

# REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

## 57º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología. Congreso Andaluz de las Enfermedades Cardiovasculares

Granada, 8-10 de mayo de 2024

### COMUNICACIONES

#### 755/2. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL EN HOSPITAL TERCIARIO

Ismael Arco Adamuz<sup>1</sup>, Eliecer Soriano Paya<sup>2</sup>, Elizabeth Pereira Pérez<sup>2</sup>, María José Espigares Huete<sup>2</sup>, Francisco Javier Bermúdez Jiménez<sup>1</sup>, Laura Jordán Martínez<sup>1</sup> y Silvia López Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad renal es una de las comorbilidades más prevalentes en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) crónica. El impacto clínico en vida real del abordaje multidisciplinar es desconocido. Nuestro objetivo es evaluar el perfil clínico y el impacto de la atención multidisciplinar en el seguimiento en los pacientes incluidos en la unidad cardiorrenal (UCR).

**Métodos:** Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes con SCR que realizaron seguimiento en la UCR. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables categóricas a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Para estudiar la evolución del FG, creatinina, potasio y FEVI se ha llevado a cabo un modelo de efectos mixtos línea. Se utilizó el programa estadístico STATA versión 16.

**Resultados:** Se incluyeron 53 pacientes, siendo 45 varones (84,9%), con una edad media de 75 ± 8,5 años. El 49% etiología isquémica, 22,24 ± 10,17 ml/min media FG, 41 ± 10,5% media FEVI. Tras 1 año de seguimiento, 6 pacientes fallecieron (4 causa cardiovascular y 2 no cardiovascular), 5 fueron dados de alta de la unidad y 3 iniciaron terapia renal sustitutiva. Se realizaron 60 intervenciones terapéuticas en hospital de día. A los 12 meses no hubo diferencias en función sistólica de ventrículo izquierdo (41 ± 10,5% vs. 41,5 ± 10,6%;  $p < 0,467$ ) ni en filtrado glomerular (23,12 ± 7,17 ml/min vs. 22,24 ± 10,17 ml/min;  $p = 0,171$ ). Sin embargo, sí hubo un aumento del número de pacientes con mejor clase funcional ( $p = 0,06$ ) y una tendencia a una mayor implementación del tratamiento fundacional de IC sin cambios significativos en los niveles de potasio sérico ( $p = 0,119$ ). Finalmente, tras una mediana de seguimiento de 7,8 ± 9,2 meses se objetivó una reducción significativa de las visitas a urgencias ( $p = 0,018$ ) e

ingresos hospitalarios ( $p = 0,022$ ), respecto al año previo a su reclutamiento.

**Conclusiones:** Los pacientes atendidos en la UCR tienen un perfil de alta complejidad. La atención en la UCR ha conllevado una mejoría de la clase funcional, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios. Además, este tipo de consultas multidisciplinares posibilita la optimización de los tratamientos de IC con seguridad.

#### 755/4. UTILIDAD DEL USO DE LA ESTRATEGIA DE CO-REGISTRO CON IFR EN LESIONES CORONARIAS LARGAS, EN TÁNDEM Y/O DIFUSAS. RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO ILARDI

Ignacio Gallo Fernández<sup>1</sup>, Francisco José Hidalgo Lesmes<sup>2</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>2</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Javier Suárez de Lezo<sup>2</sup> y Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con lesiones coronarias secuenciales y difusas sometidos a una intervención coronaria percutánea siguen teniendo un alto riesgo de sufrir eventos cardiovasculares en el seguimiento a pesar de la mejora en la seguridad y eficacia de los nuevos stents liberadores de fármacos y las técnicas coadyuvantes. El objetivo del estudio fue analizar la utilidad de una estrategia de revascularización guiada mediante SyncVision/iFR respecto a una estrategia guiada por angiografía en pacientes con este tipo de lesiones.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, controlado y abierto que compara una estrategia de revascularización guiada mediante SyncVision/iFR respecto a una estrategia guiada por angiografía en pacientes con lesiones angiográficamente significativas secuenciales o difusas. El objetivo primario fue la reducción de la longitud media del stent implantado. El objetivo secundario fue un compuesto de muerte vascular, infarto de miocardio, trombosis probable o definitiva del stent, revascularización de nueva lesión o fracaso de la lesión diana (MACE). El periodo de seguimiento fue de 12 meses.

**Resultados:** Se aleatorizaron un total de 100 pacientes, 49 pacientes se asignaron al grupo de revascularización guiada por angiografía y 51 al grupo guiado por SyncVision. No se encon-

traron diferencias significativas en las variables clínicas ni anatómicas. El valor de iFR basal fue de  $0,67 \pm 0,19$  vs.  $0,71 \pm 0,16$ ,  $p = 0,279$ , respectivamente. La longitud media de la lesión fue  $39,8 \pm 12$  vs.  $42,3 \pm 12$  mm,  $p = 0,297$ . Sin embargo, la longitud media del stent fue significativamente menor en el grupo de intervención ( $43,1 \pm 15$  vs.  $32,7 \pm 17$  mm,  $p = 0,002$ ). A los 12 meses de seguimiento se observaron 6 MACE, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos (1 (2%) vs. 5 (10%)  $p = 0,128$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con lesiones coronarias secuenciales, largas o difusas, una estrategia de revascularización guiada por SyncVision demostró una reducción de la longitud global del stent implantado respecto una estrategia guiada por angiografía, sin diferencias en la incidencia de eventos cardiacos adversos mayores en el seguimiento.

### 755/8. ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR MICROORGANISMOS DE LA FLORA ORAL. CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y MORTALIDAD A LO LARGO DE UN PERIODO DE 35 AÑOS (1987-2022)

Paula Anguita Gámez<sup>1,2</sup>, Rafael González Manzanares<sup>3</sup>, Diana Ladera Santos<sup>3</sup>, Laura Calvo Gutiérrez<sup>3</sup>, Rafael Iglesias López<sup>3</sup>, Laura Velarde Morales<sup>3</sup>, José López Aguilera<sup>3</sup>, Juan Carlos Castillo Domínguez<sup>3</sup>, Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>3</sup> y Manuel Anguita Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Facultad de Salud, HM Hospitales, Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) causada por microorganismos de la flora oral (EIMFO), habitualmente *Streptococcus viridans*, es tradicionalmente considerada como una EI «más benigna». Pero no existen estudios recientes que corroboren si esto sigue siendo así, o si sus características y pronóstico también han cambiado, ya que los estudios actuales se centran en las nuevas formas de EI. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas, tratamiento y mortalidad hospitalaria de la EIMFO en nuestro medio, y los cambios acontecidos en los últimos 35 años.

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico, de cohortes prospectivo que incluye todos los casos de EI diagnosticados y seguidos de forma prospectiva en nuestro centro desde 1987. Se han identificado los casos de EIMFO y se han analizado las tendencias temporales de sus características desde 1987 a 2022, por periodos de 5 años.

**Resultados:** Entre 1987 y 2022 se han diagnosticado en nuestro centro 569 casos de EI, de los que 104 (18,5%) fueron EIMFO (100 por *S. viridans*, 2 por *Abiotrophia*, 1 por *Porphyromonas* y 1 por *Granulicatella*). Su incidencia relativa, sobre el total de EI, de casos de EIMFO se redujo significativamente en el periodo estudiado, bajando del 18,9% en 1987-1992 al 12,2% en 2018-2022;  $p = 0,044$ . Con excepción de un aumento de la edad media ( $p < 0,001$ ) y de una tendencia a una mayor frecuencia de EI protésicas ( $p = 0,15$ ), no hubo cambios en el sexo, complicaciones ni % de EI nosocomial. Se operaron en fase activa el 57,3% de los pacientes, sin cambios a lo largo de los 35 años. La mortalidad hospitalaria fue globalmente del 12,4%, disminuyendo hacia las épocas más recientes ( $p = 0,042$ ), siendo significativamente más baja que la de la serie global (26,2%;  $p = 0,023$ ).

**Conclusiones:** La EIMFO representa casi el 20% de todos los casos de EI en nuestro medio, aunque se observa una reducción de su frecuencia relativa en los años más recientes. El perfil clínico (con excepción de una mayor edad) y la necesidad de cirugía no han cambiado de forma significativa en los

últimos 35 años, mientras que la mortalidad hospitalaria, más baja que la del resto de las EI, se ha reducido.

### 755/10. CARACTERÍSTICAS, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO A 1 AÑO EN UNA SERIE CONTEMPORÁNEA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA SEGUIDOS EN UNIDADES DE INSUFICIENCIA CARDIACA. DIFERENCIAS SEGÚN EL TIPO DE UNIDAD

Manuel Anguita Sánchez<sup>1</sup>, María Anguita Gámez<sup>2</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Juan Luis Bonilla Palomas<sup>3</sup>, Alejandro Recio Mayoral<sup>4</sup>, Nieves Romero Rodríguez<sup>5</sup>, Javier Muñoz García<sup>6</sup>, Ángel Cequier Fillat<sup>7</sup>, Francisco Javier Elola Somoza<sup>8</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>6</sup>Universidad de La Coruña, La Coruña. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>8</sup>Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS), Madrid. <sup>9</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo (HUT), Toledo.

**Introducción y objetivos:** La introducción de unidades específicas de IC ha mejorado el manejo de los pacientes con esta enfermedad, gracias a una mejor organización y gestión de los recursos disponibles. La Sociedad Española de Cardiología ha definido 3 tipos de unidades de IC (comunitarias, especializadas y avanzadas) de acuerdo con su complejidad y cartera de servicios. Nuestro objetivo es analizar en un registro contemporáneo de pacientes con IC seguidos en unidades de IC en España si las características y resultados en el seguimiento son similares o distintos entre los 3 tipos de unidades.

**Métodos:** Se han analizado los datos del registro del programa de acreditación de calidad SEC-Excelente-IC de la SEC, con 1.716 pacientes incluidos en 2019-2021 por 45 unidades de IC acreditadas. Los pacientes se incluyeron de forma consecutiva en dos cortes de 1 mes (marzo y octubre) en ese periodo. Se compararon las características, tratamiento y la incidencia de muerte, ingresos por IC y descompensaciones totales al año de seguimiento entre las unidades comunitarias y las especializadas/avanzadas.

**Resultados:** De los 1.716 pacientes, el 55,5% fueron atendidos en unidades comunitarias, el 65,9% en unidades especializadas y el 20,9% en unidades avanzadas. Las unidades comunitarias trataron a pacientes de mayor edad y con más IC preservada, y el uso de sacubitrilo-valsartán y DAI fue menor, sin diferencias en el resto de las características, comorbilidades ni tratamientos. La mortalidad total fue del 27,5% en las unidades comunitarias y del 15,5% en las especializadas/avanzadas ( $p < 0,001$ ). Los ingresos por IC (39,7 vs. 29,2%;  $p = 0,019$ ), las descompensaciones de IC sin necesidad de ingreso (16,4 vs. 11,3%;  $p = 0,074$ ), las descompensaciones totales (56,1 vs. 40,5%;  $p = 0,003$ ), y el combinado de muerte/ingreso por IC (45,2 vs. 31,4%;  $p = 0,005$ ) fueron estadísticamente mayores en las unidades comunitarias. El seguimiento en una unidad comunitaria fue un predictor independiente de mayor tasa de todos esos eventos en el estudio multivariante.

**Conclusiones:** Las características y el tratamiento de los pacientes atendidos en los 3 tipos de unidad de IC fueron bastante homogéneos. Sin embargo, la tasa de eventos a 1 año de los pacientes atendidos en unidades comunitarias fue significativamente más elevada.

### 755/11. ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA SIN USO DE REGISTRO INTRACAVITARIO COMO TÉCNICA SIMPLIFICADA DE IMPLANTE

Manuel Molina Lerma, Pablo Sánchez Millán, Luis Tercedor, Juan Jiménez Jáimez, Guillermo Ballesteros y Miguel Álvarez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** Parte de la complejidad de la técnica de estimulación en rama izquierda (ERI) recae en identificar la zona del haz de his como referencia mediante un registro intracavitario conectado a un polígrafo para localizar la zona donde penetrar el electrodo. El objetivo de este trabajo es demostrar la factibilidad del implante del electrodo en rama izquierda sin uso de registro intracavitario ni de referencia hisiana con el fin de simplificar la técnica.

**Métodos:** Estudio unicéntrico y prospectivo de 24 pacientes consecutivos con indicación de estimulación cardiaca a los que se realizó ERI. Solo dos operadores participaron en el estudio, uno con más de 300 casos de ERI y el otro con menos de 20. El procedimiento se basó en un abordaje mixto fluoroscópico y eléctrico: en proyección oblicua anterior derecha se colocaba la vaina 2-3 cm hacia el ápex respecto a un punto central imaginario que generaba la silueta cardiaca; si se conseguía morfología de «W» en V1, se penetraba el electrodo en proyección oblicua izquierda hasta conseguir los criterios de ERI (morfología BRD en V1 + intervalo espícula-V6 < 80 ms + intervalo Inter pico V1-V6 < 33 ms). No se usó registro intracavitario en ningún caso. Se hizo un seguimiento de marcapasos, clínico y electrocardiográfico a los 3 meses.

**Resultados:** Se consiguió captura de rama izquierda en 23 pacientes (éxito 95,8%). En el caso del fracaso se consiguió estimulación septal con QRS estimulado más estrecho que el basal (paciente no respondedor a CRT biventricular). Se necesitó cambiar la vaina en 2 pacientes, ambos por imposibilidad de penetrar el septo interventricular. En ambos casos se cambió la vaina preformada (C315) por la deflectable (C304HIS) de Medtronic. No hubo diferencias en el tiempo de escopia, de procedimiento, anchura de QRS ni parámetros de estimulación entre los casos del operador con más experiencia (n = 18) respecto al de menos. No hubo complicaciones durante el procedimiento. Los umbrales y la FEVI permanecieron estables y sin variaciones significativas a los 98 días de media de seguimiento.

**Conclusiones:** El abordaje mixto fluoroscópico-eléctrico sin uso de registro intracavitario es eficaz y seguro para conseguir ERI.

### 755/12. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSPECTIVO DIABET-IC

Manuel Anguita Sánchez<sup>1</sup>, María Anguita Gámez<sup>2</sup>, Rafael González Manzanera<sup>4</sup>, Juan Luis Bonilla Palomas<sup>3</sup>, Vicencio Barrios Alonso<sup>4</sup>, Antonio Pérez Pérez<sup>2</sup>, Javier Muñoz García<sup>6</sup>, José Antonio Gimeno Orna<sup>7</sup>, Juan Carlos Castillo Domínguez<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>6</sup>Ciencias de la Salud, Medicina preventiva y salud pública, Universidad de La Coruña, La Coruña. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>8</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo (HUT), Toledo.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los grandes problemas de salud en la actualidad en nuestro medio. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un importante factor de riesgo cardiovascular, pudiendo aumentar la carga de IC a través de diversos mecanismos. La incidencia de IC en la DM2 no ha sido bien estudiada. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia y la incidencia de IC en pacientes con DM2.

**Métodos:** El estudio DIABET-IC es un estudio longitudinal de cohortes, prospectivo y multicéntrico, que incluyó 1.249 pacientes consecutivos con DM2 en 2018-2019 en 30 centros españoles en consultas de cardiología y endocrinología. Se analizó la prevalencia de IC en la visita de inclusión, así como la incidencia de IC (nuevos diagnósticos) durante un seguimiento de 3 años.

**Resultados:** La edad fue de 67,3 ± 9,9 años, con un 31,7% de mujeres. El 61,9% se incluyeron en cardiología y el 38,1% en endocrinología. Existía historia previa de enfermedad coronaria en el 38,6%, cardiopatía hipertensiva en el 21% y fibrilación auricular en el 31,9%. La prevalencia de IC en la visita basal fue del 39,2% (FEVI reducida 17,3%, ligeramente reducida 8,1%, preservada 13,8%). Tras un seguimiento de 1.935/100 personas-año de los casos sin IC basal, se diagnosticaron 58 casos incidentes de IC, 7,6% (32 en el primer año, 13 en el segundo y 13 en el tercer año de seguimiento). La tasa de incidencia fue de 3,01/100 personas-año (IC95%: 2,30-3,92). El 23,7% fueron con FEVI reducida, 28,9% con FEVI ligeramente reducida y 47,4% preservada. La incidencia fue mayor en los pacientes seguidos por endocrinología (3,90 vs. 2,90/100 personas-año; p = 0,042). Al final del seguimiento, incluyendo la prevalencia basal, un 46,8% de todos los pacientes habían sufrido IC.

**Conclusiones:** La prevalencia y la incidencia de IC en pacientes con DM2 son muy elevadas. La incidencia de IC se encuentra en torno al 3% por año, lo que supone una tasa casi 8 veces superior a la encontrada en grandes estudios realizados en población general. Aproximadamente la mitad de los casos nuevos fueron IC con FEVI preservada, y la otra mitad con FEVI < 50%.

### 755/13. EXPERIENCIA DURANTE DIEZ AÑOS EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA EN REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA BORDE-BORDE MEDIANTE DISPOSITIVO MITRACLIP®

Carmen Lluch Requerey, Jesús Díaz Gutiérrez, Elena Izaga Torralba, Alba Abril Molina, Óscar Lagos Degrande, Santiago Camacho Freire, María Jessica Roa Garrido y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** Una opción adecuada en pacientes de alto riesgo con insuficiencia mitral grave, es la reparación mitral percutánea transcáteter borde a borde. Los datos de centros sin servicio de cirugía cardiaca presencial son muy escasos. El objetivo del presente estudio es evaluar la seguridad de la reparación mitral percutánea borde-borde en la vida real en un centro sin cirugía que lleva casi diez años implantando MitraClip®.

**Métodos:** Registro unicéntrico prospectivo desde noviembre de 2013 hasta enero de 2024 de implante de MitraClip® en un centro sin cirugía cardiaca. Se incluyeron 51 pacientes consecutivos de alto riesgo con insuficiencia mitral grave, no candidatos para reparación quirúrgica en los que se implantó MitraClip®. Los eventos fueron definidos de acuerdo con el Consorcio de Investigación Académica de la Válvula Mitral (MVARC).

**Resultados:** Las características basales fueron:

- Edad 77 años [70-82]
- Género femenino 27(53%)
- Hipertensión 45 (88%)
- Diabetes 26 (51%)
- Enfermedad renal crónica 33 (65%)
- EUROSCORE II Score mediana 5,92 [2,95-11]
- EUROSCORE I Score mediana 21,26 [10-37]
- Society of Thoracic Surgeons Score (STS) 3,2 [2,3-5,2]
- Fracción de eyección ventricular izquierda previa (FEVI) 55% [35-65]
- Insuficiencia mitral crónica 45 (88%)
- Insuficiencia mitral funcional 21 (41%)
- Péptidos natriuréticos pre-Mitraclip 3.667 [1.441-15.902]
- Péptidos natriuréticos post-Mitraclip 2.906 [1.272-5.867]
- Tasa de éxito 98%
- Número de clips implantados 1,24 ± 0,43
- Pacientes que cumplen los criterios de exclusión COAPT 41,2%
- Tasa de rehospitalización 14%
- Complicaciones en el acceso vascular 2%
- Complicaciones mayores 0%
- Muerte cardiovascular cumpliendo criterios de exclusión COAPT 35,4
- Número medio de días hasta muerte 388 ± 676 días
- Muerte cardiovascular (CV) durante el primer mes 4%
- Muerte CV durante el primer año 4%
- Número medio de días hasta la primera rehospitalización 157 ± 309
- Rehospitalizaciones el primer mes de seguimiento 5,8%
- Rehospitalizaciones el primer año de seguimiento 11,7%

Los pacientes con criterios de exclusión COAPT presentaron un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares, impulsado principalmente por la mortalidad CV a los 30 días (OR 6, IC95% [1,003-35,908],  $p < 0,001$ ), estabilizándose posteriormente según la curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Conclusiones:** En centros sin cirugía cardíaca, la reparación mitral con MitraClip® es una opción factible, con una excelente tasa de éxito y una muy baja tasa de complicaciones. Los criterios de exclusión COAPT asocian un peor pronóstico a corto plazo.

#### 755/14. LA IMPORTANCIA PRONÓSTICA DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Virginia Pérez Ramírez, Cristóbal Estrada, Cecilia Prados Murcia, Patricia Azañón Cantero y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La historia natural de la IC de novo (ICN) es variable y difícil de predecir, siendo fundamental la identificación de la etiología y el tratamiento precoz. Aún faltan datos que esclarezcan posibles diferencias en la evolución entre pacientes que inician seguimiento en Unidad de IC tras un debut, frente aquellos que lo hacen tras un episodio de empeoramiento de IC crónica (ICC).

**Métodos:** Estudio unicéntrico, transversal y analítico, en el que incluimos consecutivamente desde abril de 2016 hasta diciembre de 2022 pacientes en seguimiento en nuestra UIC, realizando un análisis comparativo entre aquellos con ICN frente a ICC. **Resultados:** Incluimos a 441 pacientes, FEVI media 31%. 202 con ICN y 239 con ICC. Se objetivaron diferencias atendiendo al sexo y a la edad, más jóvenes y menor porcentaje de mujeres con ICN. El grupo con ICC mostró mayor prevalencia de etiología isquémica frente a no isquémica ( $p = 0,07$ ), de fibro-

sis ( $p = 0,04$ ) y de comorbilidades: HTA ( $p = 0,018$ ), dislipemia ( $p = 0,007$ ), FA/flutter ( $p = 0,021$ ) y enfermedad renal crónica ( $p < 0,001$ ). Al inicio del seguimiento, no se encontraron diferencias atendiendo a la clase funcional (CF), valor de FEVI o NT-proBNP, grado de insuficiencia mitral (IM) o probabilidad de hipertensión pulmonar (HTP). Sin embargo, en la última revisión, el grupo ICN mostraba mejor CF ( $p < 0,001$ ), menores valores NT-proBNP ( $p = 0,017$ ), menor grado de IM y de probabilidad de HTP ( $p < 0,001$ ) y mayor incidencia de FEVI mejorada ( $p < 0,001$ ); así mismo, mostraron mayor prevalencia de disfunción de ventrículo derecho al inicio del seguimiento ( $p < 0,07$ ) y menor tras el mismo ( $p < 0,001$ ). Se observó un uso superior de ARAII e iSGLT2 y menor feroterapia, diuréticos y dispositivos de estimulación. El grupo con ICN presentó menos eventos durante el seguimiento: mortalidad por cualquier causa, reingresos por empeoramiento de la IC y arritmias ventriculares.

**Conclusiones:** Los pacientes que inician seguimiento en nuestra UIC por ICN muestran menos comorbilidades, prevalencia de etiología isquémica y fibrosis, asociando un pronóstico favorable, logrando mayor mejoría de FEVI, clase funcional, grado de IM, probabilidad de HTP, biomarcadores y eventos en el seguimiento. Por todo ello, remarcamos la gran importancia del tiempo de evolución y del tratamiento médico óptimo precoz.

#### 755/15. PROYECTO HEART-BRAIN: EFECTOS DEL EJERCICIO DE ALTA INTENSIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Sara Corpas Pérez<sup>1</sup>, Norberto Herrera Gómez<sup>1</sup>, Víctor Manuel López Espinosa<sup>2</sup>, Rosa María Alonso Cuenca<sup>3</sup>, Ricardo Francisco Rivera López<sup>2</sup>, Eduardo Moreno Escobar<sup>1</sup>, Rocío García Orta<sup>2</sup>, Rafael Peñafiel Burkhardt<sup>2</sup>, Alberto González García<sup>4</sup> y Francisco José Amaro Gahete<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>3</sup>Unidad de Enfermería, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>4</sup>Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada. <sup>5</sup>Grupo de Investigación PROFITH, Instituto Mixto Universitario Deporte y Salud, Universidad de Granada, Granada.

**Introducción y objetivos:** El proyecto Heart-Brain es un ensayo controlado aleatorio diseñado para examinar los efectos de dos programas de ejercicio diferentes de 12 semanas de duración: 1) entrenamiento aeróbico en intervalos de alta intensidad (HIIT) y 2) HIIT aeróbico más entrenamiento de resistencia, sobre la salud a nivel cerebral y otros beneficios cardiovasculares en pacientes con enfermedad coronaria. El objetivo primario es el cambio en el flujo sanguíneo cerebral global desde el inicio hasta las 12 semanas, determinado mediante realización de resonancia magnética cerebral. Como objetivos secundarios se encuentran objetivar cambios en diferentes marcadores de salud cerebral, vascular y cardíaco: cambios estructurales y en la función cerebral mediante resonancia magnética cerebral, cambios en la hemodinámica vascular y cardíaca determinados mediante ecografía, valoración de la función cognitiva, salud mental, calidad de vida, factores de riesgo cardiovascular, salud física y marcadores biológicos sanguíneos, orales e intestinales.

**Métodos:** Es un ensayo controlado aleatorio, simple ciego, compuesto por tres brazos comparativos: un grupo de control en lista de espera y dos grupos de intervención que recibirán dos programas diferentes de ejercicio supervisado: 1) entrenamiento aeróbico en intervalos de alta intensidad (HIIT) y 2) una combinación de HIIT aeróbico más entrenamiento de resisten-

cia. El estudio se llevará a cabo en 90 pacientes con enfermedad coronaria que cumplan con los criterios de inclusión propuestos.

**Resultados:** El proyecto actualmente se encuentra en realización. Fecha inicio 19-04-2022. Fecha fin prevista 06/2024.

**Conclusiones:** El proyecto Heart-Brain dará información sobre cómo el ejercicio puede afectar la salud cerebral en pacientes con enfermedad coronaria, así como los mecanismos que vinculan el ejercicio con el corazón y el cerebro, cambios a nivel de diferentes funciones cognitivas y otros cambios a nivel vascular y cardiaco. Los resultados del proyecto Heart-Brain tendrán importantes implicaciones clínicas ayudando a establecer estrategias preventivas eficaces basadas en el ejercicio de alta intensidad en pacientes que presentaban enfermedad coronaria previa.

### 755/16. DIFERENCIAS POR SEXO EN RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA PROPRTEÍNA CONVERTASA SUTILISIN/KEXIN-9 EN NUESTRA ÁREA

Beatriz Calvo Bernal, Leidy Serrao Faria, Miriam Auxiliadora Martín Toro, Fernando Candanedo Ocaña, Candela Clara González Vicario y Manuel Santiago Herruzo Rojas  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisin/kexin-9 (iPCSK9) son fármacos hipolipemiantes potentes con eficacia demostrada. Estudios recientes plantean una menor efectividad en las mujeres, señalando que los niveles séricos de PCSK9 son mayores en las mismas, lo que podría explicar parcialmente su menor respuesta a esta clase de hipolipemiantes. El objetivo del presente estudio es describir las diferencias en el control de LDL según el sexo en los pacientes tratados con inhibidores de PCSK9.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de casos consecutivos. Se incluyeron a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con iPCSK9 desde 1 de enero/2016 hasta 31 de diciembre/2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y eventos cardiovasculares en el seguimiento.

