendió, del 33% en la analítica del hospital, al 12% en la visita basal y 11% en la visita final. Ese porcentaje ascendió al 35% en 50 pacientes coronarios crónicos, con dosis no diferentes de estatinas. Un 69% de los pacientes alcanzaron el objetivo de LDL 55 mg/dl y el 80% 60 mg/dl. Las consultas ambulatorias disminuyeron en el grupo telemonitorizado de  $1,7 \pm 1,0$  a  $0,9 \pm 1,2$  (p 0,0001). El resto de resultados se muestran en la tabla.

	Hospital	Visita basal	Visita final	p
LDLc (mg/dl) (n = 111)	97,2 ± 39,5	52,3 ± 24,2	55,2 ± 24,2	0,082*
Triglicéridos/HDLc (n = 112)	3,6 ± 1,7	2,5 ± 1,3	2,1 ± 1,4	0,001**

Colesterol remanente (mg/dl) (n = 112)	27,2 ± 11,1	22,6 ± 13,2	19,0 ± 10,2	0,025**
Peso (Kg) (n = 112)	---	82,3 ± 15,1	80,6 ± 15,9	0,003**
IMC (n = 112)	---	27,9 ± 4,4	27,4 ± 4,5	0,004**
Grasa total (%) (n = 112)	---	26,0 ± 7,5	24,8 ± 7,8	0,020**
Grasa visceral (%) (n = 112)	---	11,8 ± 4,1	11,3 ± 4,2	0,016**
HADS (n = 92)	---	10,5 ± 7,8	8,8 ± 7,7	0,007**
PREDIMED (n = 94)	---	7,8 ± 2,3	10,5 ± 2,0	0,0001**
METS (n = 88)	---	9,4 ± 2,6	10,2 ± 2,7	0,001**
Distancia <i>treadmill</i> (metros) (n = 88)	---	417 ± 239	501 ± 262	0,0001**

\*Test t - \*\*Test de Wilcoxon (comparación visita basal y final).

**Conclusiones:** Un sistema de telemonitorización prolongada tras SCA minimiza las sesiones en el hospital y reduce visitas ambulatorias, optimizando recursos; estimula el autocuidado, supervisa la adherencia al tratamiento farmacológico y especialmente no farmacológico, y mejora la prevención cardiovascular. Estos datos apoyan generalizar este nuevo modelo de ruta asistencial tras SCA.