Dr. David Jiménez Virumbrales[1], Dr. Daniel Corrochano Diego[1], Dra. María Jiménez Virumbrales[2], Dr. Raúl Gascueña Rubia[3]

1. H. Del Henares (Madrid).
2. Psicóloga general sanitaria (Madrid).
3. H. Severo Ochoa (Madrid).

#2 What's Next 2025 IN LIPIDS & CV PREVENTION

PROTOCOLO DE EMPODERAMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (PEESCA)

Introducción y objetivos:

RETOS

- Incumplimiento de guías.
- Desigualdad respecto a otras áreas.
- Estancamiento.
- Continuismo.

OPORTUNIDADES

- Equipos multidisciplinares.
- Nuevos tratamientos.
- Optimización del tiempo.
- Prevención de eventos.

PUNTO DÉBILES

- Listas de espera.
- Somos los que estamos.
- Ausencia de criterio único.
- Planta itinerante.

PUNTOS FUERTES

- Ganas de innovar.
- Hospital pequeño/familiar.
- Consultas externas integradas.
- Enfermería vertebradora del cambio.

Método:

ENFERMERÍA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA

DURANTE EL INGRESO

- Identificar a los pacientes ingresados por un síndrome coronario agudo.
- Fomentar de manera personalizada la adherencia a cambios en el estilo de vida: alimentación saludable, actividad física y abandono del hábito tabáquico.
- Reforzar los conocimientos sobre su patología y el reconocimiento de los signos de alarma que requieran atención inmediata, así como los parámetros que valoraremos en el seguimiento (TA, c-LDL y HbA1c).
- Garantizar la continuidad asistencial informando sobre cómo será el seguimiento ambulatorio y facilitando el acceso a la plataforma educativa "Aula Abierta RC" para mejorar la autogestión del paciente.

Indirectamente cardiología se compromete a:

- Citar la analítica y la ergomería a las 4 semanas del alta independientemente de la consulta médica.
- Pautar al alta estatinas de alta potencia para optimizar el control lipídico, preferiblemente en combinación con ezetimiba.
- Remitir a los pacientes candidatos a rehabilitación cardiaca.

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO (4-8 semanas)

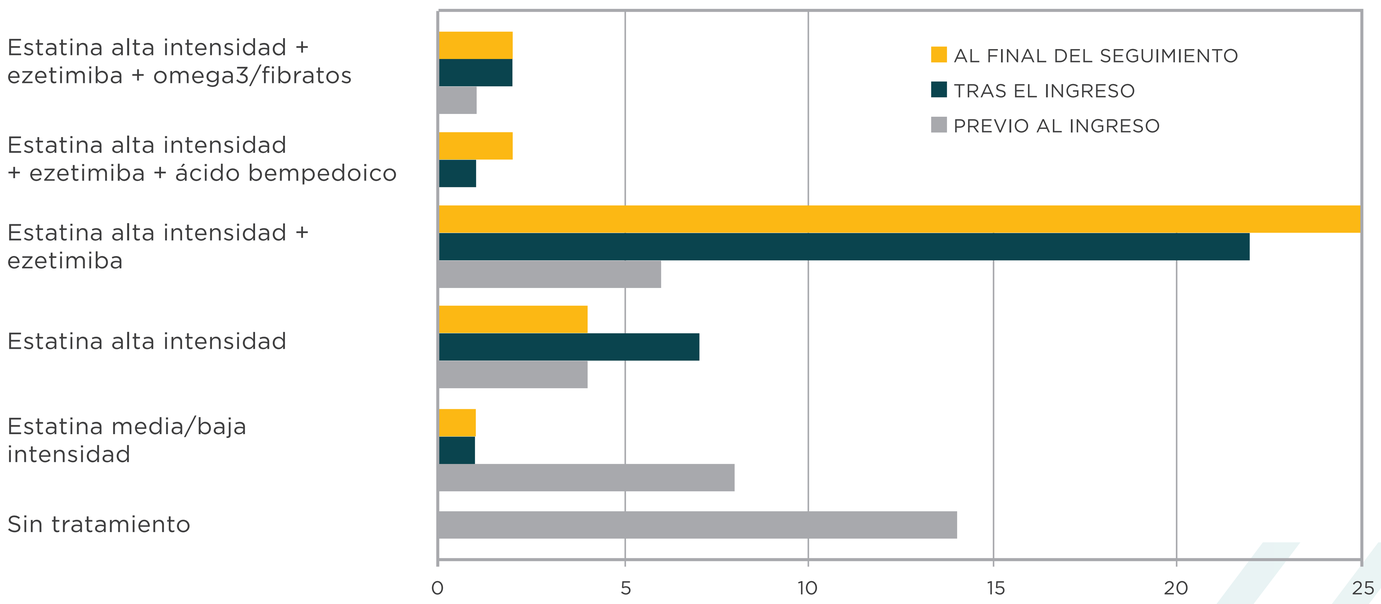
- Reforzar estilo de vida, valorar las cifras de TA e informar de los resultados analíticos (c-LDL y glucemia).
- Desde el punto de vista del control lipídico, en caso de mal control y buena tolerancia al tratamiento:
  - c-LDL>100 mg/dl: explicar posibilidad de inicio de iPCSK9.
  - c-LDL 55-100 mg/dl y sin limitación económica: plantear iniciar ácido bempedoico.
  - Si en tratamiento con ácido bempedoico y sin limitación económica, en caso de c-LDL <100 mg/dl y TG >150 mg/dl: plantear iniciar IPE.
- Según lo anterior comentar a facultativos para la prescripción de los fármacos, quienes contactarán nuevamente con el paciente para informar del cambio en la medicación y programar la nueva analítica.