**Resultados:** N = 121 pacientes, edad media: 62,33 ± 9,4 años, mujeres 37,2% (45), edad media mujeres: 63,61 ± 9,5 años y varones 61,59 ± 9,3 años, HTA: 57,8% mujeres y 65,8% varones, diabetes: 26,7% mujeres y 38,2% varones, tabaquismo y extabaquismo: 44,5% mujeres y 76,3% de los varones. Seguimiento: 35,8 ± 16,5 meses. Tipo de iPCSK9: evolocumab: 69,4%, alirocumab 75 mg: 27,3%, alirocumab 150 mg: 3,3%. Evento cardiovascular previo: 71,1% mujeres y 93,4% varones con diferencias significativas (p = 0,006). Media de cLDL previo inicio de iPCSK9 en mujeres (167,98 ± 67,8 mg/dl) y varones (134 ± 43,5 mg/dl) (p = 0,001). Estatinas de alta potencia previa 57,9% (varones) vs. 53,3% (mujeres), tratamiento adicional con ezetimiba en varones: 63,2 vs. 53,3% mujeres. Intolerancia a estatinas: mujeres: 55,6% y varones 48,7%. Al año de tratamiento, media de cLDL: varones 60,6 ± 45,2 mg/dl y mujeres 79,5,6 ± 48,5 mg/dl (p = 0,056), objetivándose una diferencia estadísticamente significativa en la reducción total de cLDL: 97,48 ± 61,9 mg/dl en mujeres vs. 79,6 ± 41,5 mg/dl en varones (p = 0,005). 11,8% eventos cardiovasculares en varones vs. 17,8% mujeres durante el seguimiento, sin diferencias significativas.

**Conclusiones:** Nuestros resultados concuerdan con lo descrito en la literatura, objetivándose una mayor eficacia hipolipemiente al año de tratamiento en varones con iPCSK9, independientemente del tipo de inhibidor empleado y sin que se traduzca en un aumento significativo de eventos cardio-

vasculares en el seguimiento. El empleo de estatinas de alta potencia y ezetimiba es menor en mujeres.

### 755/18. INCIDENCIA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE CABLES DE DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS. ¿HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS 35 AÑOS? (1987-2022)

Laura Velarde Morales, Laura Calvo Gutiérrez, Diana Ladera Santos, Rafael Iglesias López, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una grave pero poco frecuente enfermedad, cuya epidemiología ha cambiado en las últimas décadas. Uno de los nuevos tipos de EI es la que afecta a los pacientes portadores de dispositivos de tratamiento eléctrico (marcapasos y DAI) (EISCD). Existen pocos estudios sobre este tipo de EI, sobre todo sobre su incidencia, que puede haber cambiado en los últimos años debido a los nuevos modelos de dispositivos y a las pautas de profilaxis usadas. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de EISCD en nuestro medio, así como los cambios a lo largo de los últimos 35 años.

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico, de cohortes que incluye todos los casos de EI diagnosticados y seguidos de forma prospectiva en nuestro centro desde 1987, de acuerdo con los criterios diagnósticos de EI de Von Reyn, Duke o de la ESC, según la época. Se ha analizado la proporción de casos de EISCD en la serie global y en tres periodos de tiempo (1987-2000, 2001-2013 y 2014-2022), así como su incidencia sobre el total de marcapasos/DAI implantados en cada periodo.

**Resultados:** Entre 1987 y 2022 se han diagnosticado en nuestro centro 569 casos de EI, de los que 29 fueron EISCD (5,1% del total). Se observó un aumento del número y proporción de casos de EISCD de 1987-2000 a 2001-2013 (del 2,8% al 8,5%), pero con una reducción cuantitativamente similar entre ese periodo y 2014-2022, en donde volvió a un 2,6% (p = 0,008). En cuanto a la incidencia sobre el número de dispositivos implantados, esta fue de 2,1 por 1.000 implantes, aumentando desde 1987-2000 a 2001-2013 (de 2,2 a 3,9 por 1.000) y disminuyendo en 2014-2022, hasta 0,6 por 1.000 (p = 0,032).

**Conclusiones:** La EISCD representa uno de cada 20 casos de EI en nuestro centro, y tiene una incidencia de casi 3 casos por 1.000 implantes de marcapasos/DAI, aunque esta incidencia, que aumentó de forma significativa entre 2000 y 2013, parece haberse reducido significativamente en la última década. Es posible que una mejora en las medidas de asepsia y en las pautas de profilaxis haya contribuido a este descenso.

### 755/19. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN OCTOGENARIOS. ¿ES DIFERENTE A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DE MENOR EDAD?

Rafael Iglesias López, Laura Calvo Gutiérrez, Diana Ladera Santos, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una grave enfermedad, cuyas características epidemiológi-

cas y clínicas se han modificado en las últimas décadas. Uno de los cambios más importantes es el aumento de la edad de los pacientes que la sufren, lo que puede influir en un peor perfil clínico y pronóstico. El objetivo de nuestro estudio es analizar las EI en octogenarios y comparar sus características con las de los pacientes de menos de 80 años.

**Métodos:** Para ello, hemos analizado todos los casos de EI diagnosticados de forma consecutiva en nuestro centro entre 1987 y 2022, y se han identificado los pacientes de 80 o más años en el momento del diagnóstico, comparándose sus características clínicas, de manejo y pronósticas con las del subgrupo de menor edad.

**Resultados:** De los 569 casos de EI, 26 se dieron en pacientes de 80 años o más (4,7%). La edad fue de  $82 \pm 1$  años (frente a  $54 \pm 8$  en el grupo de menor edad,  $p < 0,001$ ), con proporción similar de mujeres. Hubo una tendencia a una menor proporción de hemodiálisis (5 frente a 11%,  $p = 0,07$ ) y de EI sobre cable de dispositivos (7 frente a 23%,  $p = 0,07$ ) en los pacientes mayores. Las EI protésicas precoces fueron más frecuentes en los pacientes mayores (37 frente a 22%,  $p = 0,03$ ), al igual que la etiología degenerativa (52 frente a 29%). Solo se operaron el 8% de los pacientes octogenarios, por el 57% de los de menor edad ( $p < 0,001$ ). La tasa de complicaciones graves fue inferior en los octogenarios (46 frente a 77%,  $p < 0,001$ ), a expensas de una menor incidencia de insuficiencia cardiaca (19 frente a 652%,  $p < 0,001$ ) y de ictus (4 frente a 17%,  $p = 0,06$ ). La mortalidad precoz intrahospitalaria fue similar (25 y 26%, respectivamente, NS).

**Conclusiones:** La EI en pacientes octogenarios tiene en nuestra experiencia unas características clínicas similares a las de los pacientes de menor edad, presentando una menor tasa de complicaciones graves (sobre todo, insuficiencia cardiaca), y siendo intervenidos en una muy baja,  $< 10\%$ , proporción de los casos. A pesar de ello, la mortalidad precoz es similar a la de los pacientes de menos de 80 años.

#### 755/20. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE PRÓTESIS VALVULAR PULMONAR: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO

Laura Calvo Gutiérrez, Rafael Iglesias López, Diana Ladera Santos, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una de las complicaciones más temidas en pacientes con cardiopatías congénitas portadores de prótesis en el tracto de salida del ventrículo derecho. Con el objetivo de conocer las características clínicas en este subgrupo de pacientes, hemos analizado todos los casos de EI sobre prótesis valvulares en posición pulmonar (EIPVP) en nuestro centro y la hemos comparado con el resto de los pacientes con EI.

**Métodos:** Desde el año 2000 hemos diagnosticado en nuestro centro 375 casos de EI de los cuales en 9 casos eran EIPVP: 3 casos de prótesis percutánea Melody y el resto sobre un homoinjerto (4 con cirugía de Rastelli y 2 con cirugía de Ross). Para el diagnóstico de EI se utilizaron los criterios vigentes en cada época (Duke y Sociedad Europea de Cardiología).

**Resultados:** La edad media de los pacientes con EIPVP era  $31 \pm 15$  años y el 89% fueron varones. Se identificó la puerta de entrada en el 44% y hubo un procedimiento invasivo relacionado con la infección en el 56% de los casos. Se identificó en todos menos en 1 caso (88,9%) el microorganismo responsable: 3 *Streptococcus*

*viridans*, 2 *Staphylococcus aureus*, 2 *Staphylococcus epidermidis* y 1 enterococo. Se detectaron vegetaciones en el ecocardiograma en todos menos en 1 paciente (88,9%). El uso del PET TAC para el diagnóstico fue determinante en el 33,3% (3 casos). La tasa de complicaciones graves durante la fase activa fue similar en el grupo de EIPVP y en el resto de los casos (78% vs. 75% de la serie), siendo las más frecuentes la insuficiencia cardiaca (5 casos) y sepsis persistente (4 casos). Se intervinieron durante la fase activa 6 pacientes (67% vs. 55% del resto de la serie, NS) con un tiempo medio hasta la cirugía de 15 días. Un solo paciente se intervino de forma urgente. La mortalidad durante la fase activa fue similar en ambos grupos (22% vs. 26%, NS).

**Conclusiones:** La prevalencia de EI sobre prótesis pulmonares en nuestra serie es baja, con un perfil clínico, una tasa de cirugía y una supervivencia similares al resto de la serie.

#### 755/21. ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON MICROORGANISMO CAUSAL NO IDENTIFICADO. CAMBIOS EN SU INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS A LO LARGO DE UN PERIODO DE 35 AÑOS (1987-2022)

Laura Calvo Gutiérrez, Rafael Iglesias López, Diana Ladera Santos, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una grave enfermedad, con una elevada mortalidad intrahospitalaria. La correcta selección del tratamiento antibiótico específico frente al agente causal es fundamental para su tratamiento, por lo que la no identificación del microorganismo responsable es un factor de mal pronóstico en la EI. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de EI con microorganismo no identificado (EIMNI) y las características diferenciales con el resto de los casos de EI a lo largo de un periodo de 35 años.

**Métodos:** Hemos analizado todos los casos de EI diagnosticados de forma consecutiva en nuestro centro entre 1987 y 2022, y se han seleccionado los pacientes con EIMNI, evaluando su incidencia en tres periodos de tiempo (1987-99, 2000-2010 y 2011-2022), y comparándose sus características clínicas y pronósticas con las del subgrupo con identificación del agente causal.

**Resultados:** De los 569 casos de EI, 81 fueron EIMNI (15%). La proporción de EIMNI fue similar a lo largo de todo el periodo de estudio (11% en 1987-99, 15% en 2000-2010 y 17% en 2011-2022; NS). La edad media ( $55 \pm 10$  frente a  $58 \pm 9$  años) y el % de mujeres (33% en ambos) fueron similares en ambos grupos. Las EIMNI presentaron en menor proporción EI sobre cable de dispositivos (3,4 frente a 16,8%,  $p = 0,04$ ). No hubo diferencias en el tipo (protésica y nativa) y localización de la infección, ni cardiopatía de base. La incidencia de complicaciones graves fue similar (78,8 y 75,1%, NS), observándose una tendencia a una mayor realización de cirugía precoz en las EIMNI (60,5 frente a 53,6%), sobre todo por una mayor tasa de indicaciones urgentes/emergentes (25,9 frente a 16,1%,  $p = 0,09$ ). La mortalidad precoz intrahospitalaria fue significativamente mayor en las EIMNI (36,3 frente a 24,5%,  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de EIMNI se ha mantenido estable en los últimos 35 años en nuestro centro, en torno al 15% del total de EI. Aunque sus características clínicas y la incidencia de complicaciones graves son similares a las del resto de las EI, su mortalidad precoz es significativamente superior, lo que puede estar relacionado con una menor efectividad del tratamiento antibiótico no específicamente dirigido.

### 755/22. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS DE INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD

Diana Ladera Santos, Rafael Iglesias López, Laura Calvo Gutiérrez, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Rafael González Manzanares, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Las técnicas de intervencionismo estructural se han generalizado en el ámbito de la cardiología como primera línea de tratamiento para diversas valvulopatías. La endocarditis infecciosa (EI) es una complicación infrecuente pero muy grave que afecta más frecuentemente a pacientes con material protésico. Existe muy poca información en lo relativo a la frecuencia de EI en pacientes sometidos a implante de mitraclip, triclip, implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) o pulmonar. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la incidencia de EI en estas situaciones y sus características clínicas y resultados.

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico, de cohortes prospectivo que incluye todos los casos de EI diagnosticados y seguidos de forma prospectiva en nuestro centro desde 2008 a 2022. Se han identificado los casos de EI en este periodo en pacientes con implante de mitraclip, triclip, TAVI o recambio valvular pulmonar percutáneo.

**Resultados:** Entre 2008 y 2022 se diagnosticaron 266 casos de EI. De ellos, 15 se dieron sobre estos dispositivos (5,64%): 2 sobre 131 implantes de mitraclip (1,52%), 3 sobre 25 implantes de prótesis pulmonar percutánea (12%), 10 de EI sobre 778 TAVI (1,29%). No hubo ninguna EI sobre triclip. La edad fue de  $66 \pm 20$  años, y en un 73% de los casos el procedimiento invasivo se realizó en los 6 meses previos al diagnóstico. El agente etiológico más frecuente fue el enterococo (33%), seguido de estafilococo coagulasa negativo y *Staphylococcus aureus*. En el 47% de los casos no hubo evidencia de vegetación en el ecocardiograma transtorácico, detectándose en el transesofágico en el 87%. Dos tercios de los pacientes desarrollaron complicaciones graves, y un 53% presentaron síntomas de insuficiencia cardiaca. El 46% tenían indicación de cirugía precoz, operándose uno de forma urgente y 4 de forma electiva. La mortalidad total fue del 33%.

**Conclusiones:** La incidencia de EI en pacientes que se someten a procedimientos estructurales percutáneos fue similar a la de la EI en otros perfiles de pacientes en el caso del mitraclip y TAVI, llamando la atención la incidencia relativamente alta en el caso del implante pulmonar percutáneo. La mortalidad, aunque elevada, resultó inferior a la de otras series.

### 755/23. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL CON CONSUMO DE O<sub>2</sub> EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA Y BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA TRAS ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA (PROYECTO RI-O<sub>2</sub>)

Guillermo Gutiérrez Ballesteros, Francisco Mazuelos Bellido, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín y José María Segura Saint-Gerons

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La estimulación en zona de rama izquierda (LBBAP) es una alternativa a la terapia de resincronización convencional. Hasta la fecha en pacientes con miocar-

diopatía dilatada de etiología no isquémica (MCDNI) y bloqueo de rama izquierda (BRIHH) en los que se realizó LBBAP no se han evaluado los cambios relacionados con el consumo de oxígeno (VO<sub>2</sub>). Nuestro objetivo es analizar los cambios en el VO<sub>2</sub> en estos pacientes a los 6 meses de seguimiento y como objetivos secundarios evaluar los cambios ecocardiográficos, analíticos, en el test de los 6 minutos marcha (T6MM) y en la calidad de vida con el cuestionario de Kansas-City (KCCQ).

**Métodos:** Estudio prospectivo y unicéntrico de una cohorte de pacientes con MCDNI y BRIHH, en clase funcional de la NYHA II-IV pese a TMO y con FEVI < 40% en los que se realizó LBBAP. El estudio inició el reclutamiento en enero de 2022 y finalizó en agosto de 2023. Tanto basalmente como al menos 6 meses tras implante se realizaron ergoespirometría, ecocardiograma, T6MM, KCCQ y analítica. Excluimos a pacientes con MCDNI secundaria a estimulación crónica de ventrículo derecho y con fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.

**Resultados:** Incluimos 53 pacientes con media de edad de 64 años y 59% varones, de los que 50 completaron el seguimiento. El procedimiento de LBBAP fue exitoso en el 98,1% de los casos y observamos una reducción del complejo QRS de  $35 \pm 14$  ms ( $p < 0,01$ ). En el seguimiento observamos una mejoría del VO<sub>2</sub> pico de  $3,7 \pm 5,5$  ml/kg/min ( $p < 0,01$ ), del VO<sub>2</sub> en el VT1 de  $2,4 \pm 3,6$  ml/kg/min ( $p < 0,01$ ) y del tiempo de ejercicio de 2:36 min ( $p < 0,01$ ). Entre los objetivos secundarios observamos un incremento significativo de la FEVI del  $21 \pm 12\%$  ( $p < 0,01$ ), una reducción significativa del NT-ProBNP de  $1317 \pm$  /ml, un incremento en la distancia en el T6MM de  $37 \pm 57$  metros ( $p < 0,01$ ) y en la puntuación en el KCCQ de  $11 \pm 12$  puntos ( $p < 0,01$ ). Hubo 2 muertes de causa no cardiaca.

**Conclusiones:** En los pacientes con MCDNI y BRIHH la LBBAP produce una mejoría en el consumo de oxígeno a medio plazo junto con un incremento de la FEVI, la calidad de vida y la distancia recorrida en el T6MM.

### 755/24. CORRELACIÓN ENTRE COMPLEJIDAD DE LAS LESIONES CORONARIAS E ÍNDICE DE CASTELLI EN PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Candy Ceballos Gómez, Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Javier Mora Robles, Carlos Sánchez Sánchez y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El uso de parámetros lipídicos aislados resulta insuficiente para evaluar el riesgo cardiovascular. Existen índices lipoproteicos, como el índice de Castelli [IC] (CT/cHDL), que constituyen una mejor fuente de información para predecir eventos cardiovasculares comparados con sus componentes utilizados de forma independiente. Nuestro objetivo fue describir el perfil de pacientes jóvenes con SCA, y estudiar la posible correlación de la complejidad de las lesiones coronarias con el índice de Castelli.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo formado por 130 pacientes menores de 65 años ingresados tras SCA, desde junio/2022 a abril/2023. Para estudiar la correlación entre la complejidad de las lesiones coronarias (evaluada mediante SYNTAX score) y el valor de IC, se llevó a cabo el test estadístico de correlación de Pearson, estableciéndose la significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 79,2% eran varones y la edad media fue 55,8 años ( $\pm 7$ ). Respecto a FRCV, el 70,8% eran fumadores, 53,8% hipertensos y 27,7% diabéticos (con hemoglobina glicosilada promedio de  $6,1\% \pm 1,2$ ). En relación con el perfil lipídico clásico, los valores promedios, en mg/dl, fueron: CT 159,8 ( $\pm 40,9$ ), cHDL

35,8 ( $\pm 8,7$ ), cLDL 93,39 ( $\pm 34,8$ ), TG 155,5 ( $\pm 61$ ). Recogimos también otras moléculas que participan en el metabolismo lipídico (mg/dl): ApoB 98,4 ( $\pm 26,4$ ) y Lp(a) 53,1 ( $\pm 60,8$ ). Usando estos parámetros, calculamos varios cocientes: cLDL/cHDL 2,71 ( $\pm 1,14$ ), cLDL/ApoB 0,94 ( $\pm 0,18$ ), TG/cHDL 4,72 ( $\pm 2,3$ ) y el IC cuyo valor promedio fue 4,62 ( $\pm 1,37$ ). Con respecto a los hallazgos en la coronariografía, el 50% de los pacientes presentó lesión monovaso, el 31,9% enfermedad de 2 vasos y el 18,1% enfermedad de 3 vasos/tronco común izquierdo, siendo el promedio de SYNTAX score de 19,5  $\pm$  10,9. En el 55,4% de los casos se realizó ICP primaria. Se evidenció que cuanto mayor era el valor de IC, más complejas eran las lesiones coronarias, reflejándose esto en un SYNTAX score más elevado, con un nivel de significación estadística  $p = 0,008$ .

**Conclusiones:** En nuestra serie existe una correlación positiva entre el valor del IC y el SYNTAX score. Tras un SCA sería conveniente calcular de forma sistemática cocientes lipoproteicos, ya que constituyen factores predictores mayores de eventos cardiovasculares, aportando mayor información que parámetros lipídicos aislados.

### 755/25. ATRESIA PULMONAR CON SEPTO ÍNTEGRO: EFICACIA DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO Y PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A CORTO/MEDIO PLAZO

Candy Ceballos Gómez<sup>1</sup> y José Félix Coserría Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La atresia pulmonar con septo íntegro (APSI) es una cardiopatía congénita poco frecuente cuyo tratamiento pretende restaurar el flujo anterógrado pulmonar de forma quirúrgica o percutánea mediante perforación con radiofrecuencia (PRF), resultando este procedimiento a veces insuficiente, con necesidad de reintervenciones posteriores. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la reparación percutánea de la APSI, así como determinar los factores predictores de reintervención.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo con 18 pacientes diagnosticados de APSI y tratados con PRF y posterior valvuloplastia entre 2009-2018. Para comparar los pacientes en los que esta técnica constituyó el tratamiento definitivo frente los que fueron reintervenidos, se empleó T-Student para datos independientes y U-Mann-Whitney, estableciendo la significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 55,6% eran varones con una edad gestacional media de 37,8  $\pm$  2,9 semanas y en el momento del procedimiento, 12,3  $\pm$  9,2 días. El peso al nacer era 3  $\pm$  0,7 kg y la talla 48,1  $\pm$  3,6 cm. Respecto a datos ecocardiográficos, el diámetro del anillo tricuspídeo en apical 4 cámaras fue de 10,4  $\pm$  1,8 mm, suponiendo un Z-score de  $-0,6 \pm 1$ . El procedimiento fue exitoso en el 89%, lográndose una disminución de ratio «presión sistólica ventrículo derecho/presión sistólica aórtica» de 1,4  $\pm$  0,4 mmHg a 0,7  $\pm$  0,2 mmHg y un ascenso de saturación arterial de O<sub>2</sub> de 87  $\pm$  7,3% a 92  $\pm$  6,3%. El 18,7% de los pacientes sufrió alguna complicación intraprocedimiento (FV, bradicardia extrema e impactación del catéter en ápex con salida de contraste al pericardio que se resolvió sin incidencias), pero la mortalidad peroperatoria fue nula. Durante el seguimiento, 5 pacientes precisaron reintervención (31,2%), uno de ellos dentro de los 30 primeros días mediante colocación de stent en ductus, y los 4 restantes a partir del primer mes (2 reintervenciones percutáneas y 2 Glenn). Al comparar este grupo frente el que no precisó reintervención, encontramos diferencias en el Z-score, SatO<sub>2</sub> tras procedimiento y tiempo con prostaglandinas, que, aunque no alcanzan la significación estadística, se encuentran próximos a ella.

**Conclusiones:** La PRF es un tratamiento seguro y efectivo, aunque no está exento de riesgos y requiere una importante curva de aprendizaje. Los parámetros que podrían predecir la necesidad de reintervenciones son Z-score tricuspídeo, SatO<sub>2</sub> y tiempo requerido con prostaglandinas.

### 755/26. ¿PODRÍAN LOS PARÁMETROS LIPOPRÓTEICOS PREDECIR LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES QUE INGRESAN POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

José Alejandro Claros Ruiz, Carlos Sánchez Sánchez, Candy Ceballos Gómez, Cristóbal A. Urbano Carrillo y Javier Mora Robles

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** En la evaluación del riesgo cardiovascular hay una evidencia cada vez más sólida en la importancia de ampliar el estudio a otros parámetros como la apoproteína B (apoB), lipoproteína a [Lp(a)] e índices lipoproteicos. Nuestro objetivo es el de estudiar estos parámetros en pacientes no diabéticos con cardiopatía isquémica (CI) precoz ( $\leq 65$  años), y evaluar su relación con la complejidad y gravedad de la coronariopatía, utilizando el SYNTAX score.

**Métodos:** Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de 98 pacientes menores de 65 años que ingresaron por CI entre junio 2022 y enero 2024. Con los datos recogidos se realizó un análisis estadístico usando el programa estadístico SPSS, analizando las diferencias en los parámetros lipoproteicos en función del SYNTAX score.

**Resultados:** El 76,6% eran varones, la edad media fue 57,38  $\pm$  7,72 años. El 73,5% habían fumado y el 41,3% eran hipertensos. El 12,1% tenían cardiopatía isquémica previa. La HbA1c media fue 5,60  $\pm$  0,59% y respecto al perfil lipídico, los valores promedio (mg/dl) fueron: colesterol total (CT) 166,28  $\pm$  42,21, cHDL 35,09  $\pm$  7,98, cLDL 98,77  $\pm$  32,31, triglicéridos (TG) 149,54  $\pm$  51,43, ApoB 100,12  $\pm$  32,56, Lp(a) 49,32  $\pm$  43,71. Igualmente calculamos los siguientes índices: CT/cHDL 4,69  $\pm$  1,32, cLDL/cHDL 2,82  $\pm$  1,11, cLDL/ApoB 0,98  $\pm$  0,32, TG/cHDL 4,29  $\pm$  2,32. El 76,5% de los pacientes presentó un SYNTAX score  $\leq 23$ , 15,3% entre 24-31, y 7,2%  $\geq 32$ . Al comparar estos 3 grupos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el valor de Lp(a), siendo mayor en el grupo SYNTAX score  $\geq 32$  respecto al score de 24-31, y también en el colesterol total, colesterol no HDL, apoB, CT/cHDL, cLDL/cHDL, no cHDL/cLDL, mayores en los pacientes con SYNTAX score de 24-31 con respecto a los que presentaban un score  $\leq 23$ .

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes no diabéticos con cardiopatía isquémica precoz se detectan niveles elevados de Lp(a), y unos valores en los índices aterogénicos que permitiría concluir la presencia de un mayor número de partículas LDL pequeñas y densas, más aterogénicas. Además, niveles elevados de CT, colesterol no HDL, Lp(a), apoB, y de los cocientes CT/cHDL, cLDL/cHDL y no-cHDL/cLDL se asociaron con una mayor puntuación en el SYNTAX score, pudiendo ser de utilidad como predictores de gravedad y complejidad de la enfermedad coronaria.

### 755/27. SI EL PACIENTE TIENE INDICACIÓN DE SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA CON PRÓTESIS BIOLÓGICA, ¿POR QUÉ NO HACERLO TRANSCATÉTER?

