

Conclusiones: En las fenocopias, disfunción sinusal y necesidad de marcapasos es frecuente. El implante de DAI es más frecuente en la MCH.

630/43. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INFARTOS EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID ha supuesto un cambio en la organización asistencial de los infartos, observándose un retraso en el acceso sanitario con el consiguiente empeoramiento pronóstico y aumento de la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los infartos en un periodo de la pandemia de COVID.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 400 pacientes ingresados por infarto en la pandemia de COVID. Se analizaron las características del infarto, de la arteria responsable, de la revascularización y su relación con la mortalidad precoz (ingreso y primeros 30 días).

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos (92% tipo 1), con un 53,5% IAMSEST y un 46,5% IAMCEST. Predominó la afectación de un único vaso (47%), fundamentalmente la DA (44,4%), consiguiéndose revascularización completa percutánea en el 59,8%, con revascularización quirúrgica en solo el 1,8%. En los IAMCEST fue más frecuente la afectación de DA o CD (36,5%), mientras que en los IAMSEST predominó el desconocimiento de la arteria afectada (el 13,3 frente al 0,5%; $p < 0,05$) seguida de la DA (11,6%). La mortalidad cardiaca precoz fue del 6%, siendo significativamente mayor en los IAMSEST ($p = 0,009$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la incidencia de IAMSEST e IAMCEST fue similar, predominando la afectación de un único vaso y consiguiéndose la revascularización percutánea completa en la mayoría, con resultados similares a los descritos en la literatura pre-COVID. Fuimos más conservadores en los IAMSEST, con menor realización de cateterismo cardiaco, encontrando mayor mortalidad cardiaca precoz en este grupo probablemente debido a una menor revascularización.

630/44. ARRITMIAS MALIGNAS Y BAV AVANZADO COMO FORMA DE PRESENTACION DEL SCA

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares y las alteraciones de la conducción son frecuentes en las primeras horas tras el SCA, siendo factores pronósticos importantes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la implicación de la arteria responsable del infarto en el desarrollo de arritmia ventricular y/o BAV avanzado

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto en un hospital terciario. Se analizó la relación existente entre la presentación de arritmias ventriculares o BAV avanzado con la arteria responsable del infarto y la mortalidad.

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos, presentándose el 5% como arritmia ventricular. En este grupo, el 50% tenía afectación de DA, el 20% de CX y el 15% de CD, sin

asociación significativa entre las arritmias malignas y la arteria responsable ($p = 0,97$), pero sí con la mortalidad ($p = 0,007$). El 3,8% se presentaron como BAV avanzado: el 66,7% con afectación de CD y el 13,3% de CX. Al dividir la muestra según la arteria afectada, encontramos asociación significativa entre la afectación de CD y la presencia de BAV avanzado ($p < 0,05$), sin asociación con la mortalidad ($p = 0,916$).

Conclusiones: Las arritmias ventriculares y el BAV avanzado constituyen dos entidades de mal pronóstico cuando un SCA se manifiesta de dicha forma. En nuestra serie, la arteria responsable del infarto se asocia de forma significativa con la presencia de BAV avanzado, pero no con las arritmias malignas, aunque estas últimas se asocian a mayor mortalidad. Es importante identificar precozmente ambos escenarios, ya que de su detección y tratamiento precoz depende el pronóstico a corto plazo.

630/45. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los FRCV asociados al riesgo de infarto. En la pandemia de COVID se ha producido una situación excepcional, con un acceso más tardío de los infartos a la asistencia sanitaria. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características basales de los pacientes que ingresaban en nuestro hospital por infarto durante la pandemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto durante la pandemia de COVID en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo cardiovascular asociados.

Resultados: En 18 meses tuvimos 400 ingresos por infarto, con edad media de 66 años (74,6% hombres, 25,4% mujeres). El FRCV más prevalente fue la HTA (63,1%), seguida de la dislipemia (54,5%), con cifras medias de colesterol total de 173 mg/dl, HDL 41 mg/dl, LDL 104 mg/dl y TG 154 mg/dl. El 35% eran fumadores, el 23% obesos y el 35% diabéticos, y solo el 9% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. La mayoría de los pacientes tenía un ecocardiograma basal normal y de los que presentaban cardiopatía estructural, el 27,4% tenía HVI significativa.

Conclusiones: Nuestro estudio manifiesta la gran prevalencia de FRCV que tienen los pacientes con infarto, y esto se ha mantenido en consonancia en la pandemia de COVID. A pesar de la mejora de las condiciones de vida, una mayor concienciación de la población y de los profesionales y del incremento de medidas para disminuir dichos FRCV, aún son muy prevalentes en la población general, siendo de vital importancia las medidas de prevención primaria en la cardiopatía isquémica.

630/46. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LA MORTALIDAD PRECOZ EN UNA SERIE DE INFARTOS CONSECUTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: A pesar de que la mortalidad durante el evento agudo y en los primeros 30 días tras un SCA ha

descendido en los últimos años, debido a la mejora de la revascularización percutánea, esta sigue siendo importante. El objetivo de nuestro estudio es analizar las variables del SCA que se asocian con una mayor mortalidad en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de 400 pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y en relación al cateterismo cardiaco y su relación con la mortalidad precoz (durante el ingreso y en los primeros 30 días).