VENTAJAS

- Puentear las demoras y asegurar el cumplimiento de los plazos/objetivos terapéuticos de las guías de práctica clínica en cuanto a control lipídico.
- Mejorar el autocuidado de los pacientes y su percepción en cuanto a la implicación terapéutica de todo el equipo de cardiología tras el alta hospitalaria.
- Empoderamiento y formación de nuestra enfermería como primer paso para implementar la rehabilitación cardiaca en nuestro hospital.

Resultados:

		N	%		N	%		N	%
SEXO	MUJERES	7	21	VARONES	26	79	-		
NACIONALIDAD	UE OESTE	27	82	UE ESTE	5	15	SURAMÉRICA	1	3
CI PREVIA	SÍ	12	36	NO	21	64	-		
TIPO IAM	IAMSEST	20	61	IAMCEST	6	18	ANGINA INESTABLE	7	21
FEVI	≥50%	29	88	49-41	2	6	≤40%	2	6
TABACO	ACTIVO	10	30	NUNCA	11	33	EXFUMADOR	12	36
TENSIÓN ARTERIAL	HTA	19	58	NORMAL	14	42	-		
DIABETES	SÍ	10	30	NO	23	70	-		



A los 6 meses de la ejecución del protocolo:

- Se produjo un aumento del buen control de los pacientes desde un 33,3% al ingreso, hasta un 77% en sólo 8 semanas (p<0,001).
- c-LDL bajó de 102,9 a 39,1 mg/dl con una disminución media de 55,8 (IC95% 40,3-71,3; p<0,0001).
- TG bajaron de 163,6 a 123,5 mg/dl con una disminución media de 40,2 (IC95% 13,8-66,5; p=0,005).
- En el análisis multivariante, el principal predictor de mal control lipídico fue tener problemas económicos para seguir el tratamiento (p<0,0001).
- **No hubo aumento significativo de CK ni transaminasas en el seguimiento, así como efectos adversos significativos.**

Conclusiones

- Es posible la **implementación de un protocolo de tratamiento hipolipemiante intensivo y precoz al alta de un síndrome coronario agudo**, a través del **empoderamiento de enfermería** pese a no disponer de una consulta específica de Rehabilitación Cardiaca.
- Se consiguió un **control lipídico significativo en tan sólo 8 semanas** sin presencia de efectos adversos relevantes.

Referencia: 1. Jiménez Virumbrales D, *et al.* Optimización precoz del tratamiento hipolipemiante al alta de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo. ¿Es posible? Utilidad de un protocolo intensivo. Póster presentado en el Congreso SEC 2024, Madrid, España..

MAT-ES-2500121 v1 febrero 2025

sanofi