José Alejandro Claros Ruiz<sup>1</sup>, Carlos Sánchez Sánchez<sup>1</sup>, Carlos Lara García<sup>1</sup>, Luz Divina Muñoz Jiménez<sup>2</sup> y Cristóbal Urbano Carrillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Hemodinámica, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio y cuando es grave y comienza a ser sintomática tiene un pronóstico muy desfavorable. Desde que se comenzó a realizar el recambio valvular aórtico transcatheter (TAVR) su indicación ha ido ampliándose, excluyéndose actualmente su uso únicamente a paciente menores de 75 años de riesgo bajo. Nuestro objetivo es el de evaluar este procedimiento en pacientes menores de 75 años según el riesgo quirúrgico.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo con recogida de datos clínicos, ecocardiográficos, sobre el procedimiento y complicaciones de 70 pacientes menores de 75 años que se sometieron a TAVR entre 2010 y 2022, realizando un análisis estadístico con el programa SPSS.

**Resultados:** Los pacientes tuvieron una edad media de 69,65 años y el 50,4% fueron mujeres. El 79,3% eran hipertensos, el 52% diabéticos y el 41,3% tenían enfermedad renal crónica. La mayoría de los pacientes presentaban una clase funcional III de la NYHA (66%), y tenían un EuroScore II medio de 6,72 y STS score de 5. La tasa de éxito del procedimiento fue del 97,3%, con 2 casos de exitus en sala, 1 caso de ictus, 16 casos de sangrado siendo 12 de carácter menor y 10 casos que precisaron marcapasos definitivo. En un seguimiento medio de 1.359 días hubo un 5,7% de casos con degeneración protésica resueltas con *valve-in-valve* y un 2,7% de casos de endocarditis con buena evolución. Se diferenciaron 2 grupos de pacientes, riesgo bajo vs. intermedio-alto, sin hallar diferencias significativas en cuanto a estancia hospitalaria, complicaciones o exitus durante el seguimiento.

**Conclusiones:** Muchos ensayos clínicos han demostrado que el TAVR es seguro y eficaz en pacientes de cualquier riesgo quirúrgico, aunque aún la evidencia es escasa para indicar este procedimiento a pacientes menores de 75 años de bajo riesgo. En nuestra cohorte mostramos que este procedimiento puede ser efectivo y seguro en este tipo de pacientes en un seguimiento a largo plazo, pudiendo ser en el futuro cercano indicación en todo paciente con indicación de una prótesis aórtica biológica, independientemente del riesgo o edad.

#### 755/28. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO GENÉTICOS Y ANATÓMICOS FARÍNGEOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO QUE ACUDEN A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y PREVENCIÓN SECUNDARIA

Almudena Aguilera Saborido, Juan Luis Domínguez Cano, Pablo Martín Marín, Miguel Ángel Ríos Monje y Nieves Romero Rodríguez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La genética y la aterosclerosis extracoronaria no han demostrado ser útiles para la estratificación inicial del riesgo de cardiopatía isquémica. La apnea obstructiva del sueño (AOS) y la cardiopatía isquémica podrían estar relacionadas. El objetivo de estudio fue evaluar los factores de riesgo genéticos, tamaño de la placa carotídea y vías respiratorias superiores para el desarrollo de cardiopatía isquémica.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles. Se determinó el PRS (score de riesgo poligénico) al grupo casos y al grupo control. También se les realizó TAC sin contraste de cuello para valorar tamaño de placa en arterias carótidas, así como tamaño de vías aéreas. Seguimiento a largo plazo.

**Resultados:** 100 pacientes derivados a rehabilitación cardiaca y 25 fueron el grupo control. El PRS mayor (p 0,018) en el grupo casos. El estilo de vida fue saludable en el grupo de bajo riesgo genético (p 0,016). Las mujeres del grupo casos tenían mayor

riesgo genético (p 0,008). El tamaño de placa calcificada fue mayor en el grupo casos. El tamaño de vía aérea menor en su parámetro volumen en el grupo casos y en los pacientes isquémicos con antecedente de AOS. Seguimiento 44 m, 5% en grupo casos presentó eventos isquémicos. El 60% diabéticos y peor capacidad funcional.

**Conclusiones:** El PRS es mayor en pacientes que acuden a un programa de rehabilitación cardiaca frente a individuos sin cardiopatía isquémica. Los pacientes isquémicos con estilo de vida saludable tienen score de riesgo genético bajo. Los pacientes que han presentado evento isquémico tienen mayor grado de aterosclerosis carotídea, medirla podría predecir individuos con mayor riesgo de isquemia coronaria. Un estilo de vida saludable se relaciona con menor aterosclerosis carotídea, la adherencia a una vida saludable podría disminuir el riesgo coronario. La AOS y la cardiopatía isquémica están relacionadas, ya que los pacientes con cardiopatía isquémica presentan menor volumen en sus vías aéreas superiores. Tratando factores de riesgo comunes como la obesidad disminuiríamos la incidencia de ambas patologías.

#### 755/29. IMPACTO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN LOS NIVELES DE PROTEÍNA C ULTRASENSIBLE

Sebastián Mariscal Vázquez<sup>1</sup>, César Jiménez Méndez<sup>1</sup>, Ana Pérez Asensio<sup>1</sup>, Alberto Villar Ruiz<sup>1</sup>, Mauricio Urgiles Ortiz<sup>1</sup>, Manuel Jesús Tey Aguilera<sup>1</sup>, Paula Inmaculada Bolea Ramos<sup>1</sup>, Ana Lara Palomo<sup>1</sup>, María Bulo Concellón<sup>2</sup> y Rafael Vázquez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** La inflamación se ha identificado como un importante factor predictor de eventos cardiovasculares. La proteína C reactiva (PCR) es un marcador de inflamación sistémica muy sensible, que se encuentra elevada en paciente diabéticos con otras comorbilidades, contribuyendo a aumentar el riesgo cardiovascular. Diversos fármacos como las estatinas o la colchicina han demostrado reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de PCR. La metformina, los inhibidores de SGLT2 y los inhibidores de dipeptidil peptidasa-4 reducen los niveles de PCR, sin embargo, los agonistas del péptido similar al glucagón-1 como la semaglutida se han asociado de forma inconsistente con dicha reducción. Se analizó el impacto de la terapia con semaglutida oral en los niveles de PCR tras iniciar el tratamiento.

**Métodos:** Registro observacional unicéntrico en vida real que incluyó a pacientes tratados con semaglutida oral prescrita por Cardiología en 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes (edad media 67,9 ± 10,4 años, 35,7% mujeres). Los pacientes presentaban un alto porcentaje de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión 90,8%, diabetes 100%, dislipemia 79,6%, ex/fumadores 71,4%, índice de masa corporal medio 35 ± 5 kg/m<sup>2</sup>). El 67,3% estaban en seguimiento por cardiopatía isquémica y el 23,5% por insuficiencia cardiaca. El 70% de los pacientes recibieron dosis intermedias de semaglutida oral (7 mg) y solo un 14% dosis altas (14 mg). La PCR media pretratamiento fue de 6,87 ± 7,61 mg/l y tras el tratamiento fue de 2,65 ± 2,83 mg/l. El 50,6% de los pacientes con PCR previa > 2 mg/l redujeron los niveles de PCR ≤ 2 mg/l tras iniciar semaglutida oral. Solo 11 pacientes abandonaron el tratamiento, el 70% por intolerancia gastrointestinal.

**Conclusiones:** El tratamiento con semaglutida oral redujo los niveles de PCR en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular durante el seguimiento. La semaglutida parece tener un importante papel antiinflamatorio que puede contribuir a la re-

ducción de eventos cardiovasculares observada en los ensayos clínicos. Son necesarios más estudios que amplíen esta interacción.

### 755/30. ANEURISMA APICAL Y ECOCONTRASTE ¿ANTICOAGULAR?

Félix Rosa Longobardo y Marina Fernández Aragón

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

**Introducción y objetivos:** El aneurisma ventricular es una complicación infrecuente que puede suceder sobre todo en IAM anteriores (70-85%). El trombo intraventricular, con una prevalencia del 50% en zonas aneurismáticas, se ve favorecido por IAMCEST anterior, FEVI gravemente deprimida o retraso reperusión (aneurisma VI), produciendo ambos mayor morbimortalidad. Se iniciará anticoagulante en casos de trombo documentado por imagen. Pero no existe consenso sobre el tipo de anticoagulación.

**Métodos:** Estudio descriptivo donde analizamos pacientes revisados desde el año 2013-2023. Analizando la implementación de ACO, tipo y tiempo de uso, e impacto en la desaparición del trombo y supervivencia.

**Resultados:** Analizamos 53 pacientes, media de 75 años. 26 ya tenían CIC. 46% FEVIp, 8% DVI ligera, 13% DVI moderada, 15% DVI grave y un 18% sin eco previa. 17% tomaba ACO (55% AVK). Estudiamos el desarrollado aneurisma IV ± trombo IV desde el 01/01/13 hasta 01/09/23. 66% habían desarrollado aneurisma VI, y 50% trombo IV (50% sobre aneurisma). Causas:

- 89% de causa isquémica aguda/subaguda: Tiempo de reperusión > 6 H en el 57%. El 75% desarrolló una DVI moderada-grave. El 54% de estos pacientes desarrollaron aneurisma y un 45% trombo iv.
- 11% DVI de diversas etiologías, destacando MCD (50%), MCH. El 83% desarrolló AI y un 41% TI.

Se inició ACO en el 74%, AVK (79%), apixabán (16%), HBPM y dabigatrán (1 caso cada uno). En el trombo evidenciado AVK, salvo 2 casos, uno de ellos apixabán (hematuria) y otro HBPM por decisión del paciente. En prevención secundaria NACO. Desaparición completa del trombo iv en el 78%, mediana de tratamiento de 7 meses. Del 22% restante (6 pacientes) 3 fueron exitus previo resolución del trombo, y los otros 3 pacientes han sido diagnósticos recientes.

**Conclusiones:** El aneurisma apical y el trombo son dos complicaciones infrecuentes, 53 casos en 10 años en el HJRJ, pero potencialmente mortales. Por ello es importante un seguimiento estrecho en pacientes que cumplen los requisitos de IAMCEST anterior o extenso, DVI grave y/o revascularización > 4-6 horas. Con respecto a la ACO, hemos demostrado la buena resolución del trombo iv si se inicia la ACO de manera precoz, demostrando además que los NACO son buenos fármacos en la prevención.

### 755/31. CONSULTA VIRTUAL Y CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTE RENAL TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Inmaculada Noval Morillas, Manuel González Armayones, Mauricio Urgiles, Juan Ignacio Lubián, Jesús Manuel Tey, Carlos González Guerrero y Rafael Eduardo Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Tras un síndrome coronario agudo (SCA) hay un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (CV) recurrentes. En las actuales guías europeas de 2019, el objetivo lipídico se ha reducido a cLDL < 55 mg/dl, difícilmente alcanzable sin estrategias de control estricto y estrecho se-

guimiento. Nuestro grupo creó en 2020 una «Consulta Virtual de Lípidos post-SCA». El objetivo de esta comunicación es evaluar el impacto pronóstico, eficacia y seguridad de esta estrategia para el abordaje lipídico del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) tras sufrir un SCA.

**Métodos:** En 2020, implementamos en nuestro hospital una consulta virtual enfocada a la consecución del objetivo lipídico de pacientes tras un SCA. Se realizaban revisiones mensuales con analítica y optimización del tratamiento. Tras comprobar los excelentes resultados en cuanto a consecución del objetivo cLDL de forma precoz, evaluamos la tasa de MACE, mortalidad total, cardiovascular y no cardiovascular a los 6, 12 y 18 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 346 pacientes que ingresaron por SCA durante 2020. La edad media fue de 67,3 ± 12,3 años, 67,9% eran varones y 32,1% mujeres. El 14,4% de los pacientes tenían enfermedad renal crónica. El 32,4% de los pacientes seguían tratamiento con estatinas en monoterapia, el 56,9% con estatinas + ezetimiba y el 10,7% con iPCSK9 en combinación con otros tratamientos. El seguimiento promedio fue de 18 meses. El porcentaje de pacientes con consecución de objetivo lipídico fue similar entre los pacientes que tenían ERC y los que no (80,0% vs. 81,7%, p = n.s.). Como era de esperar, en el grupo de pacientes con ERC se observó un mayor número de 4-P MACE (reinfarto + ictus + mortalidad CV + ICP urgente por angina inestable): 18,0% frente al 3,0% en el grupo sin ERC (p < 0,01). Además, también se objetivó una mayor mortalidad por todas las causas en el grupo de ERC (16,0% vs. 2,7%, p < 0,01).

**Conclusiones:** El control lipídico estricto y precoz (< 3 meses post-SCA) mediante consulta virtual es una estrategia segura y eficaz en pacientes con ERC tras un SCA. Sin embargo, es una población de muy alto riesgo cardiovascular en la que existe un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y mayor mortalidad por todas las causas.

### 755/32. NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN A LARGO PLAZO DESPUÉS DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER. RESULTADOS EN VIDA REAL

José Andrés del Valle Montero, Pedro Pájaro Merino, Manuel Luque Pérez, María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León, Irene Esteve Ruiz, José Miguel Carreño Lineros, Antonio Enrique Gómez Menchero y Pablo Morña Vázquez

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

**Introducción y objetivos:** El reemplazo valvular aórtico transcáteter (TAVR) se ha convertido en la forma más útil de tratar la estenosis aórtica, necesitando en un número importante de procedimientos el implante de marcapasos tras la intervención, motivo por el que la estimulación post-TAVR aparece en las últimas guías de estimulación. Nuestro objetivo es estudiar cuántos pacientes dados de alta post-TAVR sin necesidad de estimulación requieren a largo plazo implante de marcapasos definitivo, así como los trastornos de la conducción que lo provocan, comparando los resultados con los incluidos en las guías. **Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes sometidos a TAVR en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta julio de 2023. Seleccionamos aquellos que no requirieron estimulación con marcapasos durante el ingreso y estudiando cuántos de ellos desarrollaron bloqueo avanzado durante el seguimiento, requiriendo implante de marcapasos definitivo.

**Resultados:** Durante este periodo se realizaron un total de 145 TAVR, requiriendo 58 pacientes (42%) estimulación permanente durante el ingreso (8 pacientes tenían marcapasos antes del TAVR). Del resto, 6 pacientes (54%) desarrollaron bloqueo auriculoventricular tras el ingreso. Presentaban una

edad media de 82 años, siendo el 66,7% varones, 50% diabéticos y 83,3% hipertensos. De estos 6 pacientes, 3 (50%) presentaban trastornos de la conducción antes del TAVR, y todos presentaban trastornos eléctricos posprocedimiento. Dos de ellos (33%) desarrollaron BRI, 1 (17%) desarrolló BRD, 2 (33%) persistieron con BRI, 1 (17%) persiste con bloqueo bifascicular sin indicación de implante de marcapasos durante la hospitalización. A todos ellos se les realizó estimulación con el sistema de conducción His-Purkinje, sin registrar complicaciones durante el seguimiento.

**Conclusiones:** Por tanto, tras el TAVR el número de pacientes que presentan trastornos de la conducción de nueva aparición o desarrollan un empeoramiento de sus alteraciones basales no es despreciable. El BRI y el BRD parecen ser los factores de mayor riesgo para desarrollar bloqueo auriculoventricular después del ingreso. Además, se ha demostrado que se recomienda actuar según lo establecido en las guías vigentes de estimulación cardíaca tras el alta (realizando monitorización ambulatoria en pacientes que desarrollan trastornos específicos de la conducción tras el TAVR y no son candidatos a marcapasos durante el ingreso).

### 755/33. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA SARCOIDOSIS CARDIACA

Santiago Fernández-Gordón Sánchez,  
Miguel Barranco Gutiérrez, Pablo Rojas Romero,  
Fernando Gavilán Domínguez y Antonio Aranda Dios

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La afectación cardíaca en la sarcoidosis condiciona el pronóstico de la enfermedad. La presentación clínica es muy variada, por lo que su diagnóstico es un reto para los profesionales. Nuestro objetivo es conocer la presentación clínica inicial de la sarcoidosis cardíaca.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con sarcoidosis cardíaca diagnosticados en nuestro centro entre el 2010 y el 2023.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes (69% varones) con edad media de 55 ± 9 años. La afectación cardíaca fue la forma de debut de la sarcoidosis en el 62% de los pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron las palpitaciones (23%) y el síncope (23%), seguidos de la parada cardíaca (15%). La astenia, disnea y presíncope fueron infrecuentes como forma de presentación (8%). Dos pacientes fueron diagnosticados durante el cribado por sarcoidosis extracardiaca. Las principales manifestaciones cardiológicas fueron arritmias: taquicardia ventricular sostenida y fibrilación ventricular (46%) y bloqueos avanzados (39%). Tres pacientes presentaron insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.

**Conclusiones:** La sarcoidosis cardíaca es la primera manifestación de la sarcoidosis en la mayoría de los pacientes de nuestra población. En nuestra cohorte, los trastornos de la conducción y las arritmias ventriculares son las principales manifestaciones cardíacas. Es importante considerar este diagnóstico, más aun si nos encontramos ante un paciente joven.

### 755/34. CONSULTA VIRTUAL Y CONTROL LIPÍDICO EN EL PACIENTE MAYOR TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Inmaculada Noval Morillas, Manuel González Armayones,  
Manuel Jesús Tey Aguilera, Juan Ignacio Lubián,  
Mauricio Urgiles y Rafael Eduardo Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo (SCA) tienen un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares recurrentes. Es de vital importancia corregir rápidamente los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tras el SCA. El objetivo lipídico de las actuales guías de práctica clínica se consigue mediante estrategias de control estricto. Nuestro grupo publicó una estrategia de este tipo denominada «Consulta Virtual de lípidos post-SCA», que ha sido mejorada en la actual versión «2.0», objeto de la presente comunicación. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad del control lipídico mediante consulta virtual en el paciente mayor ( $\geq 70$  años).

**Métodos:** La «Consulta Virtual de lípidos post-SCA 2.0» comienza en la misma hospitalización del SCA con tratamiento hipolipemiente combinado: estatinas de alta intensidad (EAI) con ezetimiba y/o iPCSK9, con dos solicitudes de perfil lipídico al alta del paciente, con seguimientos telefónicos mensuales. Cada mes se valora telemáticamente el perfil lipídico y se escala el tratamiento hipolipemiente hasta alcanzar el objetivo de cLDL  $< 55$  mg/dl.

**Resultados:** Se incluyeron 218 pacientes (33,5% mujeres) con SCA durante 2022. La edad media fue de 67 ± 12 años (45% de los pacientes  $\geq 70$  años). El seguimiento medio fue 65 ± 84 días. Los pacientes  $\geq 70$  años alcanzaron el objetivo de LDL  $\leq 55$  mg/dl en una proporción similar a los más jóvenes (88,8% vs. 87%  $p = 0,05$ ). En cuanto al tratamiento: 16,5% recibía EAI en monoterapia, 82,5% estatina + ezetimiba, 1% recibía iPCSK9 (aislado o en combinación), frente al 5,9%, 90,7% y 3,4% respectivamente en el grupo más joven ( $p = 0,027$ ). Destacar que solo 1% de pacientes mayores presentaba intolerancia a estatinas (3,4% en  $< 70$  años;  $p = 0,05$ ). El tiempo hasta alcanzar el objetivo lipídico fue 33 ± 26 días, frente a 43 ± 34 días en el grupo más joven ( $p = 0,021$ ).

**Conclusiones:** Nuestro estudio permite concluir que la intensificación precoz del tratamiento hipolipemiente tras un SCA, en una consulta monográfica específica, con una mayor utilización del tratamiento combinado de estatinas de alta intensidad y ezetimiba y una mayor prescripción de iPCSK9 permite alcanzar el objetivo lipídico cLDL  $< 55$  mg/dl de forma precoz ( $< 45$  días post-SCA). Esta estrategia es segura y eficaz en la población  $\geq 70$  años.

### 755/35. CONSULTA VIRTUAL PARA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVO LIPÍDICO. CARACTERÍSTICAS BASALES DE PACIENTES

Inmaculada Noval Morillas, Manuel González Armayones,  
Juan Ignacio Lubián, Mauricio Urgiles,  
Manuel Jesús Tey Aguilera y Rafael Eduardo Vázquez García

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes que han presentado un síndrome coronario agudo (SCA) tienen un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares recurrentes. Es de vital importancia corregir rápidamente los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tras el SCA. El objetivo lipídico de las actuales guías de práctica clínica se consigue mediante estrategias de control estricto. Nuestro grupo publicó una estrategia de este tipo denominada «Consulta Virtual de lípidos post-SCA», que ha sido mejorada en la actual versión «2.0», objeto de la presente comunicación. Nuestro objetivo es comparar las características de la población que alcanza el objetivo lipídico frente a la que no lo consigue.

**Métodos:** La «Consulta Virtual de lípidos post-SCA 2.0» comienza en la misma hospitalización del SCA con tratamiento hipolipemiente combinado: estatinas de alta intensidad (EAI) con ezetimiba y/o iPCSK9, con dos solicitudes de perfil lipídico al alta del paciente, con seguimientos telefónicos mensuales. Cada mes se

valora telemáticamente el perfil lipídico y se escala el tratamiento hipolipemiente hasta alcanzar el objetivo de cLDL < 55 mg/dl. **Resultados:** Se incluyeron 218 pacientes con SCA durante 2022. El 88% pacientes consiguió objetivo lipídico en  $38 \pm 31$  días: edad  $67 \pm 12$  años, 45,3% eran  $\geq 70$  años, 29,7% mujeres, con predominio de clásicos FRCV: 70,3% HTA, 30,8% IMC > 30,47,9% DM2, 26,7% antecedentes de cardiopatía isquémica (40% IAMCEST) y 21,9% de insuficiencia cardiaca. El 88% estaba en tratamiento con EAI y ezetimiba y un 1,6% recibía iPCSK9. En el grupo que no se consiguió objetivo lipídico de forma precoz, eran predominantemente mujeres (61,5%,  $p = 0,003$ ), menor prevalencia de DM2 (26,9%,  $p = 0,044$ ), de cardiopatía isquémica (19,2%) e insuficiencia cardiaca (11,5%); aunque se encontró mayor porcentaje de intolerancia a estatinas (3,8% vs. 2,1%;  $p = 0,05$ ). En este grupo el 79,2% recibía EAI y ezetimiba y un 8,3% estaba en tratamiento con iPCSK9 (aislado o en combinaciones).

**Conclusiones:** La intensificación precoz del tratamiento hipolipemiente post-SCA, en una consulta monográfica específica, con una utilización sistemática del tratamiento combinado de EAI y ezetimiba y/o iPCSK9, asegura la consecución del objetivo lipídico de cLDL < 55 mg/dl, en la mayoría de los pacientes (88%) de forma precoz (en  $38 \pm 31$  días post-SCA). El grupo que alcanza más tardíamente el objetivo lipídico destaca por el predominio femenino, pacientes no diabéticos y con mayor reporte de intolerancia a estatinas.

#### 755/36. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Isabel García Olea, José Gregorio Soto Rojos, María Victoria Alférez Zamora, María Elena Rodríguez Gómez, Eva González Llamas, Ana Carvajal Martos, José Ángel Becerra Gajón, Beatriz Girela Pérez y Soraya Muñoz Troyano

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca en la mujer parece presentar diferencias respecto al varón. Nuestro objetivo es analizar si en nuestra muestra existen diferencias significativas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por IC en una planta de Cardiología de un hospital de tercer nivel desde abril 2022 hasta febrero 2024. Analizamos las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a características clínicas, etiología, tratamiento al alta, reingresos y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyen 150 pacientes que ingresan por IC. En nuestra muestra las mujeres son más longevas (edad media  $74 \pm 10$  vs.  $66 \pm 12$  años). Los varones son más diabéticos (65% vs. 29,2%) y fumadores (62,6% vs. 11,1%) mientras que las mujeres son más hipertensas (72,2% vs. 66,3%). No existen diferencias significativas en la dislipemia y obesidad. Las arritmias supraventriculares son más prevalentes en el sexo femenino (65,3% vs. 55%). El EPOC es más frecuente en varones (18,8% vs. 4,2%) si bien no existen diferencias significativas en la enfermedad renal. El déficit de hierro es similar en ambos grupos. En cuanto al fenotipo de IC, el 55% de los varones tienen FEVI reducida mientras que en mujeres es más frecuente la FEVI preservada. Cuando hay disfunción ventricular, predomina el origen isquémico en varones (36,4%) y el valvular en mujeres (35,7%). La optimización de la cuádruple terapia se realiza con más facilidad en el sexo masculino (73,7% vs. 56,5%) y cuando esta no se puede llevar a cabo en ambos grupos la principal causa es la hipotensión. La descongestión es más dificultosa en el sexo femenino (al alta se reduce al menos un 30% el proBNP en el 53,1% de las mujeres vs. el 63,9% de los varones), lo cual podría explicar que las mujeres reingresan de manera más precoz (el 17,5% en los

primeros 30 días vs. el 9,2% de los varones) y tienen una tasa de mortalidad CV superior en el primer año (33,3% vs. 22,2%).

**Conclusiones:** La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que parece tener diferencias en función del sexo en cuanto a factores de riesgo, etiología y pronóstico. Las mujeres suelen estar infrarrepresentadas en los principales ECA, por lo que se necesitan análisis más detallados al respecto.

#### 755/38. PERFIL DE COMORBILIDADES EN CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA COMO PREDICTOR DE EVENTOS POSTIMPLANTE

Leopoldo Fernández Ruz, Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Candy Ceballos Gómez, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es una terapia con protagonismo creciente en pacientes con FA e imposibilidad de anticoagulación plena. Se pretende estudiar si el perfil de comorbilidades de los pacientes sometidos a dicha terapia tiene impacto durante el seguimiento posimplante.

**Métodos:** Se analizaron 101 pacientes consecutivos sometidos a CPOI. Se recogieron datos clínicos (incluyendo el índice de comorbilidad de Charlson [ICC]), epidemiológicos, relacionados con el procedimiento y de seguimiento. Se analizaron eventos mayores durante el seguimiento: muerte por todas las causas, y combinado ictus isquémico, hemorrágico o sangrado gastrointestinal. Se realizaron dos grupos según ICC (menor, o mayor o igual a 4).