Resultados: La mortalidad total de nuestra muestra fue del 6%. De entre los fallecidos, el 14,8% tenía afectación de 3 vasos y el 33% presentaban afectación de la DA, con una asociación significativa entre la afectación multivaso ($p < 0,001$) y la arteria implicada ($p = 0,006$) con la mortalidad precoz. Analizamos la correlación existente entre los niveles de troponina máxima recogida durante el ingreso y la FEVI, y observamos una asociación significativa ($p < 0,05$) con relación inversa ($r = -0,3$).

Conclusiones: La mortalidad asociada al SCA sigue siendo alta, especialmente en el primer mes tras el evento. En nuestro estudio, la mortalidad está relacionada de forma significativa con la arteria responsable del infarto y con el número de vasos afectados, siendo más frecuente cuando hay afectación multivaso y cuando está implicada la DA. Además, una mayor troponina pico se asocia con una menor FEVI y esto con un peor pronóstico.

630/47. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER SUBCUTÁNEO EN NUESTRO MEDIO

Manuel Luque Pérez, José Andrés Del Valle Montero, Félix Rosa Longobardo, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Moraña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Según las guías, el Holter subcutáneo estaría indicado en pacientes con síncope recurrente de origen incierto y diagnóstico de taquicardia recurrente no documentada. El objetivo es analizar su rentabilidad diagnóstica según indicación, eventos y actitud terapéutica.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo sobre implante de Holter subcutáneo en nuestro hospital.

Resultados: Incluimos 120 pacientes, 90% implantados por síncope, 7,5% por palpitaciones/taquicardia no documentada, 1,7% por extrasistolia ventricular y 0,8% en miocardiopatía hipertrófica obstructiva. En indicación por síncope inexplicado ($n = 108$), el 76,9% ($n = 83$) presentaba ECG en ritmo sinusal (RS) y el 6,5% ($n = 7$) fibrilación auricular (FA). El 15,7% ($n = 17$) presentaba algún tipo de trastorno de conducción (realizando medición del HV en el 29,4%, resultando normal). En el seguimiento ($26,9 \pm 6,8$ meses), el 55,6% ($n = 60$) no presentó eventos clínicos ni registros en Holter, el 17,6% ($n = 19$) síncope clínico sin eventos arrítmicos en Holter, el 3,7% ($n = 4$) síncope con asistolia por pausa sinusal, el 4,6% ($n = 5$) síncope por bloqueo auriculoventricular (BAV) paroxístico. Se detectó FA asintomática en el 6,5% ($n = 7$) y pausa sinusal con asistolia en el 4,6% ($n = 5$). Ocho pacientes (8,5%) precisaron estimulación cardiaca definitiva. En indicación palpitaciones/taquicardia no documentada ($n = 9$), se detectó FA asintomática en 1 paciente, 2 TPSV y una FA sintomática sometida a ablación de venas pulmonares. Independientemente de la indicación, se inició anticoagulación en el 6,7% de los pacientes por detectar algún episodio de FA durante el seguimiento.

Conclusiones: El implante de Holter subcutáneo es una herramienta diagnóstica rentable en el estudio del síncope, detec-

tando en nuestro medio 1 paciente candidato a estimulación permanente por cada 12 dispositivos implantados. Cabe destacar la baja recurrencia de síncope tras implante del dispositivo (el 55% sin eventos clínicos ni en Holter).

630/48. ESTUDIO DEL VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FENOCOPIAS DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y DISTINTAS MUTACIONES SARCOMÉRICAS

Carlos Federico Gómez Navarro¹, Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López², Juan Jiménez Jáimez³, Elvira Carrión Ríos¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) sarcomérica es la afectación genética cardiaca más frecuente. Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o síndrome por variantes del gen que codifica a subunidad reguladora de AMPK gamma 2 (SPRKAG2). El diagnóstico preciso y precoz de fenocopias tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El electrocardiograma (ECG) es la primera herramienta diagnóstica y puede ofrecer pistas sobre el origen de una hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inexplicada. El objetivo es describir hallazgos ECG diferenciales en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH.

Métodos: Fueron incluidos pacientes con EF ($n = 13$) y SPRKAG2 ($n = 7$) de la consulta de Cardiopatías familiares en nuestro centro. Las MCH sarcoméricas ($n = 20$) se recogen en la consulta de familiares de 2 centros.

Resultados: La edad del grupo fenocopias ($47,1 \pm 25$) frente MCH ($43,6 \pm 25$), el 55% varones. El grosor VI máximo similar ($15,4 \pm 4$ frente a $15,8 \pm 6$). La FEVI fenocopias ($59,2 \pm 15$) frente a MCH ($55,9 \pm 22$). El intervalo PR en sarcoméricas 170,2 frente a fenocopia 139,6 msg ($p = 0,041$). El intervalo QRS sarcomérica 98,4 frente a fenocopia 120,2 msg ($p = 0,004$). Fenocopias con BRDHH en 7 frente a 0. Con imagen preexcitación en 7 fenocopias frente a 1.

Conclusiones: En las fenocopias encontramos un intervalo PR más corto, frecuentemente con imagen de preexcitación y un QRS más ancho con imagen BRDHH a diferencia de MCH.

630/49. ANÁLISIS DEL DESPERTAR Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DEL DESPERTAR TARDÍO

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez, Néstor García González, Diego Félix Arroyo Moñino, Fernando Altarejos Salido y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene una elevada incidencia y morbimortalidad con datos de seguimiento escasos. Analizamos las características de los pacientes que despiertan y la relación del tiempo del desper-