



## 6074-535. IMPACTO TRAS LA APERTURA DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Carmen Martín Domínguez, Sergio López Tejero, Rafael Bravo Marques, Almudena Valle Alberca, Eloísa Mariscal López, Susana Pérez Córdoba, Fidel Ernesto Mesa Prado, Francisco J. Torres Calvo, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Analizar los resultados obtenidos tras la apertura de una consulta de autogestión y nuevo sistema organizativo, como puente al inicio de la unidad de rehabilitación cardíaca (RHB), para pacientes dados de alta con diagnóstico de síndrome coronario agudo de alto riesgo (SCAAR) y comparar los resultados con los datos actuales en las consultas convencionales de cardiología de nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de un total de 275 pacientes. Grupo intervención (GI) o consulta alto riesgo CV (n = 130): todos los SCA consecutivos de alto riesgo desde marzo 2017-abril 2018. El grupo control o consulta convencional (GC) (n = 145): pacientes consecutivos desde enero 2016-agosto 2016. Se analiza el grado de control de los FRCV y la incidencia de eventos tipo MACE (muerte por causa cardiovascular, IAM no fatal y ACV no fatal) en el seguimiento a 48 meses en el GC y a 24 meses en el GI.

**Resultados:** Las características basales de ambos grupos fueron similares: edad media de 56 años, 81% varones, 50% HTA, 25% DM tipo 2 y 49% dislipemia. El 30% tenían antecedentes previos de cardiopatía isquémica. Hubo un aumento significativo de pacientes fumadores y de SCA con elevación del ST en el GC (51,7 vs 38,5%). El tratamiento antiagregante con inhibidor P2Y12 más utilizado en ambos grupos fue ticagrelor (70%), clopidogrel (25%) y prasugrel (3%). En el GI el 81,5% fue dado de alta con estatina de alta potencia (EAP) y 51% de ellos con ezetimibe, en el GC el 65,5% con EAP y 40% con ezetimibe. En el GI encontramos una disminución no significativa de las cifras de colesterol LDL, HDL y TG con respecto al GC (destacar cifras LDL 70mg/dl del 72,4% en GI vs 64% en GC a los 24 meses) (tabla). Dentro del GI 8 pacientes presentaron un evento en el seguimiento: 5 IAM no fatal, 1 ACV no fatal y 2 muerte por causa cardiovascular. En el GC 24 pacientes presentaron un evento: 19 IAM no fatal, 1 ACV no fatal y 4 muertes causa cardiovascular. Se muestra de manera global una disminución de eventos tipo MACE(p = 0,007) (fig.).

Cifras de colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y HbA1c en el evento y en sucesivas visitas en ambos grupos

Consulta Alto Riesgo Cardiovascular (n = 130)	Evento	3 meses	12 meses	24 meses
---	--------	---------	----------	----------

LDL 55 mg/dl	5 (4,5%)	39 (32,5%)	48 (43,2%)	33 (36,2%)
LDL 70 mg/dl	21 (19%)	38 (31,6%)	29 (26%)	33 (36,2%)
LDL 70-100 mg/dl	28 (25,4%)	32 (26,6%)	24 (21,6%)	12 (13%)
LDL > 100 mg/dl	56 (51%)	11 (9%)	10 (9%)	13 (14%)
HDL > 40 mg/dl	46(42,6%)	59 (59,6%)	61 (70, 1%)	54 (60%)
TG 150 mg/dl	54 (50,5%)	73 (74,5%)	64 (74,4%)	63 (69%)
Pacientes DM2 (n = 34)	Evento	3 meses	12 meses	24 meses
HbA1c 7%	7 (22,58%)	20 (64,5%)	17 (63%)	11 (52%)
Consulta convencional (n = 145)	Evento	3 meses	12 meses	24 meses
LDL 55 mg/dl	6 (5%)	39 (33,6%)	33 (35%)	27 (25%)
LDL 70 mg/dl	21 (17,5%)	38 (32,7%)	25 (26%)	42 (39%)
LDL 70-100 md/dl	33 (27,5%)	25 (21,3%)	30 (31%)	28 (26%)
LDL > 100 mg/dl	60 (50%)	14 (14,1%)	7 (8,6%)	10 (9,3%)
HDL > 40 mg/dl	46 (38,3%)	41 (43,2%)	42 (52,5%)	39 (36%)
TG 150 mg/dl	60 (50,4%)	66 (67,3%)	61 (76,3%)	65 (61%)
Pacientes DM2 (n = 41)	Evento	3 meses	12 meses	24 meses
HbA1c 7%	11 (45,9%)	20 (64,5%)	17 (56,6%)	20 (52%)



*Análisis de supervivencia Kaplan-Meier a los 24 meses en Consulta alto riesgo CV y a los 48 meses en Consulta Convencional.*

**Conclusiones:** La creación de una consulta de autogestión con un programa de educación específico de los pacientes, sin coste adicional, como puente a la apertura de una unidad de RHB ha mostrado un mejor control de los FRCV, que junto a un mayor optimización del tratamiento y una actuación más precoz, ha conseguido una disminución de la mortalidad y de eventos tipo MACE a los 24 meses.