**Resultados:** En el total de la serie, la edad media fue 75,74 años ( $\pm 7,2$ ); 32,4% mujeres. El CHA2DS2-VASc medio fue 4,19 ( $\pm 1,5$ ); el HAS-BLED medio fue 3,39 ( $\pm 0,94$ ); el ICC medio fue 5,34 ( $\pm 1,92$ ). Los pacientes del grupo 2 (ICC  $\geq 4$ ) eran más mayores (78 vs. 72,3,  $p < 0,001$ ) y con CHA2DS2-VASc mayor (4,67 vs. 3,45,  $p < 0,001$ ), más tasa de HTA (93,4% vs. 65%,  $p < 0,001$ ), DM (54,1% vs. 10%,  $p < 0,001$ ), insuficiencia renal (47,5% vs. 22,5%,  $p < 0,05$ ), insuficiencia cardiaca (39,3% vs. 15%,  $p < 0,05$ ) e infarto de miocardio (26,2% vs. 5%,  $p < 0,05$ ). Los pacientes del grupo 1 (ICC < 4) tuvieron mayor tasa de hemorragia intracranial previa (50% vs. 26,6%,  $p < 0,05$ ) y de obesidad (56,4% vs. 36,1%,  $p < 0,05$ ). Se produjeron 19 muertes durante el seguimiento (18,8%), sin diferencias según comorbilidad (15,4% vs. 21,7%,  $p = 0,44$ ); hubo 21 eventos mayores (20,8%), sin diferencias según ICC (25,6% vs. 18,3%,  $p = 0,39$ ); no hubo diferencias en los eventos por separado (test exacto de Fisher,  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, los pacientes con ICC mayor o igual a 4 tuvieron mayor comorbilidad cardiovascular (HTA, DM, insuficiencia renal, historia de infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca), pero no tuvieron mayor tasa de eventos mayores ni de mortalidad durante el seguimiento.

#### 755/39. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA PULMONAR RESIDUAL TRAS CIRUGÍA EN LA TETRALOGÍA DE FALLOT

Gloria María Heredia Campos<sup>1</sup>, Consuelo Fernández-Avilés Irache<sup>1</sup>, Daniel Pastor Wulf<sup>1</sup>, Jorge Perea Armijo<sup>1</sup>, María Dolores Mesa Rubio<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Julia López Muñoz<sup>2</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>1</sup>, Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>1</sup> y Miguel Ángel Romero Moreno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Estudios de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia pulmonar (IP) es la secuela más frecuente tras la cirugía correctiva de la tetralogía de Fallot (TF), aunque suele ser bien tolerada es una causa frecuente de reintervenciones ya que puede provocar la dilatación y disfunción del ventrículo derecho (VD), lo que se asocia con un peor pronóstico. Sin embargo, no están claros los factores predictores ni el impacto pronóstico del desarrollo de IP significativa. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la presencia de IP significativa y su impacto pronóstico en los pacientes con TF.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de práctica clínica real, en el que se incluyeron todos los pacientes con TF atendidos en nuestro hospital desde 1993 a 2022. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas y se evaluaron las reintervenciones y la mortalidad. Se dividió a los pacientes en Grupo 1: con IP significativa (moderada-grave o grave) y Grupo 2: sin IP significativa.

**Resultados:** Se analizaron un total de 149 pacientes, 44 con IP significativa y 105 sin IP significativa. Hubo diferencias significativas en la anatomía basal ( $p = 0,007$ ): estenosis subpulmonar (2,3% vs. 27,6%), con estenosis valvular pulmonar (54,5% vs. 42,9%), con atresia de la arteria pulmonar (36,4% vs. 27,6%); y en el tipo de cirugía ( $p = 0,001$ ): resección infundibular (2,3% vs. 28,6%), reparación valvular pulmonar (79,5% vs. 43,8%) y homoinjerto (15,9% vs. 20%). Hubo más dilatación del VD (75% vs. 27,6%;  $p < 0,001$ ), sin diferencias en el grado de dilatación ni en el diámetro. Se observó una tendencia a un mayor porcentaje de disfunción del VD en el Grupo 1 (25% vs. 12,5%;  $p = 0,059$ ), sin diferencias en el TAPSE, s'DTI ni FEVD. Hubo más reintervenciones en el Grupo 1 (46,6% vs. 16,3%;  $p < 0,001$ ), sin diferencias en la incidencia de arritmias, endocarditis, implante de marcapasos, insuficiencia cardiaca, en la mortalidad ni en la causa de la muerte.

**Conclusiones:** La IP significativa se observó con mayor frecuencia en los pacientes que presentaban mayor afectación basal de la válvula y la circulación pulmonares y en los que conservaron su válvula pulmonar nativa. En el grupo con IP significativa hubo una mayor prevalencia de dilatación del VD con una tendencia a un mayor porcentaje de disfunción de este y un aumento de las reintervenciones, sin diferencias entre ambos grupos en las complicaciones, en el desarrollo de insuficiencia cardiaca ni en la mortalidad.

#### 755/40. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TETRALOGÍA DE FALLOT EN LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

Miguel Ángel Romero Moreno<sup>1</sup>, Gloria María Heredia Campos<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Josefa Terán Ceballos<sup>2</sup>, Jorge Perea Armijo<sup>1</sup>, Francisco José Hidalgo Lesmes<sup>1</sup>, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada<sup>1</sup>, José María Segura Saint Gerons<sup>1</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>1</sup> y Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Estudios de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Tras la corrección de la tetralogía de Fallot (TF) y, a pesar de una buena supervivencia a largo plazo, pueden aparecer complicaciones que requieran de reintervención como insuficiencia pulmonar (IP), tricúspide (IT) y aórtica (IAo), estenosis pulmonar (EP), afectación del ventrículo derecho (VD) o comunicación interventricular (CIV), así como otras complicaciones como insuficiencia cardiaca (IC), endocarditis, arritmias, bloqueos auriculoventriculares o muerte súbita que conducen a un aumento de la morbimortalidad. El objetivo del estudio fue analizar las características de los pacientes con TF de nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de práctica clínica real, en el que se incluyeron todos los pacientes con TF atendidos en nuestro centro desde 1993 a 2022. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas y se evaluaron las reintervenciones y la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 150 pacientes con un 58% de varones. Respecto a la anatomía basal 30 (20%) presentaban estenosis subpulmonar, 69 (56%) presentaban también estenosis de la válvula pulmonar, 46 (30,7%) presentaban también atresia de la arteria pulmonar, 2 (1,3%) eran pseudotruncos y 3 (2%) DSVD tipo Fallot. En cuanto al tipo de cirugía, 31 (20,7%) fueron resección infundibular, 82 (54,7%) reparación de la válvula pulmonar, 28 (18,7%) implante de homoinjerto, 4 (2,7%) cirugía no correctiva y 2 (1,3%) trasplante cardiaco. En cuanto a las complicaciones durante el seguimiento desarrollaron IP 95 (63,8%), EP 88 (57%), CIV 49 (33,8%) e IAo 21 (14,1%). Se observó dilatación del VD en 62 (41,6%), la mediana del diámetro del VD fue 42 [RI 34-43,5] mm. Hubo disfunción del VD en 24 (16,2%), siendo la media TAPSE: 17,67 ± 3,53 mm, s'DTI: 8,67 ± 2,18 y FEVD: 42,05 ± 10,49%. Hubo 39 (26%) reintervenciones: 7 (17,9%) válvulas pulmonares percutáneas, 23 (58,9%) homoinjertos pulmonares quirúrgicos y 2 (5,1%) resecciones de TSVD y valvuloplastias. 9 (6%) presentaron arritmias supraventriculares, 0 arritmias ventriculares, 4 (2,6%) endocarditis y 5 (3,4%) implantes de marcapasos. Presentaron IC 27 (18,2%) pacientes, con NYHA IV el 11,8%. Hubo 19 (12,8%) muertes, siendo la causa las complicaciones quirúrgicas en el 83,3%, la insuficiencia cardiaca en el 11,1% y la muerte súbita en el 5,6%.

**Conclusiones:** La complicación más frecuente tras la cirugía correctiva de TF es la IP, con tasas bajas de endocarditis, marcapasos e IC. Son frecuentes las reintervenciones, siendo la causa más frecuente de mortalidad las complicaciones posquirúrgicas.

#### 755/41. PAPEL DE LA TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA TORÁCICA

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Elena Izaga Torralba, Alba Abril Molina, Santiago Jesús Camacho Freire, María Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es la tercera causa de muerte cardiovascular en la actualidad. El tratamiento estandarizado actualmente es la anticoagulación con fibrinolíticos según la gravedad del mismo. Existen alternativas como la trombectomía quirúrgica y percutánea, que solo están indicados para TEP de alto riesgo cuando ha fallado o existe contraindicación para la fibrinólisis. Realizamos un estudio sobre la experiencia en nuestro centro en reperfusión endovascular mediante trombectomía percutánea.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo y descriptivo en el que se incluyeron 6 pacientes consecutivos desde junio de 2019 hasta abril de 2023 diagnosticados de TEP agudo en un centro sin cirugía torácica sometidos a trombectomía percutánea y fibrinólisis localizada. Se analizaron parámetros clínicos, anatómicos y técnicos.

**Resultados:** La edad media fue de 61 años con un predominio de varones (66%, 4), un 66% de los pacientes (4) presentaban riesgo intermedio y el 33% (2) alto riesgo. En un paciente se encontró afectado el tronco común pulmonar, en los demás, afectación de arterias principales, lobares y segmentarias. No se realizó fibrinólisis sistémica a ninguno de los pacientes. La presión pulmo-

nar media (PAPm) al inicio del tratamiento fue de 40 mmHg y al final del procedimiento fue de 33 mmHg ( $p < 0,005$ ). La saturación de O<sub>2</sub> media fue 94% previo al procedimiento y tras el procedimiento 97%, ( $p < 0,15$ ). Se registró una mejoría en la función del ventrículo derecho después del procedimiento. Se realizó terapia combinada mediante trombectomía mecánica y fibrinólisis local en 5 pacientes y en 1 se realiza solo trombectomía mecánica. Sin complicaciones periprocedimiento ni posprocedimiento. Intra-hospitalariamente fallecieron los pacientes de alto riesgo por shock cardiogénico y por shock mixto. Al alta a 2 pacientes se les recetó anticoagulantes directos y a 2 anticumarínicos. A ninguno de los pacientes dados de alta se les diagnóstico de hipertensión pulmonar tipo IV en el seguimiento.

**Conclusiones:** La terapia de reperfusión endovascular mediante trombectomía percutánea es una técnica segura en centros sin cirugía torácica, que ha mostrado una reducción de la PAPm y mejoría de parámetros clínicos y función del ventrículo derecho en pacientes con TEP agudo en los que existe contraindicación para la fibrinólisis sistémica.

#### 755/42. PAPEL DEL BALÓN LIBERADOR DE PACLITAXEL EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Elena Izaga Torralba, Alba Abril Molina, Santiago Jesús Camacho Freire, María Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** El balón farmacoactivo se ha postulado como una alternativa terapéutica interesante que evita los inconvenientes del fallo del stent como son la trombosis y la reestenosis. Su uso ha sido ampliamente descrito en el contexto del síndrome coronario crónico, sin embargo su empleo en el síndrome coronario agudo es objeto de debate, especialmente en los pacientes con elevación del segmento ST (SCACEST). El objetivo de nuestro estudio es analizar aquellos pacientes con SCACEST a los que se les realizó tratamiento exclusivo con balón farmacoactivo liberador de paclitaxel de la lesión responsable.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo y descriptivo en el que se incluyeron 23 pacientes consecutivos diagnosticados de SCACEST y tratados únicamente mediante balón farmacoactivo liberador de paclitaxel entre octubre de 2021 y enero de 2024. Se analizaron características clínicas y técnicas y el seguimiento a los 30 días.

**Resultados:** Características basales ( $n = 23$ ):

- Varones 73,9% (17)
- HTA 60,9% (14)
- DM2 39,1% (9)
- Dislipemia 47,8% (11)
- Obesidad 39,1% (9)
- Edad  $58 \pm 12$  años
- Fumadores 56,5% (13)
- Exfumadores 17,4% (4)
- FA 4,3% (1)
- Cardiopatía isquémica previa con revascularización percutánea 26,1% (6) El evento fue IAMCEST sobre placa complicada en 78,3% (18) y trombosis muy tardía de stent en el 21,7% (5). Se empleó imagen intracoronaria en el 26,1% (6).

Características del procedimiento ( $n = 23$ ):

- Enfermedad coronaria monovaso 60,9% (14), bivaso 34,8% (8) trivaso 4,3% (1).
- Flujo coronario:
- TIMI 0 82,6% (19)
- TIMI 1 4,3% (1)
- TIMI 3 13% (3)

Se produjo fenómeno de no-reflow en 4,3% (1). Se empleó In-bllb/IIIa en 13% (3). Se predilató con balón simple en 56,5% (13), balón no-compliant en 26,1% (6) y balón de corte en 13% (3). Se tromboaspiró en 65,2% (15). Se empleó doble antiagregación en todos los casos, predominando el ticagrelor (91,3% [21], seguido del prasugrel (8,7% [2]). Un paciente se le asocio además anti-tamina K. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media al alta fue  $55\% \pm 8,2$ . No se produjo ninguna muerte intrahospitalaria. En una media de seguimiento de 120 días no se registraron episodios de trombosis, muerte o infarto.

**Conclusiones:** El empleo de balón farmacoactivo liberador de paclitaxel en el SCACEST parece ser una alternativa eficaz y segura a los 120 días de seguimiento.

#### 755/43. TROMBOSIS DEL STENT EN PLENO SIGLO XXI. REGISTRO EN UN CENTRO DE GRAN VOLUMEN. ALGUNOS ENEMIGOS NUNCA DESAPARECEN

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Elena Izaga Torralba, Alba Abril Molina, Santiago Jesús Camacho Freire, María Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** La comprensión de los mecanismos subyacentes a la trombosis del stent (TS) junto con los avances a nivel técnico en los materiales y diseño de los stents han reducido la tasa de eventos, pero no deja de ser despreciable. El objetivo de nuestro estudio es analizar los principales factores clínicos, terapéuticos y características del procedimiento en pacientes con TS en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo, se incluyeron 85 pacientes consecutivos con TS de entre 4.352 angioplastias realizadas entre mayo de 2018 y octubre de 2023 (1,95%). Analizamos las características clínicas y técnicas relacionadas con el implante del stent. Clasificamos las trombosis por grupos: hiperaguda ( $< 1$  hora), aguda ( $< 24$  h), subaguda (entre 1 y 30 días) tardía (entre 1 mes y 1 año) y muy tardía (a partir del año).

**Resultados:** Predominio de varones (78%, 67), edad  $62,4 \pm 11,23$  años. Un 44% (38) fumadores y un 30% (30) exfumadores; 71% (61) hipertensos, 34% (29) diabéticos, dislipémicos 65% (56), y un 8% (7) con FA. Tratamiento previo:

- Sin antiagregación 23,5% (20)
- Monoantiagregación AAS 40% (34)
- Doble antiagregación 36,5% (31)

Clasificación de las TS:

- Hiperaguda 24,7% (21)
- Aguda 2,4% (2)
- Subaguda 15,3% (13)
- Tardía 15,3% (13)
- Muy tardía 42,4% (36)

Se empleó inhibidor IIIb/IIIa en 35,3% (30) e IVUS/OCT en el 39% (33), se evidenció la causa mecánica en 49% (16) siendo la infraexpansión la más frecuente. La técnica utilizada fue nuevo stent en 48% (41), angioplastia balón no-compliant en 34% (29), balón liberador de paclitaxel en 12,9% (11), tromboaspiración en 2% (2) y fue fallida en 2% (2). Hubo 6 casos de muerte intrahospitalaria (7,1%) por shock cardiogénico. El 81% (69) se fueron de alta con doble antiagregación (65,9% (56) AAS + ticagrelor, 8,2% (7) AAS + prasugrel y 20% (14) AAS + clopidogrel). Un 12,1% (11) se fueron de alta con triple terapia: 9,4% (8) con ACOD y un 3,5% (3) con Sintrom. En el seguimiento medio de 2,35 años, el 11,8% (12) sufrieron un nuevo IAM, nueva ICP en el 14,1% (12), nueva trombosis en el 8,2% (7) y muerte en 4 pacientes, 2 de ellas cardiovasculares.

**Conclusiones:** La TS se asoció con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos. La imagen intracoronaria

desempeña un papel fundamental, la infraexpansión fue el principal fallo mecánico de la TS, por lo que un implante óptimo del *stent* es imprescindible para evitar eventos futuros.

#### 755/44. EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y EL PRONÓSTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER

Virginia Pérez Ramírez, María de León Zulategui, Alfonso Padilla Escámez, Sara Ballesteros Pradas, Sebastián Rufián Andújar, Francisco Sánchez Burguillos, Pastor Luis Pérez Santigosa y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en mujeres a nivel mundial. Nuestro objetivo es estudiar la evolución del diagnóstico, tratamiento y pronóstico en 10 años.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico de dos cohortes de mujeres que ingresan en nuestro centro por SCA a diez años de diferencia (2009 y 2019).

**Resultados:** Incluimos un total de 401 mujeres, edad mediana de 77 años (70-84). No encontramos diferencias significativas en el tipo de SCA que motivó el ingreso. Sin embargo, el tiempo de estancia fue mayor en 2009 con mediana de 7 días (5-11) que 2019 con mediana de 5 días (3-9). La ecocardiografía se realizó con mayor frecuencia en 2019 (84,6% vs. 70,8%); sin encontrar diferencias significativas en la FEVI al alta. En cuanto al tratamiento en el momento agudo, en 2009 se hacía significativamente más fibrinólisis (5,8% vs. 1,7%) y menor número de cateterismos (56,5% vs. 76%). Además, era más probable la revascularización incompleta, aunque sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,065$ ). No hubo diferencias en la forma de revascularización (percutánea vs. quirúrgica), siendo más frecuente en ambas cohortes la percutánea. A la hora de elegir el segundo antiagregante, clopidogrel fue de elección en 2009 y ticagrelor en 2019 ( $p < 0,001$ ). Los IECA/ARAII, iSGLT2 y anticoagulantes directos fueron prescritos con mayor frecuencia en 2019. Con el resto del tratamiento al alta no encontramos diferencias significativas. Cuando estudiamos los eventos al mes (MACE) o muertes intrahospitalarias, no hubo diferencias significativas cuando se analizó de forma general. Sin embargo, en 2009 la no realización de cateterismo se relacionó con mayor número de MACE ( $p = 0,005$ ), asociación que no se mantuvo en 2019. Por otro lado, la prevalencia de muerte intrahospitalaria fue  $> 4$  veces más frecuente si no se realizaba cateterismo tanto en 2009 (18,6% vs. 4,8%) como en 2019 (26,2% vs. 7,5%).

**Conclusiones:** En nuestro centro se detectó mayor fibrinólisis en 2009, así como menor número de cateterismos con respecto a 2019. Este hecho se relacionó con mayor prevalencia de muerte intrahospitalaria y de MACE al mes, por lo que la realización de cateterismo precoz supondría un mejor pronóstico a corto y largo plazo.

#### 755/45. DATOS EN VIDA REAL DE ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA

Félix Rosa Longobardo, Marina Fernández Aragón, Carlos Perea Alfaro, Marina Pérez Fernández, María Teresa Moraleda Salas, Irene Esteve Ruiz, Álvaro Arce León, José Miguel Carreño Linares y Pablo Moriña Vázquez

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

**Introducción y objetivos:** La estimulación fisiológica (EF) ha reemplazado a la estimulación clásica en todas sus indicaciones. Objetivo: Describir nuestros datos en vida real sobre la EF y la evolución en los últimos años.

**Métodos:** Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que han precisado estimulación (enero 2019-diciembre 2022), en los que se ha realizado EF. Se excluye la indicación de implante de desfibrilador. Analizamos: éxito del implante, umbrales y sensado agudos y al año, tiempo de escopia y procedimiento, y complicaciones. Las variables son expresadas como media y desviación estándar.

**Resultados:** N: 783 pacientes, edad  $78 \pm 9$ , 43,4%-mujeres, 86,3%-HTA, 43%-DM, 55,8%-DLP, 11,4%-EPOC, 20,2%-ERC. Indicación: 58,6%-bloqueo AV avanzado, 11,1%-ablación de nodo, 7,8%-TRC, 15,3%-disfunción sinusal, 7,2%-sincope y trastorno avanzado de conducción. Se realizó EF en 76,7% (55,7%-EH, 4,1% en área de la rama izquierda (aRI) como 1.ª opción, 16,9% en aRI por fallo en EH, 23,3% en otras localizaciones con estimulación no fisiológica); no se intentó EF en 14,8%. Desglosando por años, se ha incrementado la intención de tratar (IT): 69% IT en 2019 y éxito 85% (79,1% His, 5,8% aRI); 94,3% IT en 2020 y éxito 99,1% (63,3% His, 35,8% aRI); 87,4% IT en 2021 y éxito 95,1% (53,5% His, 41,5% aRI); y 91,7% IT en 2022 con éxito 99,5% (81,1% His, 18,4% aRI). Umbrales, en el global de la muestra, umbral agudo ( $V = 0,4$  ms) hisiano:  $1,21 \pm 0,74$  vs. aRI:  $0,89 \pm 0,49$  ( $p < 0,05$ ), y al año ( $V = 0,4$  ms) hisiano:  $1,29 \pm 0,87$  vs. aRI:  $0,8 \pm 0,32$ , ( $p < 0,05$ ). Sensado (mV) His agudo  $4,1 \pm 3,2$  vs.  $9,3 \pm 5,1$  aRI ( $p < 0,05$ ), y al año  $4,4 \pm 3,99$  mV en His vs.  $9,1 \pm 5,9$  en aRI. El tiempo de procedimiento (minutos):  $83,5 \pm 38$  en His vs.  $97 \pm 38,8$  en aRI,  $p = 0,76$ , y tiempo de escopia:  $7,4 \pm 7$  en His vs.  $9,4 \pm 6,2$  en aRI,  $p = 0,8$ . Complicaciones: 8 dislocaciones agudas de electrodo en His vs. 4 del electrodo en aRI, 4 tardías de His vs. 1 en el aRI, 3 neumotórax, 5 infecciones de bolsa, y 8 elevación de umbrales en el seguimiento.

**Conclusiones:** Los datos en vida real de nuestra serie muestran que la EF es segura y efectiva sin más riesgos ni complicaciones que los descritos en series clásicas de estimulación convencional, realizándose en nuestro centro como primera opción en la mayor parte de los pacientes.

#### 755/46. PROYECTO FARO: PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA ENFERMEDAD ATROSCLERÓTICA EN ANDALUCÍA

Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Teresa Arrobas Velilla<sup>2</sup>, Claudia Bernabéu Álvarez<sup>3</sup>, María José Castillo<sup>4</sup>, María José Castro<sup>5</sup>, Carlos de la Cruz<sup>6</sup>, Concepción Cruzado Álvarez<sup>7</sup>, María Victoria Mengibar<sup>8</sup>, Javier Mora Robles<sup>9</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>3</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. <sup>4</sup>Medicina de Familia, Centro de Salud Barrio Bajo, Cádiz. <sup>5</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>6</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>7</sup>Servicio de Enfermería, Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>8</sup>Asociación de Pacientes Anticoagulados y Coronarios de Málaga (APAM), Málaga. <sup>9</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>10</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) conlleva un alto impacto negativo en la calidad de vida (CV) de los pacientes y una elevada carga socioasistencial. El objetivo del documento interdisciplinario FARO es definir, en el marco de Andalucía, estrategias y recomendaciones

para su correcto abordaje, aportando soluciones a las necesidades detectadas a través de un plan de acción integral.

**Métodos:** Se constituyó un comité multidisciplinar de 16 expertos, que participaron activamente en: 1) revisión bibliográfica de la evidencia existente; 2) entrevistas individuales y grupales para identificar las necesidades no cubiertas en el ámbito de la prevención secundaria de la EVA en Andalucía; y 3) redacción del documento.

**Resultados:** El resultado principal es el plan de manejo integral para pacientes que han sufrido un evento vascular. Este se activa tras el evento, iniciándose un manejo terapéutico desde atención especializada seguido de un informe de alta que facilita la recepción y el seguimiento por atención primaria (AP). Durante el primer año posevento se evalúa al paciente según su perfil de riesgo: los pacientes de bajo riesgo se siguen desde AP, mientras que los de no-bajo-riesgo son, además, monitorizados desde programas de rehabilitación. Para ambos casos, a los 6 meses, se monitorizan: constantes vitales, factores de riesgo vascular, evolución clínica, adherencia, estilo de vida y estado psicoemocional. A los 12 meses todos los pacientes se visitan desde consultas externas de atención especializada. Tras el primer año posevento, los pacientes continúan el seguimiento desde AP. Se evalúan los parámetros previamente descritos mínimo cada 6 meses por del médico de AP y cada 3 meses por enfermería. El plan, adicionalmente, considera aspectos transversales, como el empoderamiento del paciente, integración de herramientas tecnológicas, papel de farmacia comunitaria y equidad en el acceso de medicamentos.

**Conclusiones:** Se ha establecido un plan de manejo integral para mejorar los resultados en salud CV. El plan aspira a reducir la carga de la enfermedad tanto a nivel individual como sanitario, destacando la importancia de la coordinación interdisciplinaria, la formación continua, la optimización del tratamiento, el acceso equitativo a los servicios de rehabilitación cardiaca y el empoderamiento del paciente.

#### 755/47. LIPOPROTEÍNA A Y HDL COMO POSIBLES PREDICTORES DEL NÚMERO DE VASOS AFECTADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO MENORES DE 65 AÑOS

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, José Alejandro Claros Ruiz, Leopoldo Fernández Ruz y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo, surgiendo cada vez más evidencia sobre la importancia de un perfil lipídico completo que incluya parámetros como Lp(a), ApoB y resto de los cocientes lipoproteicos. Nuestro objetivo es analizar dicho perfil en pacientes ingresados con síndrome coronario agudo (SCA) y estudiar su posible relación con la extensión de enfermedad coronaria.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo con 130 pacientes menores de 65 años ingresados por SCA con y sin elevación del ST desde junio de 2022 hasta abril de 2023, seleccionando datos analíticos y clínicos de interés. Se evaluó si existen diferencias significativas entre los hallazgos en la coronariografía (sin lesiones, 1, 2 o tronco/3 vasos) con el nivel de Lp(a), HDL, ApoB, CT/HDL y otros parámetros lipídicos mediante distintos tests de contraste de hipótesis.

