

utilizados fueron Amplatzer Amulet™ (38), Amplatzer Cardiac Plug™ (2), y Lambre™ (2). No se objetivaron leaks significativos intraprocedimiento ni a corto plazo. El 55% de los pacientes fueron dados de alta con doble antiagregación. El 37,5% recibió monoantiagregación, siendo interrumpida en 11 pacientes a largo plazo. En el seguimiento a largo plazo, con una mediana de 33 (12-57) meses, fallecieron 8 pacientes. Se produjo un AVC isquémico en 3 pacientes, AVC hemorrágico en 1 paciente y sangrado digestivo mayor en 12 pacientes.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes el CPOI resultó seguro a corto plazo, con una baja tasa de AVC isquémicos en seguimiento a largo plazo.

630/86. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: RESULTADOS ASISTENCIALES

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Ana Manovel Sánchez, Ana López Suárez y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es considerado una intervención de farmacológica eficaz en la estrategia de prevención de ictus en pacientes con FANV y alto riesgo de sangrado. Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro tras 1 década de experiencia como procedimiento de evaluación interna.

Métodos: Se analizaron los pacientes a los que se realizó CPOI durante 2013-2022. Se describen parámetros clínicos —indicación, tratamiento—, técnicos —dispositivo— y de resultado —visitas a urgencias/hospitalizaciones durante 12 meses pre y postimplante en pacientes con hemorragias digestivas (HD).

Resultados: Del total de 116 pacientes, el motivo de intervención fue principalmente AVC hemorrágico ($n = 45$, 39,3%) y HD ($n = 25$, 21,4%). En 62 (53,4%) se utilizó dispositivo Amplatzer-Amulet y en 54 (46,6%) Watchman. Al alta, 71 pacientes tomaban doble antiagregación (61,2%), 21 ACOD (18,1%) y 12 antiagregación simple (10,3%). Hubo un fallecimiento perintervencionismo de causa desconocida y 3 casos de trombosis de dispositivo resuelta eficazmente. De los pacientes intervenidos por HD, la media de visitas a urgencias/hospitalizaciones por sangrado durante el año posterior al CPOI fue significativamente menor ($2,82 \pm 1,91$ frente a $0,51 \pm 0,4$; $p < 0,001$). No se han registrado ictus posprocedimiento.

Conclusiones: En la valoración de resultados del CPOI en nuestro centro se observa que es una intervención segura y eficaz en prevención de ictus y disminución del riesgo de sangrado. La significativa reducción de hospitalizaciones/visitas a urgencias por HD en estos pacientes sugiere además que es una medida eficiente para nuestro sistema sanitario.

630/87. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TIEMPOS DE COVID-19, ¿NOS AFECTA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona-Carmona, Diego Félix Arroyo-Moñino, Inés Sayago-Silva, Néstor García-González y Juan Carlos García-Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 ha causado millones de muertes directas e indirectas, empeorando el pronóstico de múltiples procesos, incluido el síndrome coro-

nario agudo (SCA). El objetivo es analizar esta influencia en nuestra población con SCA.

Métodos: Estudio observacional analítico, de pacientes ingresados en nuestra Unidad Coronaria por SCA el año de pandemia (AP: 15-3-2020 a 14-3-2021), comparados con los ingresados por SCA los 2 años anteriores (AA: 15-3-2018 a 14-3-2020). Dividimos AP en 4 grupos, según las principales olas: grupo1 (G1), 15-3-2020 a 31-5-2020; G2, 1-6-2020 a 31-8-2020; G3, 1-9-2020 a 30-11-2020, y G4, 1-12-2020 a 14-3-2021. Comparamos cada grupo con AA. Tiempos en minutos (mediana; intervalo intercuartílico).

Resultados: Incluimos 705 pacientes, 257 en AP y 448 en AA. Tasa de ingresos: 0,61 pacientes/día en AA y 0,70 pacientes/día en AP. Por periodos: 0,56, 0,64, 0,83 y 0,76 pacientes/día en G1, G2, G3 y G4, respectivamente. Del total, 457(64,8%) pacientes presentaron SCACEST. Edad media: $63,10 \pm 12,34$ años; el 73,9% fueron hombres. Sin diferencias significativas entre grupos de estudio ni subgrupos. No diferencias significativas en perfil de riesgo (FRCV/antecedentes) ni en marcadores de riesgo al ingreso (TIMI/CRUSADE/TAS/FC). Un 28,8% de pacientes de AP ingresaron 48 h después del inicio de los síntomas, frente al 12,9% en AA ($p < 0,001$). Diferencia mayor en SCACEST (el 29,9% AP frente al 9,3% AA; $p < 0,001$) que en SCASEST (el 26,7% AP frente al 19,6% AA; $p > 0,05$). En SCACEST hubo retraso del 1.º contacto médico (76 min [30; 238] AP frente a 48 min [25; 138] AA; $p < 0,05$), pero no en acceso al hospital o ICP-primaria. En SCASEST hubo retraso del 1.º contacto (143 min [44; 775] AP frente a 69 min [30; 243] AA; $p < 0,05$) y del acceso al hospital (241 min [136; 1.417] AP frente a 176 min [94; 473] AA; $p < 0,05$), no en tiempo a angiografía. En G1, un 14,3% SCACEST no fueron tratados en agudo, un 82,1% recibió ICP y un 3,6% fibrinólisis, frente al 3,8, 8,9, 7,2%, respectivamente en AA ($p < 0,05$). Además, en G1: el 51,2% presentó FEVI preservada, el 31,7% disfunción ligera, el 4,9% moderada y el 12,2% severa, frente al 59,6, 11,4, 19,5 y 9,5%, respectivamente en AA ($p < 0,05$). Sin otras diferencias entre subgrupos. No diferencias entre grupos en tasa de complicaciones o supervivencia, la hospitalización se acortó en AP ($11,04 \pm 30,08$ días frente a $17,69 \pm 51,47$ días en AA).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la pandemia retrasó el tiempo al 1.º contacto médico en SCA, pero acortó tiempos intrahospitalarios. No encontramos diferencias significativas del perfil epidemiológico o de resultados clínicos, tampoco entre olas.

630/88. IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA EN HOSPITAL SIN SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

José Antonio Aparicio Gómez, Isabel María Jorquera Lozano, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La patología valvular aórtica es una patología frecuentemente asociada a la edad avanzada y, con ello, a pacientes frágiles que presentan un riesgo quirúrgico difícilmente asumible. Debido al avance de las técnicas percutáneas, el implante valvular aórtico transcatheter (TAVI) toma cada vez mayor fuerza en este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es analizar la morbilidad tras TAVI en un centro sin servicio de cirugía cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados para implante TAVI durante un tiempo de seguimiento de 36 meses. Se analizaron características clínicas así como morbilidad durante ingreso y seguimiento posterior.

Resultados: Se incluyeron un total de 73 pacientes que ingresan de forma programada para implante de TAVI en posición