**Resultados:** La edad media fue de 56 años con un 79% de varones. El 54% eran hipertensos, 48% dislipémicos y 28% diabéticos. Analíticamente, se obtuvieron medias de cLDL de 93,4 mg/dl, TGD 155,6 mg/dl, cHDL 35,82 mg/dl, Lp(a)

53,13 mg/dl y ApoB 98,4mg/dl. Un 50% tuvieron niveles de Lp(a) mayores de 30, un 38% mayores de 50 y un 6,2% mayores de 180 mg/dl. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de Lp(a) y el número de vasos afectados mediante el test Chi cuadrado, aumentando las cifras de Lp(a) a medida que lo hacía la extensión de la enfermedad coronaria; con un mayor porcentaje de Lp(a) > 30 mg/dl (70%) en los pacientes con patología de tronco/3 vasos afectos con respecto al 55,3% de Lp(a) elevada en los enfermos de 2 vasos, el 45% en los de 1 vaso y un 14,3% en aquellos sin lesiones coronarias. Igualmente, el HDL fue menor a medida que aumentaba el número de vasos afectados, obteniéndose diferencias significativas. No se encontraron diferencias entre el resto de los parámetros lipídicos analizados.

**Conclusiones:** La determinación de un perfil lipídico completo que englobe diferentes parámetros lipídicos y cocientes lipoproteicos resulta fundamental como *screening* de riesgo cardiovascular, pudiendo algunos de estos parámetros como Lp(a) y HDL ser predictores de la extensión de enfermedad coronaria.

#### 755/48. TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN MONOFOTÓNICA MIOCÁRDICA POSITIVA Y CORONARIOGRAFÍA SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAS. ¿SE NOS ESCAPA ALGO?

Carmen Lluch Requerey<sup>1</sup>, María Jessica Roa Garrido<sup>2</sup>, Miguel Ángel Montilla Garrido<sup>2</sup>, Alba Abril Molina<sup>2</sup>, Santiago Jesús Camacho Freire<sup>2</sup>, Óscar Lagos Degrande<sup>2</sup>, Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>2</sup> y Elena Izaga Torralba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** La SPECT miocárdica es una prueba de detección de isquemia dirigida a pacientes con una probabilidad pretest intermedia para cardiopatía isquémica, siendo no despreciable la tasa de falsos positivos (asumido como prueba positiva y arterias coronarias sin lesiones angiográficas) en la práctica clínica habitual, según diferentes series la tasa de falsos positivos puede variar de 11-27%. Sin embargo, la isquemia miocárdica presenta múltiples causas, siendo la más frecuente la enfermedad coronaria oclusiva epicárdica, sin embargo, existen otras como la enfermedad microvascular o disfunción endotelial (INOCA), pudiendo justificar errores diagnósticos. Estudiamos pacientes con gammagrafías con defectos de perfusión, pero sin lesiones angiográficas en la coronariografía, a los que se les realiza estudios funcionales (cálculo de resistencias microvasculares y disfunción endotelial) durante los años 2019-2024, con el objetivo de conocer la presencia de INOCA en este grupo poblacional (verdaderos positivos catalogados *a priori* de falsos positivos). **Métodos:** Analizamos 30 pacientes en los que se realizan estudios funcionales con gammagrafías positivas.

**Resultados:** Respecto a sus características basales:

- Edad 67 [58-74]
- Varón 30%, mujeres 70%
- DM2 33,3% con buen control glucémico (HbA1c 6,3 ± 0,65)
- HTA 83%
- Obesos 73% DLP 80%
- Fumadores 21%, exfumadores 18%, no fumadores 61%

Resultados SPECT cardiaca:

- Isquemia inducible < 5%: 62,1%
- Isquemia inducible 5-10%: 20,7%
- Isquemia inducible > 10%: 17,2%
- Afectación territorio DA 66,7%; CX/CD 33,3%

De los pacientes analizados, el 80% presentaban resultados alterados de pruebas funcionales, únicamente el 20% obtuvieron resultados normales (verdaderos falsos positivos). En

el grupo de pacientes con INOCA no hubo diferencias en sexo, HTA, obesidad, DLP, tabaco o ERC. Respecto a los endotipos:

- 48% endotipo mixto
- 24% endotipo vasoespasmo epicárdico
- 20% enfermedad microvascular
- 8% endotipo vasoespasmo microvascular

Analizando subgrupos en el endotipo vasoespasmo epicárdico, existen diferencias significativas respecto a sexo, siendo más frecuente en varones (5 varones vs. 1 mujer;  $p = 0,005$ ) y en el endotipo mixto hay hacia género femenino (11 mujeres vs. 1 varón;  $p = 0,05$ ). Sin diferencias en HTA, obesidad, DLP, DM2 o ERC.

**Conclusiones:** La realización únicamente de coronariografía diagnóstica en pacientes con SPECT positivo puede ser insuficiente ya que solo descarta la enfermedad coronaria epicárdica obstructiva. Según nuestros resultados, el 80% de los pacientes fueron reasignados a verdaderos positivos. Por ello, parece existir una infraestimación de etiología no obstructiva como causa de la isquemia, no proporcionarles un diagnóstico ni tratamiento dirigido.

#### 755/49. CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN REAL CON ICTUS CRIPTOGÉNICO Y CIERRE DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Candy Ceballos Gómez, Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Joaquín Alberto Cano Nieto, Leopoldo Fernández Ruz y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El foramen oval permeable (FOP) es la causa más frecuente de ictus criptogénico en jóvenes. En su diagnóstico, el Doppler transcraneal (DTC) es la técnica de cribado y el ETE constituye el «gold standard» al aportar información sobre las características del FOP, presencia de aneurisma del septo auricular (ASA) y otras fuentes embolígenas. El tratamiento de elección es el cierre percutáneo. Nuestro objetivo es describir las características de pacientes jóvenes con ictus y FOP, y analizar nuestra experiencia inicial en el manejo de estos pacientes.

**Métodos:** Se recogen datos epidemiológicos, clínicos y ecocardiográficos de 55 pacientes jóvenes intervenidos de cierre de FOP tras ictus criptogénico en nuestro centro entre 2018-2024.

**Resultados:** El 47,3% eran mujeres, con una edad media de  $46 \pm 11$  años. El 38,2% fumaba y el 9% consumía alcohol. Respecto a FRCV, el 16,4% eran hipertensos, el 5,5% eran diabéticos y el 20% dislipémicos. El 3,6% tenía AF de ACV, pero ninguno de FOP. Entre los AP, destacaba un paciente con trombofilia, 20% con migraña, 16,4% con ACV recurrente y ninguno con FA. El 10,9% de las mujeres tomaba ACHO. A todos se les realizó RMN cerebral y angio-TC de TSA, así como DTC con un resultado positivo en el 44% (paso escaso 9%, patrón ducha 14,5% y cortina 14,5%). Para la confirmación diagnóstica, se realizó ETE detectando ASA en el 67,3%, válvula de Eustaquio prominentemente en el 32,7%, red de Chiari en el 1,8% y túnel largo en el 34,5%. El 12,7% de los pacientes presentó paso espontáneo de burbujas y el 65,5% tras Valsalva. El valor promedio de la escala RoPE fue de  $6,6 \pm 1,6$ . Respecto al tratamiento, el dispositivo de cierre más empleado fue Figulla (87,3%) y la terapia antiagregante fue AAS + clopidogrel en el 78,2%. El 5,5% de los pacientes requirió anticoagulación por otros motivos. No se produjeron complicaciones en el procedimiento, ni recidivas de ACV en el seguimiento.

**Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento de FOP requiere un abordaje multidisciplinar, debiendo sospecharse en pa-

cientes jóvenes con ACV. El cierre percutáneo es un procedimiento seguro y eficaz, cuya indicación debe individualizarse, basándose en características de alto riesgo y escalas estandarizadas.

#### 755/50. VExUS EN EL FENOTIPADO DE LA CONGESTIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Soraya Muñoz Troyano, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con IC pueden desarrollar distintos patrones de congestión según predomine el componente intersticial o intravascular, con diferentes implicaciones pronósticas y terapéuticas. Nuestro objetivo es evaluar las características de los pacientes ingresados por IC y evaluar el pronóstico según el fenotipo de congestión mediante la evaluación VExUS.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos ingresados en Cardiología por IC durante 12 meses. Evaluamos datos clínicos, demográficos y analíticos, sometiendo a un grupo de ellos a ecografía abdominal para valorar congestión mediante técnicas de imagen (VExUS).

**Resultados:** Se incluyeron 152 pacientes ingresados por IC con edad media 69,9 años, de los cuales el 40,7% eran mujeres, con índice de Charlson 5,2 presentando el 65,8% FEVI reducida ( $< 50\%$ ). La IC de novo representa el 46,1% de la muestra. Se objetivó niveles medios de biomarcadores de CA125 de 139,9 y NT-proBNP de 8.814,3. El valor de CA 125 se asoció de forma significativa con la necesidad de mayor cantidad de furosemina durante el ingreso, necesidad de suero hipertónico, así como mayor estancia media, mortalidad precoz y durante el seguimiento ( $p < 0,05$ ). Dichas variables no presentaron asociación significativa con el aumento de NT-proBNP. Del mismo modo realizamos VExUS al ingreso ( $n = 20$ ) y al alta ( $n = 27$ ) en un grupo de pacientes. El VExUS al ingreso se asoció de forma significativa con niveles mayores de CA125 y necesidad de bloqueo secuencial de la nefrona, así como con aumento de la mortalidad a 6 meses y al año. Además, pudimos observar que aquellos pacientes con un VExUS al alta más elevado presentaban un índice de Charlson mayor, así como mayor prevalencia de diabetes, siendo una población con menor tasa de IC de novo ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La congestión intersticial es resultado de un proceso larvado de sobrecarga de volumen con una desregulación entre los compartimentos intra y extravascular. La realización del VExUS ayudó a documentar este tipo de congestión, además de postularse como herramienta pronóstica. La reducción de la congestión es un objetivo terapéutico en ocasiones complicado por las diferentes comorbilidades y fragilidad. Recalcamos la importancia de derivar al alta con el mínimo grado de congestión posible.

#### 755/51. DIFERENCIAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y PACIENTES FABRY

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez y Carlos Federico Gómez Navarro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** Realizar el diagnóstico diferencial entre miocardiopatía hipertrófica y enfermedades por depó-

sito como la enfermedad de Fabry resulta un reto para el clínico. Nuestro estudio intentará delimitar posibles diferencias en el análisis del ECG entre estas dos entidades.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo donde analizamos la población Fabry del histórico de pacientes en seguimiento en consulta de cardiopatías familiares, añadiendo un grupo comparativo de pacientes recogidos de forma consecutiva, con diagnóstico final de miocardiopatía hipertrófica y mutación sarcomérica. Valoramos datos del ECG, así como algunos datos clínicos y ecocardiográficos.

**Resultados:** Reunimos un total de 54 pacientes, dividiendo la muestra en pacientes con enfermedad de Fabry (N = 20) y pacientes con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica (MH), los pacientes Fabry presentaron una edad media ligeramente menor que aquellos con MH (38 vs. 50,1), con mayor prevalencia de género femenino (65% vs. 44,1%). Posteriormente analizamos diferentes parámetros del ECG (Grupo Fabry vs. MH), destacando anchura media de QRS (107 vs. 101,5), onda Q en cara lateral (25% vs. 20,6%), preexcitación (15% vs. 2,9%), signos de crecimiento de AI (15% vs. 17,6%). Encontramos además una correlación positiva estadísticamente significativa entre pacientes Fabry y presencia de BRDHH (p = 0,01), así como presencia de T negativa V2-V4 en este grupo (p = 0,031). Además, también pudimos hallar una correlación significativa en el grupo de MH entre cumplir criterios electrocardiográficos de hipertrofia de ventrículo izquierdo (VI) tanto de Cornell (p = 0,032) como de Gubner (p = 0,034) y el grosor del VI medido mediante ecocardiografía; que no se correlacionaba en contraposición, en el grupo de pacientes con Fabry.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que datos como la presencia de BRD y T negativas V2-V4 en este fenotipo de pacientes podrían ser sugestivos de enfermedad de Fabry. Además, aunque no fueron significativas, también encontramos mayor prevalencia de patrón de preexcitación y de onda Q en cara lateral en este grupo, planteando en un futuro ampliar el tamaño muestral para verificar dichos hallazgos.

#### 755/52. ESTIMULACIÓN EN ÁREA DE RAMA IZQUIERDA EN EL POSTIMPLANTE: ESTUDIO DE COMPARACIÓN MULTICÉNTRICO ENTRE TERAPIAS DE RESINCRONIZACIÓN CON ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR Y ESTIMULACIÓN EN ÁREA DE RAMA IZQUIERDA

Torcuato Garrido-Arroquia Jurado<sup>1</sup>, José Antonio Fernández Sánchez<sup>1</sup>, José Manuel Sánchez Moreno<sup>1</sup>, Guillermo Gutiérrez Ballesteros<sup>2</sup>, Manuel Frutos López<sup>1</sup>, Ricardo Pavón Jiménez<sup>3</sup> y Manuel Molina Lerma<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La estimulación biventricular es el procedimiento estándar para la terapia de resincronización cardiaca debido a su potencial para mejorar la función sistólica en pacientes con IC con FEVI deprimida. Recientemente, la estimulación en área de rama izquierda ha emergido como una alternativa más fisiológica. El objetivo es comparar parámetros del implante en grupos de pacientes que recibieron estimulación biventricular (BiV) o estimulación en rama izquierda (RI).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte multicéntrica de pacientes con indicación de resincronización a los que se implantó un dispositivo de TRC entre diciembre/2022-noviembre/2023. Según la práctica de los centros participan-

tes, se implantó TRC BiV en 19 pacientes y en RI en 42 pacientes. Las variables analizadas fueron: anchura del QRS pre y posimplante, tiempo de procedimiento, tiempo de escopia, umbrales de estimulación, impedancias de electrodos y detección de onda R.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes (varones 65%, edad 66,3 ± 10,6 años; FEVI 28,89% ± 6,7%). En el grupo de RI, el tiempo de procedimiento y de escopia fue de 74,6 min ± 34,4 min y 15,4 min ± 9,73 min respectivamente, mientras que en el grupo TRC BiV fue de 90,6 min ± 32,3 min y 18,3 min ± 10,8 min, respectivamente. El umbral de estimulación del electrodo de RI fue de 0,5774 V ± 0,23 V ≈ 0,45 ms y el del electrodo de seno coronario (grupo de TRC BiV) fue de 1,220 V ± 0,81 V ≈ 0,45 ms. La amplitud de la detección de onda R fue de 10,23 mV ± 5,30 mV en RI y 12,69 mV ± 6,30 mV en BiV. En ambos grupos, la resincronización supuso un estrechamiento significativo del QRS (40,14 ms ± 28,40 ms y 33,74 ms ± 25,63 ms, respectivamente).

**Conclusiones:** La terapia de resincronización en RI es una alternativa técnicamente aceptable, sin condicionar diferencias significativas en tiempos del procedimiento y escopia, estrechamiento del QRS y detección de onda R. Además, se observó un menor umbral de estimulación en el electrodo de RI frente al electrodo de seno coronario, y sin diferencias significativas respecto al electrodo de ventrículo derecho. Dicho menor umbral de estimulación en el grupo de RI, sumado al uso de un único electrodo ventricular, podría implicar una eventual menor necesidad de recambio de batería a largo plazo.

#### 755/53. EXPERIENCIA CON ARNI EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA

Marina Pérez Fernández<sup>1</sup>, José Raúl López Aguilar<sup>2</sup>, Irene Díaz Díez<sup>3</sup>, Fernando Fernández Girón<sup>3</sup>, Carlos Perea Alfaro<sup>1</sup> y Marina Fernández Aragón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>3</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad prevalente entre los pacientes cardiopatas con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, la experiencia con ARNI en pacientes con ERC en estadios avanzados en tratamiento con terapia renal sustitutiva (TRS) es limitada. El objetivo es describir nuestros datos en pacientes con S/V y tratamiento con diálisis.

**Métodos:** Estudio monocéntrico descriptivo de pacientes en seguimiento en nuestro centro con ERC terminal en tratamiento sustitutivo que se encuentran en tratamiento con sacubitrilo/valsartán (S/V). Analizamos dosis máxima tolerada, cambios en la FEVI, alteraciones iónicas, tratamientos concomitantes y necesidad de quelantes, así como variaciones en el proBNP y CA125 y descompensaciones pre- y posinicio de tratamiento con ARNI.

**Resultados:** N: 12 pacientes, edad media 68, 25% mujeres, 75% varones, 100% HTA, 41,6% DM2, 83,3% DLP, 16,6% sobrepeso, 58,3% enfermedad vascular (42,8% ictus/AIT, 42,8% enfermedad arterial periférica, 14,4% ambos), 66,6% exfumadores, 25% tabaquismo actual y 8,3% nunca fumadores. Cardiopatía: 66,6% cardiopatía isquémica, 16,6% dilatadas no isquémica, 8,3% valvular, 8,3% tako-tsubo. Nefropatía: 33,3% nefropatía diabética, 16,6% NTIC, 8,3% vasculitis, 8,3% glomerulonefritis, 8,3% síndrome nefrótico, 8,3% oncológica, 8,3% infecciosa, 8,3% isquémica. Técnica: hemodiálisis 83,3%, diálisis peritoneal 16,6%. Dosis: 66,6% 24/26 mg c/12 h, 25% < 24/26 mg, 8,3%

97/103 mg c/12 h. Tratamiento concomitante: 16,6% ARM. 33,3% iSGLT2. 75% betabloqueantes. 16,6% quelantes (50% resincalco, 50% veltassa). 50% hipo-TA, siempre bien tolerada. La mediana de proBNP previo al tratamiento fue 36.000, la media de CA125 fue de 41,6. Tras tratamiento con ARNI, mediana de proBNP 11021 y media CA125 19,4. 11 descompensaciones (ingresos hospitalarios/visitas a urgencias) previo al inicio de tratamiento con ARNI, 5 descompensaciones posteriormente. K medio previo 4,5 mEq/l, K medio posterior 4,8 mEq/l. FEVI inicial media 32,3. FEVI en seguimiento 42,8, saliendo un 50% de los pacientes del rango de FEVI moderada o gravemente deprimida.

**Conclusiones:** Los datos en nuestro hospital muestran un perfil seguro en pacientes en TRS en los que se inicia tratamiento con ARNI, sin aumento significativo de hiperpotasemia y sin efectos secundarios significativos. Así mismo, mejoría en parámetros analíticos y disminución de descompensaciones, siempre teniendo en cuenta la limitación que implica el pequeño tamaño muestral.

#### 755/54. EL ÍNDICE APOB/APOA1 PODRÍA AYUDARNOS EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA

Ana María Martínez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Rosa Fernández Olmo<sup>1</sup>, Ana García Ruano<sup>2</sup>, Carlos José Morales Alcázar<sup>1</sup>, Jesús Marchal Martínez<sup>1</sup>, José María Segura Aumente<sup>1</sup>, Javier Torres Llergo<sup>1</sup>, Manuel Fernández Anguita<sup>1</sup>, Magdalena Carrillo Bailén<sup>1</sup> y Juan Carlos Fernández Guerrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

<sup>2</sup>Laboratorio de Genética, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

**Introducción y objetivos:** La dislipemia aterogénica puede definirse como un desequilibrio entre las lipoproteínas aterogénicas que contienen ApoB (ricas en triglicéridos) y las no aterogénicas que contienen ApoA1 (contenidas en HDL), relacionándose con el riesgo cardiovascular. El índice TG/HDL nos ayuda a valorar la presencia de un aumento de riesgo cardiovascular (CV), traduciendo una mayor presencia de partículas pequeñas y densas cuando es  $> 2$ , pero el índice ApoB/ApoA1 es menos utilizado, aunque algunos estudios lo posicionan como predictor de eventos CV. El objetivo de nuestro trabajo fue valorar la relación entre el índice ApoB/ApoA1 y el riesgo CV.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes ( $> 18$  años) valorados con un perfil lipídico completo en las consultas de cardiología desde enero de 2020 hasta diciembre de 2021. Durante el seguimiento, se analizó la aparición de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE).

**Resultados:**  $n = 404$ . 35,4% de mujeres, el 54,1% eran hipertensos, 26,4% diabéticos, 52,6% dislipémicos y 33,1% fumadores. El 53,6% padecían enfermedad CV, el 23,6% afectación multivasa y el 6,5% en territorio no coronario. 37,6% estaban en tratamiento con estatinas (63% de ellos de alta intensidad). El 61,9% presentaron TG/HDL  $> 2$ , el 57,7% LDL  $> 70$  mg/dl y el 13% Hb1Ac  $> 7\%$ . Se observó una correlación lineal entre TG/HDL y ApoB/ApoA1. La mediana de seguimiento fue de 21 meses [18-24], El 6% de los pacientes presentaron un evento CV en el seguimiento (56,5% infarto agudo de miocardio no fatal, 23% ictus no fatal, 52% revascularización) y fueron éxitos el 2,6%. Al analizar la relación del índice TG/HDL, se encontraron diferencias entre los tertiles con mayor ( $> 3,06$ ) y menor ( $\leq 1,74$ ) en relación con la aparición de eventos CV ( $p = 0,015$ ) y exitus ( $p = 0,08$ ), en el tercil superior. La relación del ApoB/ApoA1 con los eventos CV se encontró solo en los pacientes con enfermedad CV previa, con un aumento de nuevos eventos CV ( $p 0,003$ )

y el IAM al comparar el tercil 1 ( $\leq 0,49$ ) vs. tercil 3 ( $> 0,66$ )  $p = 0,014$ ) y siendo mayor en el tercil superior.

**Conclusiones:** Según nuestro trabajo el índice ApoB/ApoA1 se relaciona con el índice TG/HDL y podría predecir nuevos eventos CV y nuevos IAM cuando está elevado en aquellos pacientes con enfermedad CV previa.

#### 755/55. EFECTO PROARRÍTMICO DE LA ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS FRENTE A LA ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR PARA LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Aurora María Martínez Ballesta, Jesús López Muñoz, Manuel Molina Lerma, Laura Jordán Martínez y Miguel Álvarez López

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** La terapia de resincronización cardiaca (TRC) con estimulación biventricular (BiV) se ha asociado a un efecto proarrítmico, especialmente en pacientes no respondedores. Poco se sabe sobre si la estimulación en rama izquierda del haz de His (ERI) podría reducir este efecto proarrítmico. Nuestro objetivo fue analizar si la ERI para TRC se asocia a una menor incidencia de arritmias ventriculares (AV) en comparación con la BiV.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con indicación de TRC y monitorización remota disponible. Se dividieron en dos grupos: ERI y BiV. Se evaluó la incidencia de AV, tanto en forma de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS, menos de 30 segundos) como de taquicardia ventricular sostenida (TVS, más de 30 segundos).

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con implante de TRC desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2021, 20 en el grupo ERI y 15 en el grupo BiV. No hubo diferencias en las características basales. A 10 (50%) pacientes en ERI y a 6 (40%) en BiV se les implantó TRC con desfibrilador implantable (TRC-D). El seguimiento medio fue de  $27,4 \pm 17,4$  meses,  $39,21 \pm 19,5$  en el grupo BiVP y  $18,6 \pm 8,77$  en el LBBP. Seis (30%) pacientes del grupo de BRI presentaron TVNS (24 episodios), sin episodios de TVS. En el grupo BiVP, 7 (46,7%) pacientes tuvieron TVNS (28 episodios), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p 0,341$ ). Sin embargo, 2 (13,3%) pacientes BiV también presentaron TSV, 1 con TRC-D y 1 sin TRC-D.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, la TRC con ERI es segura en cuanto al desarrollo de AV durante el seguimiento, con una tendencia no significativa hacia una menor incidencia y duración de los episodios de AV en comparación con la TRC con BiV. Sin embargo, el tamaño de la muestra es limitado y serán necesarios estudios prospectivos para demostrar una reducción del efecto proarrítmico.

#### 755/56. FORAMEN OVAL PERMEABLE E ICTUS CRIPTOGÉNICO EN PACIENTES CON MIGRAÑA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN REAL

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Joaquín Alberto Cano Nieto, Miriam Ana Jiménez González y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El foramen oval permeable (FOP) está presente en el 25% de la población, siendo la causa más frecuente de ictus criptogénico en menores de 55 años y relacionándose con patologías como el síndrome platipnea-orto-

desoxia o migraña. Nuestro objetivo es analizar las diferencias clínicas y técnicas en pacientes con FOP e ictus criptogénico con y sin migraña dada su alta prevalencia en nuestra población.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 55 pacientes con ictus criptogénico, FOP y cierre del mismo desde octubre de 2018 hasta enero de 2024. Se recopilieron datos clínicos y de imagen y se analizaron mediante estadísticos descriptivos, evaluando si existen diferencias significativas en función de la presencia de migraña.

**Resultados:** El 47,3% fueron mujeres y el 52,7% varones, con un 30% de pacientes con migraña. La tasa de migraña fue del 72,7% en mujeres y 27,3% en varones, con un 63,6 y 18,2% de consumo de tabaco y alcohol en pacientes con migraña con respecto al 40,5% y 7,1% en enfermos sin la misma. El 36,4% de pacientes con migraña habían presentado ACV recurrente con respecto al 11,9% de pacientes sin migraña. La media en la escala ROPE fue similar en ambos grupos de pacientes (6,5), con datos ecocardiográficos de mayor riesgo observados en la población no migrañosa (septo auricular aneurismático en un 73,8%, paso de burbujas en el 90,9%, válvula de Eustaquio hipertrófica en el 38,1% y red de Chiari en el 2,4%). La población sin migraña obtuvo resultados de doppler transcraneal (DTC) más patológicos con respecto a los migrañosos, con un 33,4% con patrón ducha o cortina. No se encontraron diferencias significativas. El dispositivo de cierre más usado fue Figulla en ambos grupos, con una tasa de 0% de complicaciones e ictus posterior.

**Conclusiones:** La migraña es una de las características más presentes en nuestra población con ictus criptogénico y FOP, observándose en este tipo de pacientes más mujeres, más hábitos tóxicos y llamativamente parámetros ecocardiográficos y de DTC de menor riesgo. Destacamos la migraña como posible factor de riesgo para ictus recurrente, ya que el 36,4% de pacientes con la misma lo habían presentado.

### 755/57. INCIDENCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA FRENTE A LA ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR PARA LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Jesús López Muñoz, Aurora María Martínez Ballesta, Laura Jordán Martínez, Manuel Molina Lerma y Miguel Álvarez López

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** La terapia de resincronización cardiaca (TRC) con estimulación en rama izquierda (ERI) es una técnica descrita recientemente como una alternativa a la estimulación biventricular (BiV). Poco se sabe acerca de si la incidencia y la progresión de la fibrilación auricular (FA) en pacientes con TRC mediante ERI son menores que con BiV. Nuestro objetivo es describir la incidencia y progresión de la FA en BiV y ERI para TRC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Se analizaron pacientes consecutivos con indicación de TRC y monitorización remota. Se dividieron en dos grupos: ERI y BiV. Se evaluó la incidencia de FA, definida como arritmia auricular de al menos 175 lpm y 5 minutos de duración. Se evaluó la incidencia de episodios de FA *de novo* y la progresión de FA paroxística a persistente o de persistente a permanente. Se excluyó a los pacientes con FA permanente previa.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes con implante de TRC desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2021, 20 en ERI y 15 en BiV. No hubo diferencias en las características basales. 12 (34,3%) pacientes tenían FA permanente previa, 4 (26,7%)

en BiV y 8 (40%) en ERI (p 0,41). El tiempo medio de seguimiento fue de 27,4 ± 17,4 meses, 39,2 ± 19,5 en el grupo BiV y 18,6 ± 8,77 en el grupo ERI (p 0,001). Cuatro (11,4%) presentaron diagnóstico de FA *de novo* o progresión de FA: 2(13,3%) en BiV y 2 (10%) en ERI (p 0,638). Dos pacientes (5,7%) desarrollaron FA *de novo*, 1 (6,7%) en BiV y 1 (5%) en ERI (p 0,68). Ningún paciente presentó progresión de FA paroxística a persistente. Dos (5,7%) pacientes progresaron de FA persistente a permanente: 1 (6,7%) en BiV y 1 (5%) en ERI (p 0,68). El tiempo medio transcurrido hasta el desarrollo de FA *de novo* fue 16,3 meses en BiV y 5 meses en ERI (p 0,586).

**Conclusiones:** En nuestro estudio, ERI para TRC mostró la misma tasa de FA (*de novo* y progresión de FA) que BiV, aunque con una tendencia ligeramente inferior en BiV. Sin embargo, el tiempo transcurrido hasta el primer episodio fue mayor en el grupo ERI, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

### 755/58. REPARACIÓN VALVULAR MITRAL PERCUTÁNEA BORDE A BORDE EN PACIENTES CON ANATOMÍA VALVULAR MITRAL COMPLEJA: RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE REFERENCIA

Nerea Aguayo Caño, Martín Ruiz Ortiz, Mónica Delgado Ortega, Ana Rodríguez Almodóvar, Fátima Esteban Martínez, Cristina Urbano Sánchez, Álvaro Roldán Guerra, Lucas Javier Barreiro Mesa, Rafael González Manzanares y María Dolores Mesa Rubio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La reparación percutánea borde a borde (RPBB) se ha establecido como una alternativa terapéutica eficaz en casos de insuficiencia mitral (IM) en pacientes no candidatos a cirugía. Dada la experiencia acumulada y avances tecnológicos, la RPBB puede realizarse en pacientes con anatomía valvular mitral compleja que inicialmente no eran candidatos a tratamiento percutáneo. El objetivo principal fue analizar las características y pronóstico a medio-largo plazo en pacientes con anatomía valvular mitral compleja tratados con esta técnica comparados con aquellos que no la presentaban.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional en una cohorte prospectiva de pacientes de un hospital terciario de referencia que incluyó todos los casos de IM grave tratados mediante RPBB desde noviembre de 2011 hasta enero de 2024. Se compararon dos grupos: aquellos con anatomía valvular compleja (AVC) y aquellos sin ella (AVNC), definiéndose complejidad como la presencia de *cleft* mitral, calcificación en la zona de *grasping*, área valvular mitral ≤ 3 cm<sup>2</sup>, longitud del velo posterior móvil < 7 mm, engrosamiento reumático de velos o síndrome de Barlow. Se analizaron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas, así como la supervivencia libre de eventos combinados de muerte o ingreso por insuficiencia cardiaca (IC).

**Resultados:** De los 191 pacientes analizados, 53 presentaban anatomía valvular compleja, siendo la característica más frecuente velo posterior móvil < 7 mm. No hubo diferencias significativas en las características basales entre los grupos, salvo una mayor prevalencia de hipertensión arterial en el grupo AVC. La mayoría de los pacientes se encontraban en una clase funcional III-IV de la NYHA (62,3% vs. 72,4%, p = 0,40), con una alta tasa de hospitalización previa por IC en ambos grupos. La etiología de la IM más frecuente fue la funcional, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La supervivencia libre de eventos combinados no mostró diferencias significativas a la mediana de supervivencia en ambos grupos (p = 0,41) durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La RPBB en pacientes con IM y anatomía mitral compleja ofreció una alta supervivencia a medio-largo plazo libre de muerte o reingreso por IC. En centros con experiencia, la RPBB supone una herramienta terapéutica eficaz en pacientes que inicialmente no eran candidatos a ningún tratamiento intervencionista.

### 755/59. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LA UNIDAD DE FAMILIARES POR TRASTORNOS DEL RITMO MENORES DE 55 AÑOS

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas, Carlos Gómez Navarro y Ricardo Fajardo Molina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** Los trastornos del ritmo son infrecuentes cuantos menor es la edad de presentación y deberían ser una señal de alarma de una posible enfermedad familiar, sobre todo cuantos más antecedentes familiares existan. Analizamos las características de los pacientes derivados a la consulta de cardiopatías familiares con diagnóstico de trastorno de la conducción de debut < 55 años (incluimos FA o BAV [desde BAV 1.º avanzado hasta BAVc]).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 30 pacientes derivados a la consulta de Familiares. Se analizaron las características clínicas de los pacientes, los FRCV, los antecedentes familiares, el resultado genético y el tipo de mutación, así como las alteraciones electrocardiográficas y ecocardiográficas.

**Resultados:** Entre enero 2020 y diciembre 2023, se estudiaron un total de 30 pacientes. La edad media fue de 45 años, con un 63% de varones. El 43% tuvo como diagnóstico de debut FA, 57% BAV y un 10% ambos. De ellos, el 47% presentaba AF de trastornos de la conducción, el 40% de miocardiopatías y el 36% de muerte súbita cardiaca. Se les solicitó estudio genético al 90%, de los cuales el 59% resultaron positivos, encontrándose mutación patológica en un 47%, siendo el resto probablemente patológica o de significado incierto. La mutación más encontrada fue LMNA, seguida de PRKAG2. De entre los FRCV, el más prevalente fue la dislipemia (30%). Con respecto al electrocardiograma, la anchura media del QRS fue de 115 mseg, el BRD fue más prevalente (25%), presentando alteraciones de la repolarización el 39%, siendo el hallazgo más frecuente la repolarización precoz. Tan solo el 11% cumplía criterios de HVI y únicamente un 5% presentaba un SIV > 15 mm medido ecocardiográficamente. Se implantaron dispositivos en un 47% de los casos, siendo el más frecuente el marcapasos, seguido de la asociación con DAI.

**Conclusiones:** En una población seleccionada con alta tasa de AF, la prevalencia de mutaciones genéticas positivas es elevada. Se pone de manifiesto la necesidad de indagar en el diagnóstico genético, sobre todo en pacientes jóvenes con AF floridos de trastorno del ritmo poco esperables para su edad.

### 755/60. PROGRAMA DE CRIBADO DE DISLIPEMIAS FAMILIARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. RENTABILIDAD DEL TEST GENÉTICO

Aurora María Martínez Ballesta<sup>1</sup> y Pablo Toledo Frías<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

**Introducción y objetivos:** La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad grave, muy prevalente en la población ge-

neral. Se estima que 1/300 pacientes podría tenerla, la prevalencia podría ser mayor en población que ha sufrido un evento coronario. Existen otras dislipemias familiares como la hiperlipoproteïnemia A (Lp(a)) o la hipercolesterolemia poligénica (HP), con una prevalencia desconocida, que se asocian a enfermedad cardiovascular (ECV). Es necesaria una búsqueda activa de estas patologías en pacientes con ECV, especialmente si es precoz o si presentan cifras de cLDL muy elevadas.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Se realiza un cribado activo de HF y otros factores genéticos asociados a aumento de la ECV. Analizamos 352 pacientes con cardiopatía isquémica consecutivos derivados a una unidad de Rehabilitación Cardiaca entre el 1 enero de 2022 y el 1 de abril de 2023, a todos se les realiza un score holandés de HF, y un test genético de hipercolesterolemia a aquellos con un score al menos de 3 puntos o niveles de cLDL > 150 mg/dl, realizando un total de 53 test genéticos.

**Resultados:** La prevalencia de mutaciones asociadas a Lp(a) fue de 35,8%, siendo la más representativa la mutación en hemigiosis del gen rs10455872, con un 57,9%; continuando por la mutación en hemigiosis del gen rs3798220, con un 31,6%; un 10,5% presentaban ambas copias en hemigiosis. Respecto a variantes genéticas asociadas con menor eficacia o toxicidad de algunas estatinas estaba presente en el 45,3%. Respecto a la HP, un 36% presentaban un cLDL score > 1,09. En cuanto al riesgo genético coronario, el 38,5% presentaba valores de Cardio in Code Score > 1,3. Respecto al diagnóstico de HF, el diagnóstico clínico mediante score holandés, con diagnóstico de certeza si es  $\geq 8$ , lo era en el 13% de los pacientes; siendo el test genético positivo en el 3,8%, con hallazgo de mutaciones de significado incierto en el 9,6%. En el 82,4% de todos los estudios genéticos se ha hallado alguna mutación.

**Conclusiones:** El cribado activo de dislipemias familiares, tanto por criterios clínicos como estudios genéticos, tiene una alta rentabilidad en pacientes con cardiopatía isquémica. El test genético aporta un factor de riesgo no conocido adicional en la mayoría de los pacientes.

### 755/62. SEGUIMIENTO CLÍNICO TRAS EL AÑO DE IMPLANTE DE PRÓTESIS BIOLÓGICA TIPO TAVI. ¿QUÉ HA PASADO CON NUESTROS PACIENTES?

Beatriz Girela Pérez, José Ángel Becerra Gajón, José Antonio Aparicio Gómez, Natalia Bolívar Herrera y Ricardo Fajardo Molina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** El éxito de los programas de implante de TAVI requiere una selección cuidadosa de aquellos pacientes subsidiarios de beneficiarse de este procedimiento evitando en lo posible la realización del mismo en pacientes en los que va a resultar un esfuerzo fútil. El objetivo de nuestro estudio es analizar la mortalidad y las principales complicaciones que se derivan del implante de la TAVI y ver las comorbilidades asociadas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados para recambio valvular tipo TAVI. Se analizaron las características basales de los pacientes, la fragilidad y el riesgo quirúrgico, así como las complicaciones y la mortalidad durante el seguimiento clínico mayor a un año.

**Resultados:** Entre los meses de noviembre de 2019 y marzo de 2023, se realizaron un total de 152 implantes de TAVI en nuestro centro. El 55% fueron mujeres, siendo la clase funcional NYHA más frecuente (65%) CF-III. El 97% de nuestros procedimientos se realizó de manera electiva. Nuestros pacientes presentaban un alto riesgo, tanto quirúrgico (EuroScore me-

dio de 4,18) como asociado a comorbilidades (índice de Charlson medio 4,68). La enfermedad renal crónica (aclaramiento de Cr < 60 ml/min) se encontraba presente en un 51% de los casos, con una Cr media previa al procedimiento de 1,21. El 20% experimentaron al menos un ingreso durante el seguimiento, siendo la causa más frecuente la insuficiencia cardíaca descompensada, seguida de la infección respiratoria. Con respecto a la mortalidad al año de seguimiento, esta solo se produjo en el 4% de los pacientes, encontrando asociación significativa entre esta y los pacientes que presentaron reingresos posteriores ( $p = 0,0021$ ), ictus posimplante ( $p < 0,001$ ) y con aquellos en los que en la ecocardiografía de control al alta y tras 6 meses se objetivaba insuficiencia aórtica periprotésica mayor o igual a moderada ( $p = 0,046$ ).

**Conclusiones:** El implante de TAVI ha demostrado ser una intervención segura, mejorando el pronóstico en pacientes con estenosis aórtica grave en los que la cirugía estaba contraindicada, ya sea por edad o por riesgo quirúrgico. Nuestro estudio pone de manifiesto datos superponibles a los encontrados en la literatura, que sostienen que las variables asociadas a un incremento de morbimortalidad a medio y largo plazo son el diagnóstico de insuficiencia perivalvular aórtica moderada o grave, el ictus y los reingresos tras el implante de TAVI.

### 755/63. DIFERENCIAS SEGÚN LA GENÉTICA EN UNA POBLACIÓN CON TRASTORNOS DEL RITMO EN EDAD PRECOZ DERIVADOS A LA UNIDAD DE FAMILIARES

Beatriz Girela Pérez<sup>1</sup>, José Gregorio Soto Rojas<sup>1</sup>, Alejandro Gómez Carranza<sup>2</sup>, Carlos Gómez Navarro<sup>1</sup> y Ricardo Fajardo Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Poniente, El Ejido, Almería.

**Introducción y objetivos:** El objetivo de nuestro estudio es analizar los pacientes jóvenes que presentaban trastornos de la conducción (FA o BAV [desde BAV 1.º grado avanzado hasta BAV completo]) a edad temprana (< 55 años), ver la implicación del estudio genético y comparar ambos subgrupos en función del resultado del mismo.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 30 pacientes derivados a la consulta de Familiares. Se realizó un análisis por subgrupos (genética positiva vs. negativa) y se compararon las características clínicas y antecedentes, así como las alteraciones electrocardiográficas y ecocardiográficas.

**Resultados:** Entre enero 2020 y diciembre 2023 estudiamos un total de 30 pacientes. La edad media fue de 45 años, 63% de varones. En un análisis por subgrupos, dividimos los pacientes con genética positiva (60%) y negativa (40%). Observamos que la edad media de la primera visita era ligeramente superior en los pacientes con genética negativa (51 vs. 42 años), con un QRS medio de 108 mseg vs. 118 mseg, respectivamente. La FEVI media de ambos fue similar (63%). Como trastorno de la conducción fue más prevalente la FA en genética positiva (50%), siendo el BAV (58,3%) más frecuente en el otro grupo. La mutación más encontrada fue LMNA, seguida de PRKAG2. Los antecedentes familiares (AF) fueron similares en ambos grupos (75%). Los FRCV fueron más prevalentes en aquellos con genética negativa, encontrando dentro de este grupo asociación significativa entre BAV e HTA ( $p = 0,048$ ), asociándose en estos casos ( $p = 0,001$ ) la HTA con el resto de los FRCV (obesidad, dislipemia y DM). La alteración electrocardiográfica más frecuente en ambos grupos fue el BRDHH, encontrándose asociación significativa ( $p = 0,020$ ) entre este y genética po-

sitiva. El SIV fue < 14 mm en todos genética negativa, siendo > 15 mm en un 34% de los pacientes con genes +, sin encontrar asociación. Dentro de los pacientes con genética demostrada, la subdivisión por trastorno del ritmo demostró un QRS mayor en los pacientes con BAV (126 mseg vs. 118 mseg) y una asociación significativa ( $p = 0,021$ ) entre FA y valvulopatía > moderada.

**Conclusiones:** A pesar de que nuestro estudio sugiere que la presencia de AF es similar en ambos grupos, pone de manifiesto la gran utilidad del estudio genético para llevar a cabo el diagnóstico etiológico en un gran porcentaje. Así mismo, apreciamos mayor prevalencia y asociación de los FRCV con los pacientes con genética negativa, siendo un grupo de pacientes ligeramente mayor y con mayor comorbilidad de base.

### 755/64. IMPLANTE DE TRICLIP. ¿QUIÉN ES EL PACIENTE ADECUADO Y CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS POSIMPLANTE?

Eva González Llamas, Ana Carvajal Martos, Raúl Reyes Parrilla, José Antonio Aparicio Gómez y Ricardo Fajardo Molina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia tricuspídea (IT), especialmente prevalente en pacientes de edad avanzada, ha sido a lo largo de los años una patología olvidada, no obstante, se asocia con una elevada tasa de morbimortalidad. Actualmente y en según qué casos es una patología abordable de forma percutánea, disponiendo de varios dispositivos, en nuestro caso analizaremos la inclusión del TriClip en nuestro centro. El objetivo del estudio es analizar las características y resultados a corto plazo de los pacientes seleccionados en nuestro centro para el implante de TriClip.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes consecutivos sometidos a implante de TriClip en el que se recogen datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos, antes y después del implante.

**Resultados:** Nuestra muestra de 7 pacientes presentaba una edad media de 82,6 años, un 57% eran mujeres y clase funcional NYHA II-III salvo un paciente en clase IV. Los pacientes seleccionados presentaban insuficiencia tricuspídea al menos grave. El 71% se catalogó como IT secundaria, objetivándose dilatación de VD en un 80% de los pacientes. La FEVI media fue de 56,7% presentando solo uno de ellos disfunción ventricular (FEVI 40%). Estaban en tratamiento con diuréticos a dosis bajas y el NT-proBNP medio era 1.947. Se observó una reducción de la insuficiencia tricúspide en todos los casos, llegando a ser grado I o II en hasta el 57%. No se registraron complicaciones posoperatorias, y como única incidencia, un caso presentó evolución tórpida posterior que precisó de ingreso prolongado por descompensación de insuficiencia cardíaca con congestión pulmonar. En el seguimiento posterior, se evidenció mejoría en la capacidad funcional, sin necesidad de aumento de tratamiento diurético. El 67% de los pacientes informaron una clase funcional NYHA I en el control, aunque se observó un aumento del NT-proBNP con valores medios de 1.812. Durante el seguimiento solo se objetivó un reingreso por IC sin producirse otros eventos adversos asociados.

**Conclusiones:** El tratamiento percutáneo de la IT es una alternativa válida en un subgrupo seleccionado de pacientes. Con la reducción de la IT se objetivó en nuestra muestra un cambio hemodinámico con predominio de congestión intravascular (traducido en el aumento de niveles de NT-proBNP) que podría facilitar la respuesta diurética de estos pacientes y con

ello conseguir la mejoría clínica y sintomática apreciada en este estudio.

### 755/65. MEJORÍA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA VIRTUAL

María Isabel Navarro-Pelayo Torres, Isabel Lourdes Merino González, Miriam Jiménez Fernández y Ricardo Francisco Rivera López

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** La rehabilitación cardiaca (RC) virtual ha demostrado ser, en los últimos tiempos, una alternativa a la RC convencional. No todos los pacientes experimentan el mismo grado de mejoría. Nuestro objetivo es conocer qué tipo de pacientes mejoran más desde el punto de vista funcional.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes incluidos en el programa de RC virtual en los años 2021 y 2022. El tiempo de duración en la ergometría se recogió al inicio del programa (un mes después del ingreso) y al final (ocho semanas tras el inicio), considerándose mejoría de la capacidad funcional un aumento del 15%.

**Resultados:** Se seleccionaron un total de 265 pacientes, siendo el 80% varones con una edad media de  $58,64 \pm 10,02$  años. Un 90,9% fueron incluidos tras un SCA, teniendo el 44,1% enfermedad multivascular y el 17,5% el diagnóstico de MINOCA. Un 74% eran fumadores, un 27,5% diabéticos y un 44,2% dislipémicos. La FEVI media al alta fue del  $56,49 \pm 8,75\%$ , y el tiempo medio de duración de la ergometría al inicio fue de  $352 \pm 158$  segundos. El 61,5% de los participantes experimentó una mejoría del 15% en el tiempo de la ergometría tras la RC. La presencia de MINOCA, enfermedad multivascular, dislipemia, el tiempo de duración de la ergometría al inicio y la FEVI se asociaron a mejoría o no de la capacidad funcional. En el análisis multivariante, los pacientes que experimentaron una mejoría mayor del 15% en el tiempo de ergometría fueron aquellos con enfermedad multivascular (OR 1,91 [1,08-3,37,  $p = 0,02$ ]) y aquellos con un menor tiempo de duración en la ergometría al inicio (OR 0,994 0,992-0,996,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad multivascular y aquellos con un menor tiempo de ergometría al inicio fueron más propensos a mejorar la capacidad funcional tras la RC virtual.

### 755/66. TROMBOSIS VENTRICULAR APICAL: ANÁLISIS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y MANEJO DE UNA SERIE DE CASOS

José Ignacio Larrubia Valle, Leopoldo Fernández Ruz, Ana María Moncada Ventura, Pedro Fernández Martín y Cristóbal Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La trombosis apical supone una complicación infrecuente en la disfunción ventricular con alteraciones de la motilidad apical. Se pretende analizar las características clínicas, el tratamiento anticoagulante al alta, el tiempo de resolución del trombo y los eventos mayores (ictus, embolia sistémica o muerte) en el seguimiento.

**Métodos:** Se recogieron datos clínicos, analíticos y terapéuticos de pacientes ingresados en nuestro servicio con diagnóstico asociado de trombosis apical entre enero de 2022 y enero de 2024.

**Resultados:** Se analizaron 20 pacientes. La edad media fue 57,22 años ( $\pm 13,4$ ), con 85% varones. El 70% ( $n = 14$ ) tenían disfunción ventricular de origen isquémico. Todos los pacientes tuvieron alteraciones en la motilidad a nivel apical. El 75% tenían FEVI menor del 40%, con una FEVI media del  $34,5\% (\pm 12,7)$ . Se diagnosticó al 90% ( $n = 18$ ) con ETT, el 32% necesitó ecopotenciador ( $n = 6$ ); los otros 2 pacientes (10%) se diagnosticaron con RM o TAC. El 40% fueron trombos lábiles ( $n = 8$ ), el resto murales. Se anticoaguló a 18 pacientes, 75% con HbPM + AVK y 25% con ACOD. Se resolvieron el 45% de los trombos. Durante el seguimiento, el 25% cursó con eventos mayores ( $n = 5$ ), con un paciente durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La trombosis apical es una entidad infrecuente, con manejo terapéutico complejo por la anticoagulación añadida en la mayoría de los casos a la doble antiagregación. En el diagnóstico se necesitó en el 10% de los casos de otra prueba de imagen. Uno de cada cuatro pacientes sufrió un evento mayor durante el seguimiento.

### 755/67. IMPACTO DE LA TERAPIA DE REPARACIÓN MITRAL BORDE A BORDE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EVALUADOS PARA TRASPLANTE CARDIACO

Cristina Urbano Sánchez, Nerea Aguayo Caño, Álvaro Roldán Guerra, Lucas Javier Barreiro Mesa, Fátima Esteban Martínez, Ana Rodríguez Almodóvar, Mónica Delgado Ortega, María Dolores Mesa Rubio, Martín Ruiz Ortiz y Rafael González Manzanares

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La terapia de reparación mitral borde a borde (TEER) se presenta como una opción terapéutica frente a la escasez de órganos en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada (ICAv). El registro MitraBridge mostró que la TEER mejora la supervivencia en pacientes con insuficiencia mitral (IM) moderada-grave candidatos a trasplante cardiaco. El objetivo de nuestro estudio es valorar el impacto de la TEER sobre la mortalidad y los eventos combinados de muerte, reingresos por IC y necesidad de trasplante urgente o asistencia ventricular en pacientes con ICAv e IM funcional moderada-grave evaluados para trasplante cardiaco en nuestro centro.

**Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo de un registro prospectivo. De los pacientes tratados mediante TEER por IM grave, seleccionamos a aquellos con ICAv (definida como FEVI  $\leq 35\%$ , y/o clase funcional avanzada [NYHA III-IV]) que habían sido derivados para trasplante cardiaco.

**Resultados:** Desde noviembre de 2011 a diciembre de 2023, 191 pacientes fueron tratados mediante TEER de los cuales 38 pacientes cumplían los criterios establecidos (mediana de edad 59 años [48-65]); 31 (81%) varones; FEVI media  $26 \pm 6\%$ . Todos los pacientes tenían al menos un ingreso previo por IC y estaban en tratamiento médico óptimo según guías. Durante el seguimiento, la supervivencia global a los 2 años fue del 75,6% y la supervivencia libre de eventos del 48%. Se trasplantaron 5 pacientes (13%), uno (2,6%) con carácter urgente. Previo a la terapia con TEER, la tasa de ingresos por IC fue de 108 ingresos/100 pacientes-año, que se redujo de forma significativa tras el procedimiento hasta los 33 ingresos/100 pacientes-año (razón de tasas 0,31 [IC 95% 0,21-0,45,  $p < 0,0005$ ]).

**Conclusiones:** La TEER es una alternativa eficaz en pacientes con ICAv e IM funcional grave candidatos a trasplante cardiaco, aumentando la supervivencia y reduciendo los reingresos por IC, así como la necesidad de trasplante cardiaco en el seguimiento.

### 755/68. PREDICTORES DE REMODELADO INVERSO Y PRONÓSTICO DE UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEJORADA

Cecilia Prados Murcia, Cristóbal Estrada, Virginia Pérez Ramírez, Patricia Azañón Cantero y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El remodelado inverso supone una mejora de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en los pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida (IC-FEVIr), si bien los factores que lo predicen y el pronóstico a largo plazo de los pacientes con IC y FEVI mejorada (IC-FEVI<sub>m</sub>) no son bien conocidos. El objetivo de nuestro estudio es esclarecer cuáles son los predictores de IC-FEVI<sub>m</sub> y su evolución en nuestra área hospitalaria.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, transversal y analítico en el que se incluyeron pacientes en seguimiento en nuestra Unidad de IC entre abril de 2016 y diciembre de 2022, comparando a los que mejoraron la FEVI frente a los que no. Se definió «FEVI mejorada» como aquella con valor inicial < 40%, con mejoría ≥ al 10% y que es ≥ 40% durante el seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 397 pacientes con IC-FEVIr, de los que 206 (51,6%) mejoraron FEVI. No encontramos diferencias significativas atendiendo a edad, sexo, presencia de hipertensión arterial, fibrilación auricular y hábitos tóxicos. Los pacientes con IC-FEVIr eran más frecuentemente diabéticos y dislipémicos, asociaban mayor prevalencia de enfermedad renal crónica, trastornos de la conducción y peor clase funcional. El subgrupo de IC-FEVI<sub>m</sub> se relacionó con la IC *de novo* ( $p < 0,001$ ) y la etiología no isquémica ( $p = 0,004$ ). Durante el seguimiento, precisó menor uso de diuréticos, feroterapia, levosimendán e implante de dispositivos de estimulación. Además, lograron mejor clase funcional, valores inferiores de NT-ProBNP, menor probabilidad de hipertensión pulmonar, disminución de las presiones de llenado y mejor función del ventrículo derecho. Este subgrupo presentó durante el seguimiento menos eventos arrítmicos, ingresos hospitalarios por IC y mortalidad por todas las causas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El 51,6% de nuestros pacientes presenta criterios de FEVI mejorada. En estos es más frecuente la etiología no isquémica y la IC *de novo*. Presentan menos eventos cardiovasculares adversos durante el seguimiento, en términos de mortalidad y hospitalizaciones por IC. Su evolución, en comparación con aquellos con FEVI persistentemente reducida, es más favorable, con mejor clase funcional, valores más bajos de NT-ProBNP y mejoría de los parámetros ecocardiográficos.

### 755/69. ¿ES NECESARIO MONITORIZAR LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN RENAL?

Inmaculada Bellido Estévez<sup>1,3</sup>, Eduardo de Teresa Galván<sup>2</sup>, Samir Maanan Ledesma<sup>3</sup>, Francisco Tembours Ruiz<sup>4</sup>, Isabel Caparrós Miranda<sup>4</sup>, Manuel Jiménez Navarro<sup>2</sup> y Aurelio Gómez Luque<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigaciones Biomédicas de Málaga (Ibima), Málaga. <sup>2</sup>Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>3</sup>Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción y objetivos:** Analizar la relación entre disfunción renal y alteración de los niveles plasmáticos de anticoagulantes orales directos (ACOD) con la incidencia de sangrado.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo en pacientes del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (años 2021-23). Criterios de inclusión: edad > 18 años; tratamiento con dabigatrán, rivaroxabán, apixabán o edoxabán; con sangrado, con consentimiento informado. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos (motivo uso de ACOD, riesgo trombotico, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC, intervención, riesgo hemorrágico Has-Bled, creatinemia, filtrado glomerular (FG), INR, TPTA, Tp, niveles plasmáticos (NP) de ACOD, sangrado.

**Resultados:** 41 pacientes incluidos, 56,1% mujeres, edad media 78,6 ± 1,5 años, diagnóstico de FA 97,6%, FG medio de 53,4 ± 3,68 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, alta prevalencia de patologías crónicas, el 19,5% presentó NP en rango terapéutico (RT): El 33,3% en apixabán presentaron NP subterapéuticos (50% fueron > 75 años). El 57,1% en dabigatrán y el 76,9% en edoxabán, presentaron NP supratrapéuticos (66,7% fueron > 75 años). Los NP de dabigatrán, edoxabán y rivaroxabán se correlacionaron positivamente con el nivel del INR. Los NP de los ACOD se correlacionaron inversamente con el FG (-0,313,  $p = 0,46$ ). Los pacientes sufrieron sangrado craneoencefálico 48,8%, digestivo 36,6%, otros 14,6%. El 51,2% ( $N = 21$ ,  $p = 0,034$ ) del sangrado ocurrió en pacientes con NP supratrapéuticos de ACOD. Edoxabán mostró la mayor incidencia de sangrado ( $N = 10$ , 76,9%,  $p = 0,05$ ) seguido de dabigatrán ( $N = 4$ , 57,1%). La mayoría del sangrado ( $N = 24$ , 58,5%) apareció en pacientes con FG < 60, sobre todo con FG < 45 ( $N = 15$ , 36,6%), NP supratrapéuticos ( $N = 21$ , 51,2%), y con correlación inversa-no significativa, entre la disfunción renal y NP supratrapéuticos de ACOD (-0,278;  $p = 0,188$ ). Edoxabán mostró la mayor incidencia de sangrado en condiciones de disfunción renal (80,0%,  $N = 8$ ). Apixabán presentó incidencia media de sangrado en pacientes con RT y supratrapéutico y con FG patológico. Los pacientes > 75 años y con FG < 60, mostraron mayor incidencia de sangrado con NP subterapéuticos ( $N = 4$ , 19,0%), terapéuticos ( $N = 5$ , 23,8%) y supratrapéuticos ( $N = 12$ , 57,1%). Dabigatrán presentó el mejor perfil y edoxabán el peor perfil de eventos adversos en esta población.

**Conclusiones:** Es necesario determinar rutinariamente los niveles plasmáticos de los ACOD para asegurar su rango terapéutico, sobre todo en los pacientes con afectación renal y añosos para evitar eventos adversos.

### 755/70. DETERMINANTES PRONÓSTICOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: REGISTRO DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA ANDALUZ

Gloria Rocío Padilla Rodríguez<sup>1</sup>, Alejandro Gómez González<sup>2</sup>, Manuel Núñez Ruiz<sup>1</sup>, Amelia Peña Rodríguez<sup>1</sup>, Luis Eduardo López Cortés<sup>3</sup> y Juan Carlos García Rubira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) es una patología cardiovascular con mal pronóstico debido a sus complicaciones intra y extracardiacas, que en ocasiones contraindican la cirugía y determinan su pronóstico.

**Métodos:** Nuestro objetivo fue analizar los determinantes pronósticos de pacientes con diagnóstico de EI. Incluimos a los pacientes que ingresaron en un hospital de referencia de cirugía cardiaca con diagnóstico de EI desde 2016-2022. Registramos la afectación cardiaca, extracardiacas, así como la realización o no de cirugía cardiaca. Fueron seguidos a largo

plazo para detectar eventos adversos mayores: mortalidad cardiovascular (MCV) y global (MG). Se establecieron determinantes pronósticos mediante la regresión de Cox.

**Resultados:** De 162 pacientes (varones 70,5%; mediana de 66 años P25: 58, P75: 76), la localización más frecuente de EI fue la válvula aórtica (44%), seguida de la mitral (31,9%), la mayoría nativas (50,6%). Las complicaciones locales cardíacas más frecuentes, el absceso (21,2%) y extracardiaca, el embolismo cerebral (21,8%). En el seguimiento (media 35,7 meses), se registró un 35,7% de MG y 22,9% de causa CV. Se registró alta tasa de mortalidad intrahospitalaria (24,7%), de las cuales el 82,6% no se habían intervenido. Los predictores de mortalidad global y CV en el seguimiento fueron el shock (HR 4,12 IC95% 1,7-10 en MCV,  $p = 0,02$  y HR 3,9 IC95% 2,1-7 en MG,  $p < 0,01$ ), la diabetes mellitus (MCV HR 7,82 IC95% 3,15-19,4  $p < 0,01$ ; MG HR 2,6 IC95% 1,5-4,7  $p = 0,01$ ), enfermedad oncológica previa (MCV HR 3,21 IC95% 1-10,3  $p = 0,05$ ; MG HR 3,5 IC95% 1,6-7,7  $p = 0,02$ ), bloqueo AV completo (MCV HR 3,03 IC95% 1,1-8,5  $p = 0,04$ ; MG HR 2,9 IC95% 1,3-6,4  $p = 0,01$ ) y disfunción valvular (MCV HR 7,82 IC95% 3,15-19,4  $p < 0,01$ ; MG HR 1,45 IC95% 1-2,1  $p = 0,05$ ). Ajustado por tipo de válvula (aórtica o mitral), los pacientes intervenidos tuvieron mejor pronóstico (HR 0,24, IC95% 0,08-0,72,  $p = 0,02$ ) con una media de supervivencia mayor (64,5 vs. 51,1 meses,  $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** La endocarditis infecciosa tiene una tasa de hasta el 25% de mortalidad en nuestra serie, sobre todo intrahospitalaria, que se asocia al shock, BAV, disfunción valvular y antecedente de diabetes mellitus y enfermedad oncológica. La cirugía parece aportar beneficios independientemente del tipo de válvula afecta.

### 755/71. ANÁLISIS DEL PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDIACA: IMPORTANCIA DE LAS PARTÍCULAS REMANENTES

Gloria Rocío Padilla Rodríguez<sup>1</sup>, Rocío Páez Muñoz<sup>1</sup>, Marta Lucas García<sup>1</sup>, Marta Pelaz Sánchez<sup>1</sup>, María del Mar Martínez Quesada<sup>1</sup> y Rafael J. Hidalgo Urbano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Recientemente se está demostrando que no todo el riesgo lipídico de aterosclerosis se debe al colesterol LDL (cLDL). Las partículas remanentes se han relacionado con mayor riesgo de primer evento cardiovascular y de recurrencias.

**Métodos:** Nos propusimos analizar el perfil lipídico al ingreso de pacientes que realizan un programa de rehabilitación cardíaca (RC) en un hospital terciario, sus características clínicas y evolución tras RC. Recogimos los datos de los pacientes que finalizaron el programa entre enero/2022 y marzo/2023: variables analíticas al ingreso hospitalario y al finalizar el programa, datos clínicos y antropométricos. Definimos remanentes elevados como  $> 30$  mg/dl, calculados indirectamente a través de la fórmula «colesterol total CT - (cLDL + cHDL)».

**Resultados:** Incluimos a 170 pacientes que tenían perfil lipídico completo al ingreso (varones 80,5%, edad media 57,9  $\pm$  9 años). El 92,5% fueron derivados tras un síndrome coronario agudo, siendo diabéticos el 25,6%, fumadores el 56,6% y con obesidad el 38,1%. En el grupo con remanentes elevados, predominaba el sexo masculino (90,3 vs. 79,8%,  $p = 0,04$ ), mientras que no se encontraron diferencias en cuanto a edad, diabetes, tabaquismo, obesidad o arteriopatía periférica. En cuanto al perfil lipídico basal, se asoció a mayores valores de CT (190 vs. 152,  $p < 0,01$ ), cLDL (109 vs. 90,  $p < 0,01$ ), triglicé-

dos (TG) (227 vs. 104,  $p < 0,01$ ) y cociente TG/cHDL (6,8 vs. 2,5,  $p < 0,01$ ) y menores niveles de cHDL (37 vs. 45,  $p < 0,01$ ). El 66,1% tiene una cifra de cLDL  $> 100$  mg/dl, frente al 29,6% de los que tienen remanentes bajos ( $p < 0,01$ ). Tras RC, el 34,4% seguían teniendo remanentes elevados (vs. 22,2% de los que no la tenían elevada,  $p = 0,01$ ) y el 75,9% tenía TG/HDL  $> 2$ . Además, estos pacientes siguen teniendo valores de TG más altos (156 vs. 93,  $p < 0,01$ ) y cHDL menores (43 vs. 50,  $p = 0,03$ ). **Conclusiones:** Más de un tercio de los pacientes que realizan un programa de RC en nuestro centro tienen remanentes elevados. Predominan los varones e inicialmente, tienen mayor prevalencia cLDL pequeñas y densas. Se observa menor efecto del programa de RC en mejoría de parámetros de riesgo lipídico, por lo que serían necesarios hipolipemiantes más potentes para mejorar el riesgo cardiovascular de esta población.

### 755/72. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO PARA EL CATETERISMO CARDIACO DERECHO DE ESFUERZO EN LA SALA DE HEMODINÁMICA

Javier González Vela<sup>1</sup>, Rafael Mesa Rico<sup>2</sup>, Ana María Llamas Ríos<sup>1</sup>, Julia Jiménez Ranchal<sup>3</sup>, Pedro Antonio Chinchurreta Capote<sup>3</sup>, Francisco Alfonso Toré Meléndez<sup>1</sup>, José Atienza Carrasco<sup>3</sup>, Francisco Rivas Ruiz<sup>4</sup> y Rafael Bravo Márques<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hemodinámica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>2</sup>Unidad de Enfermería, Servicio de Hospitalización de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>4</sup>Área de Investigación e Innovación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad grave de diagnóstico tardío. Está demostrado que un diagnóstico precoz conlleva un mejor pronóstico del paciente. Para lograr desenmascarar la HP en las fases iniciales de la enfermedad, necesitamos pruebas de provocación, en este caso el test de referencia es el cateterismo cardíaco derecho de esfuerzo (CCDe). Se define la hipertensión pulmonar de esfuerzo (HPE) como la pendiente de presión pulmonar media/gasto cardíaco  $> 3$  mmHg/l/min. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la implantación de un protocolo de CCDe en el servicio de hemodinámica coordinado por enfermería.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes a los que se les realizó un CCDe en nuestro centro entre julio y diciembre de 2023. Dicho protocolo consta de dos etapas: en la primera se realiza una ergoespirometría en cicloergómetro para demostrar datos de HPE unas 24/48 horas antes del CCDe. La segunda etapa consta de varias fases: CCD en reposo con toma de presiones en las cavidades derechas cardíacas, fase de esfuerzo con cicloergómetro (estimamos el 80% de la carga máxima alcanzada en Watos en ergoespirometría). Y, por último, la fase de recuperación, en la que se repite la primera fase tras 5 minutos de recuperación.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 10 pacientes con una mediana de edad de 59 [17] años. El 50% de pacientes fueron de sexo femenino. En el 70% de los CCDe fue indicado por sospecha de HPE. Todos los pacientes presentaban disnea de esfuerzo. En el 90% de los casos el acceso venoso fue periférico para la realización del CCDe. El 70% de los pacientes fueron diagnosticados de HP de esfuerzo. El 90% finalizaron el CCDe tras alcanzar la carga máxima estimada. En ninguno de los casos hubo complicaciones durante el procedimiento.

**Conclusiones:** La implantación del protocolo para la realización del CCDe por parte de enfermería ha sido satisfactoria.

Se consiguió el diagnóstico de HPe sometiendo al paciente a un ejercicio de forma fisiológica sin complicaciones. En estos accesos la enfermería tiene un papel importante por sus habilidades para su canalización.

### 755/73. CRIBADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON NT-PROBNP EN UNA POBLACIÓN CON BAJA PROBABILIDAD

Álvaro Fernández Santiago<sup>1</sup>, Carmen Rus Mansilla<sup>2</sup>, Saida Navarro Melero<sup>1</sup>, Antonio Fernández Suárez<sup>3</sup>, Gustavo Aníbal Cortez Quiroga<sup>2</sup> y Rosa María Peña Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén. <sup>3</sup>Unidad de Análisis Clínicos, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

**Introducción y objetivos:** El NT-proBNP es un biomarcador de alta sensibilidad para descartar la insuficiencia cardiaca (IC), pero con menor especificidad al aumentar su concentración con la edad. En 2015 se publicaron los procesos asistenciales SEC-semFYC, determinando como valor de corte para descartar la IC un valor < 300 ng/l y recientemente la guía ESC de diabetes recomiendan (IB) su uso como biomarcador de cribado. **Objetivo:** Evaluar el uso de NT-proBNP < 300 ng/l como método de cribado de IC en pacientes diabéticos y no diabéticos menores de 65 años.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, entre 2018-2023 en pacientes menores de 65 años con sospecha de IC en los que se solicitó NT-proBNP y HbA1c. Se aplicó el protocolo SEC-semFYC para descartar la presencia de IC.

**Resultados:** Se reclutaron 526 pacientes, se dividió la población en 351 pacientes (62,1%) no diabéticos (Grupo A) y 175 (37,9%) diabéticos (Grupo B). Los pacientes del Grupo B tenían mayor edad, menor porcentaje de mujeres, una mayor tasa de insuficiencia renal y un HDL más bajo. Se descartó la sospecha de IC en el 93,2% del Grupo A y en el 87,4% del Grupo B. por lo tanto en diabéticos hubo una mayor proporción de pacientes con valores > 300 ng/l ( $p = 0,028$ , OR 1,96 [IC 95%: 1,06-3,60]).

**Conclusiones:** El uso de NT-proBNP demuestra ser útil en el cribado de sospecha de insuficiencia cardiaca en una población con baja probabilidad (menores de 65 años), descartando la enfermedad en el 91,2% de los pacientes y evitando derivaciones innecesarias. Su uso es más eficiente en la subpoblación de pacientes diabéticos, donde la probabilidad de insuficiencia cardiaca es mayor.

### 755/74. MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN MEJORADA

Consuelo Fernández-Avilés Irache<sup>1</sup>, Manuel Crespín Crespín<sup>1</sup>, Diana Ladera Santos<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Guillermo Gutiérrez Ballesteros<sup>1</sup>, Rafaela Luque López<sup>2</sup>, Asunción García Merino<sup>2</sup>, José María Segura Saint-Gerons<sup>1</sup>, Manuel Pablo Anguita Sánchez<sup>1</sup> y José López Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (IC-FEr) que mejoran o normalizan las FEVI tras tratamiento médico óptimo (TMO) presentan mejoría en su pronóstico con menores tasas de eventos en el seguimiento. La ergoespirometría ha demostrado su valor como herramienta pronóstica en los diferentes estadios de la IC. El objetivo de este trabajo fue realizar una

valoración ergoespirométrica en pacientes con IC y FEVI mejorada (IC-FEm) para valorar su impacto pronóstico.

**Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente a 105 pacientes con diagnóstico de IC-FEr (< 40%) tras un episodio de hospitalización por IC en nuestro centro, que disponían de datos clínicos, analíticos, ecocardiográficos y ergoespirométricos basales y al menos a 6 meses de seguimiento. El análisis se realizó según si los pacientes mejoraron su FEVI en el segundo ecocardiograma: IC-FEm o IC-FEpr (IC-FE persistentemente reducida). Mediante modelos multivariantes ajustados por características basales, edad y sexo, se compararon los resultados de ambos grupos.

**Resultados:** Se incluyeron 105 pacientes, 64 de los cuales presentaron IC-FEm (60,9%) y 41 IC-FEpr (39,1%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El tratamiento de ambos grupos se optimizó de forma similar en el seguimiento: betabloqueantes (100% vs. 95,3%,  $p = 0,279$ ), IECA (48,8% vs. 31,3%) o ARNI (52,1% vs. 65,6%,  $p = 0,129$ ), ARM (80,5% vs. 84,4%,  $p = 0,606$ ) e ISGLT2 (41,5% vs. 51,6%,  $p = 0,312$ ), salvo en pacientes con IC-FEpr, donde hubo mayor proporción de pacientes a los que se implantó marcapasos de estimulación fisiológica o equivalente a terapia de resincronización cardiaca (45,3% vs. 70,7%,  $p = 0,011$ ). Se observó mejoría significativa en parámetros ergoespirométricos en aquellos pacientes con IC-FEm: incremento del VO<sub>2</sub> máximo absoluto de 2,02 ml/kg/min (IC 95%: 0,42-3,62,  $p = 0,014$ ) y de un 10% del porcentaje del predicho (IC 95%: 2,32-17,7%,  $p = 0,011$ ); aumento de 1,31 ml/kg/min del VO<sub>2</sub> en el umbral aerobio (VT1) (IC 95%: 0,21-2,40,  $p = 0,02$ ). No se hallaron modificaciones de otros valores pronósticos como la pendiente VE/VCO<sub>2</sub> o el pulso de oxígeno.

**Conclusiones:** En pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida que mejoran su fracción de eyección tras tratamiento médico óptimo, alcanzan una mejoría de su capacidad funcional, medida en una mejoría significativa de los parámetros ergoespirométricos con demostrado valor pronóstico.

### 755/75. OPTIMIZANDO EL PRONÓSTICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA: EL ROL DINÁMICO DEL MECKI SCORE Y LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Consuelo Fernández-Avilés Irache<sup>1</sup>, Manuel Crespín Crespín<sup>1</sup>, Laura Velarde Morales<sup>1</sup>, Laura Calvo Gutiérrez<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Guillermo Gutiérrez Ballesteros<sup>1</sup>, Rafaela Luque López<sup>2</sup>, Asunción García Merino<sup>2</sup>, José María Segura Saint-Gerons<sup>1</sup> y José López Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El papel de los scores de riesgo en el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) está cobrando cada vez más relevancia. El MECKI score se basa en datos pronósticos ergoespirométricos, analíticos y ecocardiográficos para estimar la mortalidad o necesidad de trasplante cardiaco a los 2 años de seguimiento. Los estudios de IC se han basado en una única valoración basal de este score. El objetivo de nuestro estudio fue valorar si la optimización del tratamiento con implante de marcapasos de estimulación fisiológica o la inclusión en un programa de rehabilitación cardiaca (RC) mejoran el MECKI score y el correspondiente impacto pronóstico. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con IC con FEVI reducida y tratamiento médico óptimo en los que se disponía de ergoespirometría basal y en el seguimiento. Se calculó el MECKI score basal y final y se correlacionó con un evento combinado de muerte o ingreso por IC.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 107 pacientes, con edad media de  $61,4 \pm 10,6$  años, 71% varones y con FEVI en ETT basal de  $29,43 \pm 7,9\%$ . El 45,8% había realizado RC y el 42,1% se había implantado un marcapasos de estimulación fisiológica por BCRIHH. El MECKI score basal fue de  $5,9 \pm 7,2$  y el MECKI score en el seguimiento fue de  $1,7 \pm 3,2$  (diferencia media 4,2, IC 95% 3,1-5,3,  $p < 0,001$ ). Esta mejoría se observó tanto en los pacientes en los que se implantó marcapasos de estimulación fisiológica (diferencia 5,4; 3,6-7,1) como los incluidos en RC (diferencia 3,4; 1,9-4,9). El evento combinado de muerte o ingreso por IC ocurrió en 4 pacientes (3,7%). Aquellos pacientes en los que hubo un incremento de MECKI a los 6 meses presentaban una tendencia a mayor número de eventos (OR 1,9; IC 95% 0,89-4,13;  $p = 0,098$ ).

**Conclusiones:** La optimización del tratamiento de IC-FER mediante implante de marcapasos de estimulación fisiológica y la participación en RC se relacionan positivamente con mejoras en el MECKI score, reconociendo la naturaleza dinámica e inestable de la IC. La obtención de puntuación de MECKI score en el seguimiento de pacientes con IC-FER puede proporcionar información valiosa sobre el pronóstico de estos pacientes.

#### 755/76. EXPERIENCIA INICIAL DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA VÍA TRANSCAVA EN UN CENTRO ANDALUZ

Miguel Ángel Ríos Monje<sup>1</sup>, Daniel Zambrano Arcentales<sup>1</sup>, Rosa María Cardenal Piris<sup>2</sup>, Jesús Peña<sup>2</sup>, Agustín Guisado Rasco<sup>2</sup>, Mónica Fernández Quero<sup>2</sup>, Manuel Villa Gil-Ortega<sup>2</sup> y José Francisco Díaz Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Sección de Hemodinámica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El acceso transfemoral es el más utilizado y con mejores resultados para el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI). Sin embargo, en hasta un 5-10% de los casos no es posible, debido a enfermedad arterial periférica grave. En estos casos, se han utilizado accesos alternativos como son el transapical, aórtico, transaxilar, transcarotídeo y transbraquiocefálico, no exentos de complicaciones. Una alternativa es el transcava con algunas ventajas frente a ellos. El objetivo de este estudio es aportar la experiencia inicial del acceso transcava para el TAVI en pacientes con contraindicaciones para otros accesos y aceptados por nuestro *heart-team*.

**Métodos:** Desde febrero de 2022 hasta febrero de 2024, 3 pacientes se han realizado TAVI transcava siguiendo indicaciones en la literatura previa. Previa planificación con tomografía computarizada (TC), una guía electrificada se dirige a través de la vena cava inferior hasta la aorta abdominal para posteriormente pasar un introductor a través de la cava-aorta y una vez en la aorta, se realiza el procedimiento de TAVI de manera convencional. Por último, se cierra el acceso cava-aórtico con un dispositivo oclusor de ductus Amplatzer.

**Resultados:** El procedimiento fue realizado con éxito en los 3 pacientes. El cierre con el dispositivo Amplatzer fue realizado adecuadamente en 2 de los pacientes, siendo necesario en el paciente restante implante de un stent recubierto a consecuencia de sangrado retroperitoneal. No hubo muertes ni otras complicaciones relacionadas con el procedimiento, únicamente un paciente falleció al año por causa no cardiovascular. La mediana de estancia hospitalaria fue 3 días.

**Conclusiones:** El acceso transcava es una alternativa novedosa y válida para pacientes que no son candidatos a realización de TAVI mediante otros accesos. Para el éxito, es importante la planificación previa del procedimiento y entrenamiento de los facultativos que realicen la técnica.

#### 755/77. REDUCCIÓN DEL LDL EN PACIENTES JÓVENES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ¿CUMPLEN LOS OBJETIVOS ESTOS PACIENTES?

Carlos Barea González, Diego Félix Arroyo Moñino, Marta Pelaz Sánchez, Néstor García González y Juan Carlos García Rubira

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes jóvenes que presentan un síndrome coronario agudo (SCA) tienen muchos años potenciales de vida, por lo que la prevención secundaria es fundamental. Nuestro propósito es analizar si se alcanzan los objetivos de LDL en estos pacientes.

**Métodos:** Registro unicéntrico y observacional de los pacientes con edad igual o menor a 45 años que ingresan con diagnóstico de SCA entre 2010-2023 en la Unidad Coronaria. Se establecieron como objetivos de cLDL los indicados por las guías europeas de práctica clínica ( $< 70$  mg/dl o  $< 55$  mg/dl a partir del año 2019).

**Resultados:** Se incluyeron 287 pacientes, el 83% varones con edad media de 41 años. El 77% eran fumadores y el 51% tenían IMC  $> 25$ , presentando el 34% antecedentes familiares de CI. La prevalencia de DLP fue del 37% y la media de cLDL al ingreso fue 118 mg/dl (DE 52 mg/dl). El mecanismo principal del evento fue la rotura de placa de ateroma (84%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,4% y del 4% en el seguimiento, con una tasa de reingresos fue del 27%. Respecto a la prevención secundaria, el 70% de los pacientes completaron el programa de rehabilitación cardiaca. El porcentaje de pacientes que alcanzaron el objetivo de LDL fue del 27% a los 6 meses (61 mg/dl de media) y del 30% al año (72 mg/dl de media). El 74% de los pacientes que no cumplen objetivos a los 6 meses siguen sin cumplirlo al año. El cLDL más elevado al ingreso se asoció a una menor consecución de objetivos a los 6 meses y al año, aunque sin alcanzar la significación ( $p = 0,05$  y  $0,08$ , respectivamente). No se encontraron otros factores predictores de éxito.

**Conclusiones:** Los pacientes jóvenes con SCA presentan un buen pronóstico a largo plazo y la prevención secundaria cobra especial interés. Sin embargo, un elevado porcentaje de pacientes no alcanzan los objetivos de cLDL recomendados, por lo que queda margen de mejora para reducir la morbimortalidad en esta población.

#### 755/78. STENT EN CHIMENEA COMO TÉCNICA DE PROTECCIÓN CORONARIA EN PROCEDIMIENTOS VALVE-IN-VALVE: EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE UN CENTRO

Miguel Ángel Ríos Monje<sup>1</sup>, Daniel Zambrano Arcentales<sup>1</sup>, Rosa María Cardenal Piris<sup>2</sup>, Jesús Peña<sup>2</sup>, Agustín Guisado Rasco<sup>2</sup>, Mónica Fernández Quero<sup>2</sup>, Manuel Villa Gil-Ortega<sup>2</sup> y José Francisco Díaz Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Sección de Hemodinámica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El riesgo de obstrucción coronaria es una de las principales complicaciones del procedimiento de implante de válvulas aórticas percutáneas sobre prótesis aórticas biológicas degeneradas (TAVI *valve-in-valve*). Por ello, se han desarrollado diferentes técnicas de protección en pacientes con alto riesgo de obstrucción, como son los stent en chimenea. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las características y resultados de los pacientes a los que se les im-

planta stent en chimenea como técnica de protección coronaria en pacientes con TAVI valve-in-valve.

**Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes a los que se les realiza TAVI valve-in-valve desde enero de 2020 hasta febrero de 2024 en nuestro centro. El protocolo que se siguió fue que en aquellos con criterios de alto riesgo de obstrucción coronaria en TC previo al procedimiento (altura coronaria < 10 mm, distancia de la válvula al ostium coronario < 4 mm y senos de Valsalva < 28 mm) se les hizo protección al menos con guía en coronaria. En caso de muy alto riesgo o datos de compromiso de flujo, se les implantó stent en chimenea de forma rutinaria o de rescate, respectivamente.

**Resultados:** En total, de 37 pacientes a los que se les realizó TAVI valve-in-valve, a 15 (40%) se les hizo protección coronaria con paso de guía sobre las mismas. Entre estos, a 6 (16,2%) se les implantó stent en chimenea, 2 de los cuales fueron de rescate (5,7%). En total se colocaron 9 stents, en 3 pacientes fueron en ambas coronarias, 2 en tronco izquierdo y otro únicamente en coronaria derecha. La media del diámetro de los stents fue de  $3,5 \pm 0,26$  mm con longitud de  $24 \pm 6,7$  mm. Las prótesis implantadas fueron 2 Corevalve Evolut R y 4 Navitor, siendo todos los procedimientos exitosos. A los pacientes se les administró doble antiagregación durante 6 meses. Como complicaciones, un paciente sufrió un ictus tras el procedimiento, sin otros eventos a destacar. En un seguimiento medio de 12 meses la mortalidad fue del 0%.

**Conclusiones:** El implante de stent en chimenea en pacientes con alto riesgo de obstrucción coronaria en procedimiento de TAVI valve-in-valve es seguro y con baja tasa de complicaciones.

#### 755/79. ¿INFLUYE REALMENTE EL GRADO DE OCLUSIÓN CORONARIA EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST?

Carlos Barea González, Néstor García González, Vicente Jurado Vinteño y Juan Carlos García Rubira

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El flujo coronario evaluado en la angiografía inicial con la escala TIMI (*Thrombolysis in Myocardial Infarction*) se ha considerado clásicamente como un fuerte predictor de resultados, aunque en estudios recientes solo fue un predictor independiente de trombosis del stent. Nuestro objetivo es evaluar si el grado de oclusión coronaria se relaciona con el pronóstico a corto plazo de estos pacientes.

**Métodos:** Registro retrospectivo, unicéntrico, observacional, de pacientes ingresados en una Unidad Coronaria desde julio del año 2011 hasta septiembre del año 2022 con diagnóstico de SCACEST. El grado de flujo coronario fue evaluado mediante la escala TIMI en la angiografía inicial.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1.748 pacientes con diagnóstico inicial de SCACEST y un 24,4% eran mujeres. En la coronariografía diagnóstica, el 72% presentaron oclusión completa de la arteria culpable (TIMI 0), el 12% flujo parcial (TIMI 1), el 8% flujo enlentecido (TIMI 2) y el 9% tenían flujo coronario normal (TIMI 3). La escala TIMI se asoció de forma estadísticamente significativa a la presencia de shock cardiogénico ( $p = 0,032$ ) y a la mortalidad intrahospitalaria ( $p = 0,009$ ). Esta asociación se mantuvo entre aquellos pacientes en los que el tratamiento de reperfusión fue la angioplastia primaria (mortalidad intrahospitalaria  $p = 0,032$ ; shock cardiogénico  $p = 0,032$ ). Sin embargo, no hubo diferencias de mortalidad intrahospitalaria en aquellos pacientes que no presentaban oclusión coronaria completa de forma inicial (TIMI distinto a 0) ( $p = 0,34$ ), aunque la aparición de shock cardiogénico sí fue más frecuente de forma signi-

ficativa en los pacientes con peor TIMI dentro del grupo de pacientes sin oclusión completa de la arteria ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestro registro, el grado de flujo coronario inicial en los pacientes con SCACEST se asoció a peores resultados clínicos a corto plazo, mientras que en los pacientes sin oclusión completa de la arteria el flujo TIMI solo se asoció a la aparición de shock cardiogénico.

#### 755/80. PERFIL Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Marta Pelaz Sánchez, Rocío Páez Muñoz, Gloria Rocío Padilla Rodríguez, Marta Lucas García, María José López Marco y María del Mar Martínez Quesada

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La obesidad es la nueva pandemia del siglo XXI que se ha relacionado con un perfil metabólico desfavorable y la aparición de mayor número de eventos cardiovasculares.

**Métodos:** Nos propusimos analizar las características clínicas y la respuesta al tratamiento de pacientes con obesidad (O) que realizaron el programa de rehabilitación cardiaca (RC) y a compararlo con pacientes sin obesidad (NO). Se recogieron variables analíticas al ingreso hospitalario y al finalizar el programa, así como datos clínicos, antropométricos y resultados de las pruebas de esfuerzo de aquellos pacientes que finalizaron el programa entre enero-2022 y marzo-2023. Definimos obesidad como un IMC > 30.

**Resultados:** Se incluyeron 251 pacientes, el 80,5% varones y con una edad media de 57,9 años. El 92,5% fueron derivados al programa de RC tras ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo. El 38,1% padecían obesidad y el 42,6% sobrepeso. Eran diabéticos el 25,6% y fumadores el 56,6%. No se encontraron diferencias en cuanto a edad, presencia de diabetes mellitus, arteriopatía periférica o tabaquismo entre ambos grupos. La capacidad funcional era más baja en O tanto inicialmente (7,7 vs. 8,6 MET,  $p = 0,034$ ) como al finalizar la RC (8,9 vs. 10,1 MET,  $p = 0,018$ ). Sin embargo, el incremento en la clase funcional durante el programa fue similar en ambos grupos. El cuestionario de calidad de vida mostró peor puntuación al final en O (SF36 49,8 vs. 59,5,  $p = 0,014$ ), continuando el 85% de ellos con un IMC > 30 al alta del programa. En la analítica al inicio del programa tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el cociente TG/HDL > 2, siendo mayor en O (83,9 vs. 68,8%,  $p = 0,04$ ). Sin embargo, al alta sí se objetivaron en O valores menores de colesterol HDL (43,8 vs. 49,3,  $p = 0,013$ ), valores mayores de remanentes (25,4 vs. 19,6,  $p = 0,0$ ) y un cociente TG/HDL > 2 (68,4 vs. 37,2  $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** Más de un tercio de los pacientes que realizan un programa de rehabilitación cardiaca tienen obesidad. Se observa un menor efecto del programa de RC en la mejoría de parámetros de riesgo lipídico, como los remanentes y LDLpd elevados, así como una peor calidad de vida, que podemos atribuir a una mínima pérdida de peso.

#### 755/82. PERFIL LIPÍDICO DEL PACIENTE JOVEN QUE INGRESA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Marta Pelaz Sánchez, Diego Félix Arroyo Moñino, Carlos Barea González, Néstor García González y Juan Carlos García Rubira

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La cardiopatía isquémica es cada vez más frecuente en jóvenes, siendo la dislipemia un importante factor de riesgo para desarrollar síndrome coronario agudo. Recientemente se describen nuevos parámetros analíticos del perfil lipídico que asocian mayor riesgo cardiovascular como la presencia de lipoproteína a (Lp(a)) elevada o cociente TG/HDL > 2. Nuestro objetivo fue analizar las características de esta población, centrándonos en su perfil lipídico.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo. Incluimos pacientes con una edad igual o inferior a 45 años que ingresaron en la Unidad Coronaria por síndrome coronario agudo (SCA) entre enero 2010 y febrero 2023. Analizamos las características basales del perfil lipídico al ingreso incluyendo LDL, HDL, TG, TG/HDL y Lp(a) y comparamos entre diferentes grupos según características clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 287 pacientes, 82,6% varones con edad media de 41 años y mediana de 42. El 77% fumadores y el 9% exfumadores. La prevalencia de factores de riesgo clásicos al ingreso era: dislipemia 105-36,6%, sobrepeso 74-25,8%, obesidad 70-25,4%, hipertensión 87-30,3% y diabetes 29-10,1%. Analizando el perfil lipídico, las medias fueron LDL 117,98 mg/dl, HDL 42,66 mg/dl y triglicéridos 191,79 mg/dl, con LDL > 190 mg/dl en 7,3%, un Lp(a) > 50 mg/dl en 37% y un cociente TG/HDL > 2 en 81%, de pacientes que se disponían de aquellas mediciones (165, 68 y 168 pacientes, respectivamente). El tabaquismo, sexo, así como obesidad y sobrepeso no se asociaron significativamente con peor perfil lipídico. Tampoco se encontraron diferencias significativas según la extensión de afectación coronaria (analizando número de vasos afectados o presencia de oclusión coronaria) o según el motivo de ingreso (SCAEST vs. SCACEST), aunque en algún caso observamos una tendencia, que esperamos que se aclare en un futuro, con una muestra mayor.

**Conclusiones:** La dislipemia es un factor a tener en cuenta en los pacientes con cardiopatía isquémica precoz. Destacamos un perfil lipídico caracterizado por un cociente TG/HDL elevado en un porcentaje importante de pacientes al ingreso, en comparación con menos probabilidad de que LDL y Lp(a) estén elevados. Es necesario una mayor población para que las diferencias intuitivas del perfil lipídico en función de diversos factores sean significativas.

### 755/83. RESULTADOS A CORTO-MEDIO PLAZO DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA SOBRE PRÓTESIS BIOLÓGICAS DEGENERADAS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Daniel Zambrano Arcentales<sup>1</sup>, Miguel Ángel Ríos Monje<sup>1</sup>, Rosa María Cardenal Piris<sup>2</sup>, Jesús Peña<sup>2</sup>, Agustín Guisado Rasco<sup>2</sup>, Mónica Fernández Quero<sup>2</sup>, Manuel Villa Gil-Ortega<sup>2</sup> y José Francisco Díaz Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Sección de Hemodinámica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El implante de prótesis aórtica percutánea sobre prótesis aórticas biológicas quirúrgicas o percutáneas degeneradas (TAVI *valve-in-valve*) se está convirtiendo en un procedimiento cada vez más común para estos pacientes. Es una intervención más compleja que las TAVI sobre válvulas nativas, pero en ocasiones es la única alternativa. Objetivo: El objetivo es evaluar las características y los resultados a corto-medio plazo de los TAVI *valve-in-valve* realizados en un centro.

**Métodos:** Para ello hemos analizado retrospectivamente a los pacientes a los que se les realiza TAVI desde enero de 2020 hasta febrero de 2024 en nuestro centro identificando aquellos realizados *valve-in-valve*.

**Resultados:** A 37 pacientes se les realizó TAVI *valve-in-valve*. El 94,6% de los procedimientos fueron sobre prótesis quirúrgica, siendo las más frecuentes: Mitraflow con un 51,4% (19), Trifecta en un 24,3% (9) y Perceval en un 10,8% (4). Solamente en el 5,4% se realizó sobre TAVI (1 Evolut Pro y otra Edwards Sapiens). La indicación para el recambio fue por obstrucción grave en un 32,4%, insuficiencia grave en un 48,6% y una combinación de ambos en un 18,9%. A 2 pacientes (5,4%) se les realizó fractura del anillo, a 9 (24,3%) protección coronaria con paso de guía sobre las mismas y a 6 se les implantó *stents* en chimenea. Entre las complicaciones, destaca que 5 pacientes necesitaron marcapasos posterior al TAVI (13,5%), en 4 hubo problemas con el cierre femoral necesitando implante de 1 *stent* y 1 sufrió un ictus periprocedimiento (2,7%). En el seguimiento, 3 (8,1%) presentaron fugas perivalvulares ligeras y 1 (2,7%) estenosis moderada con aumento de gradientes transpróticosos. La mediana de seguimiento fue de 15 meses. La mortalidad cardiovascular periprocedimiento fue del 5,4% (un paciente por obstrucción coronaria y otro por infarto) y al año del 8,1% (3 pacientes, siendo este último por endocarditis).

**Conclusiones:** En nuestra serie el implante de prótesis aórtica sobre prótesis biológicas degeneradas es un procedimiento complejo y seguro, con una tasa de complicaciones y mortalidad comparable a lo descrito en la literatura.

### 755/84. BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN SITUACIÓN DE SHOCK CARDIOGÉNICO

Marta Pelaz Sánchez, Javier Cortés Cortés, Ignacio Ferrer Luján, Margarita Montero Parrilla, Juan Carlos García Rubira y Rafael J. Hidalgo Urbano

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El bloqueo auriculoventricular (BAV) es una complicación a tener en cuenta en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), constituyendo una causa de descompensación, que puede contribuir al estado de *shock* de algunos pacientes.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó pacientes ingresados en Unidad Coronaria en situación de *shock* cardiogénico en contexto de IAM entre julio de 2011 y septiembre de 2022. Se analizó la incidencia de aparición de BAV y su relación con la arteria culpable, la mortalidad y necesidad final de implante de dispositivos.

**Resultados:** Se incluyó un total de 298 pacientes con IAM en situación de *shock*. La edad media de la muestra fue de 69 años, con un 66,7% de varones, 66,8% de hipertensos, 55% de dislipemias, 50% de diabéticos y 33% de fumadores. Casi la mitad de los pacientes (47,86%) ya presentaba un Killip Kimball IV en el momento del ingreso. La descendente anterior (ADA) fue la responsable del infarto en un 57,4% de los casos, y la coronaria derecha (ACD) en el 24,8%. La incidencia de BAV fue significativamente mayor en pacientes con infarto de ACD frente a ADA (39,1% vs. 3,1%) y frente al resto de los vasos (39,1% vs. 6,69%), manteniéndose esta significación en cualquier tipo de síndrome coronario agudo. La necesidad de implante de dispositivos fue poco frecuente. Los pacientes con infarto de ADA requirieron más implante de desfibrilador automático implantable frente a los de ACD (4,43% vs. 0,49%), y los de ACD más implante de marcapasos convencional (2,7% vs. 0%). Se observó un mejor pronóstico en la afectación de ACD con menor mortalidad frente al resto de los vasos (OR 0,35, IC95% 0,19-1,6; p = 0,01) y frente a ADA (OR 0,44, IC95% 0,23-0,84; p = 0,013).

**Conclusiones:** La incidencia de BAV fue una complicación especialmente frecuente en pacientes en situación de *shock* con IAM

de ACD. A pesar de ello, la mortalidad fue significativamente menor en este subgrupo de pacientes. Con independencia de la arteria responsable, la necesidad de implante de dispositivos fue poco frecuente, destacando la necesidad de DAI en la afectación de ADA y marcapasos en la afectación de ACD.

### 755/86. ¿RIESGO RESIDUAL LIPÍDICO? ¿CÓMO LO MEDIMOS? LA IMPORTANCIA DE LAS PARTÍCULAS PEQUEÑAS Y DENSAS DE LDL

Marta Lucas García, Gloria Rocío Padilla Rodríguez, Marta Pelaz Sánchez, Rocío Páez Muñoz, Carlos Cobo López y María del Mar Martínez Quesada

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Recientemente se ha demostrado que el LDL no es el único marcador lipídico de riesgo cardiovascular. Tanto las partículas remanentes como las LDL pequeñas y densas (LDLpd) se han relacionado con riesgo de primer evento cardiovascular y de recurrencias.

**Métodos:** Analizar el perfil lipídico al ingreso de pacientes que realizan un programa de rehabilitación cardiaca (RC) en un hospital terciario. Se incluyeron los pacientes que finalizaron el programa entre enero de 2022 y marzo de 2023. Se recogieron variables analíticas al ingreso hospitalario y al finalizar el programa, datos clínicos y antropométricos. Definimos un cociente TG/HDL > 2 como asociado a la presencia de LDL pequeñas y densas.

**Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes, varones el 80,5%, de edad media 57,9 ± 9 años. El 92,5% fueron derivados tras un síndrome coronario agudo. Eran diabéticos el 25,6%, fumadores el 56,6% y obesos el 37,7%. Tenían LDLpd al ingreso hospitalario el 73,4% de los pacientes. Había una mayor prevalencia de varones entre los que tenían LDLpd (86,3 vs. 68,9%, p = 0,01) y de obesidad (83,9 vs. 68,8%, p = 0,04). No se encontraron diferencias en cuanto a otros factores. En relación con el perfil lipídico basal, se asoció a mayores valores de colesterol total (173 vs. 149, p = 0,002), cLDL (104 vs. 79, p = 0,000), remanentes (32 vs. 14, p = 0,000). En cuanto al LDL basal, el 51,6% lo tiene mayor de 100 mg/dl, frente al 22,2% de los que no tienen LDLpd (p = 0,002). Al alta, el 63,5% seguían con LDLpd (vs. 15,9% de los que no la tenían elevada, p = 0,000) y el 22% tenía remanentes elevados. Tras RC, estos pacientes siguen teniendo TG más altos (128 vs. 81, p = 0,000), cHDL menores (44 vs. 56, p = 0,003) y remanentes mayores (24 vs. 17, p = 0,000), a pesar de que se consigue mayor disminución de los remanentes y TG/HDL en este grupo.

**Conclusiones:** Casi el 75% de los pacientes que realizan RC en nuestro centro tienen LDLpd. Se asocia al género masculino y la obesidad. Inicialmente, tienen mayores cifras de LDL y remanentes. Se observa menor efecto de la RC en estas partículas a pesar de mejoría de LDL. Habría que considerar tratamientos hipolipemiantes específicos en esta población.

### 755/87. CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS INICIO DE VERICIGUAT EN SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Sara Gómez García-Olías<sup>1</sup>, Francisco José Torres Calvo<sup>2</sup>, Natalia Marín Guerrero<sup>3</sup>, Lidia Soler Gualda<sup>2</sup>, Cristina Martín Roca<sup>3</sup>, Rafael Mesa Rico<sup>3</sup>, Rafael Bravo Márques<sup>2</sup>, Julia Jiménez Ranchal<sup>2</sup> y José Atienza Carrasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermería, Servicio de Insuficiencia Cardiaca, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

<sup>3</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica que afecta directamente a la calidad de vida percibida por los pacientes relacionada con la salud. Los episodios de descompensación aguda son frecuentes en IC suponiendo un claro indicador de mal pronóstico. Vericiguat es un estimulador oral de la guanilato ciclasa soluble, indicado para el tratamiento de la IC sintomática con fracción de eyección reducida (ICFER) en pacientes estabilizados que sufren un episodio de descompensación que requiere tratamiento por vía intravenosa. Este trabajo quiere mostrar la mejoría en la capacidad funcional y en la calidad de vida percibida por los pacientes tras una descompensación e inicio de vericiguat en seguimiento por Enfermería.

**Métodos:** Se incluyen a pacientes con tratamiento médico óptimo para ICFER a los que se añade tratamiento con vericiguat, tras descompensación entre enero-diciembre 2023. Analizamos características basales, capacidad funcional (medida por test de la marcha de 6 minutos [TM6M]) y calidad de vida medida por test de Minnessota. Estudiamos diferencias antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Se incluyen un total de 38 pacientes, 26 varones (68,4%) con una mediana de edad de 77 (11,25) años. El 100% de los pacientes en tratamiento previo optimizado con los 4 pilares de ICFER a dosis máximas toleradas (9 pacientes sacubitrilo/valsartán (SV) 24/26 mg, 13 con SV 49/51 mg y 16 con SV 97/103 mg). Iniciamos vericiguat 2,5 mg tras descompensación y realizamos una titulación completa por Enfermería, con seguimiento telefónico y presencial a los 7-10 días, 3 meses y 6 meses. No se presentaron efectos secundarios considerables ni hipotensión arterial sintomática. Se realizaron Escalas de Calidad de Vida al inicio del tratamiento y a los 6 meses obviándose una mejoría significativa en la calidad de vida percibida por los pacientes (48,8 ± 21,9 vs. 24,4 ± 19,2 puntos; p = 0,006) y una mejoría significativa de capacidad funcional medida por TM6M a los 6 meses tras inicio de tratamiento (249,5 ± 70,5 vs. 294,7 ± 49,6 metros; p: 0,038); 5 pacientes fallecieron durante el seguimiento.

**Conclusiones:** En pacientes con ICFER con una descompensación por IC, añadir vericiguat mejora la capacidad funcional y la calidad de vida.

### 755/88. HEMÓLISIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE TRATADOS CON PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA. ¿MARCADOR PRONÓSTICO DE RESULTADOS A CORTO PLAZO TRAS EL PROCEDIMIENTO?

Gloria María Heredia Campos<sup>1</sup>, Rafael González Manzaneres<sup>1</sup>, Adriana Resua Collazo<sup>1</sup>, Ana Rodríguez Almodóvar<sup>1</sup>, Isabel Pozuelo Sánchez<sup>2</sup>, Jorge Perea Armijo<sup>1</sup>, Marco Alvarado Ruiz<sup>1</sup>, Soledad Ojeda Pineda<sup>1</sup>, Juan Moreno Gutiérrez<sup>2</sup> y Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Investigación, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La hemólisis subclínica está presente en hasta una quinta parte de los pacientes portadores de una prótesis valvular aórtica (TAVI). No obstante, se desconoce qué porcentaje de pacientes tienen hemólisis prevenida y su implicación en los resultados inmediatos tras el procedimiento. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de hemólisis en pacientes con estenosis aórtica grave (EAoS) que van a ser sometidos a TAVI y su asociación con los resultados clínicos posprocedimiento y a los 30 días. Secundariamente, examinar los factores clínicos, analíticos y ecocardiográficos asociados a la hemólisis.

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron 301 pacientes con EAoS e indicación de TAVI. Se obtuvieron datos clínicos, analíticos y ecocardiográficos antes de TAVI y resultados del procedimiento y a los 30 días. La hemólisis se definió como LDH > 220 U/l y  $\geq 2$  de los siguientes: hemoglobina < 13,8 g/dl (varones) o < 12,4 g/dl (mujeres), haptoglobina < 50 mg/dl, fracción reticulocitaria  $\geq 2\%$  y/o presencia de esquistocitos en sangre periférica. El objetivo primario fue un compuesto de muerte, infarto agudo de miocardio, taponamiento cardiaco, sangrado mayor, ictus, complicación vascular, complicación renal, implante de marcapasos y descompensación de insuficiencia cardiaca a los 30 días de seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 301 pacientes con EAoS e indicación de TAVI, la mediana de edad fue de 80 años (RI 76-84), con un 49% de mujeres y una alta carga de comorbilidades: 87% de hipertensión arterial, 38% de diabetes, 55% de enfermedad renal crónica, 26% de fibrilación auricular y 24% de enfermedad coronaria; la mayoría con una clase funcional NYHA II (57%) o III (31%). Presentaron hemólisis 18 pacientes (6%) y esta se asoció de forma significativa al endpoint primario (21% vs. 44%,  $p = 0,037$ ) (OR 3,11 [CI 95% 1,15-8,01,  $p = 0,002$ ]). No encontramos diferencias en las características clínicas basales de los pacientes que presentaban o no hemólisis. Los factores predictores de hemólisis fueron el gradiente medio (47 [42-58] vs. 55 [49-65],  $p = 0,043$ ) y el grosor del septo interventricular (13 [12-15] vs. 16 [13-17],  $p = 0,012$ ).

**Conclusiones:** La hemólisis estuvo presente en un pequeño porcentaje (6%) de los pacientes con EAoS que iban a ser tratados mediante TAVI, siendo más frecuente en aquellos con mayor gradiente transaórtico e hipertrofia ventricular y asociándose a peores resultados clínicos a 30 días.

### 755/89. ALTERACIONES DE LA CONDUCCIÓN TRAS EL IMPLANTE DE TAVI: COMPARATIVA ENTRE MODELO ACURATE VS COREVALVE

María Victoria Alférez Zamora, Eva González Llamas, José Antonio Aparicio Gómez, Félix Valencia Serrano y Ricardo Fajardo Molina

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La tasa de implante de marcapasos permanente tras la TAVI oscila entre el 3,4 y el 25,9%. Existen una serie de factores de riesgo, como el uso de válvulas autoexpandibles frente a las expandidas mediante balón. En esta serie el objetivo es valorar las diferencias obtenidas entre los diseños autoexpandibles de válvula Acurate y Corevalve.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes ingresados para implante de TAVI desde noviembre de 2019 hasta enero de 2024. Hemos analizado la necesidad de marcapasos en ingreso entre ambos modelos de válvulas y las complicaciones.

**Resultados:** Se han incluido un total de 152 pacientes, 84 mujeres (55,3%). El índice de EuroScore fue de 4,74 en Corevalve y 3,82 en Acurate. Previamente al ingreso había 19 (12,5%) portadores de marcapasos. En cuanto a las características morfológicas cumplían una distribución similar, con un área valvular media de 0,82 cm<sup>2</sup> y diámetro medio del anillo medido por TAC de 23 mm. Del modelo Acurate se implantaron 84 válvulas con un tamaño medio de 25 mm y 64 del modelo Corevalve, con 29 mm de media. Se objetivó un aumento en la tasa de alteraciones de la conducción en los pacientes con Corevalve, con una diferencia significativa en cuanto a bloqueo de rama izquierda de nueva

aparición (Corevalve  $n = 12$ , Acurate  $n = 4$ ;  $p = 0,006$ ) y trastornos transitorios de la conducción (Corevalve  $n = 9$ , Acurate  $n = 4$ ;  $p = 0,043$ ). Así mismo, hubo un 13,2% de pacientes que necesitaron implante de marcapasos definitivo, con una mayor incidencia en el límite de la significación ( $p = 0,049$ ) en Corevalve ( $n = 12$  [18,8%]), respecto a Acurate ( $N = 7$  [8,3%]). No hubo diferencias significativas en el resto de las variables analizadas, tales como insuficiencia aórtica residual, gradientes superiores a 20 mmHg o necesidad de posdilatación. Tampoco en complicaciones graves (sangrados, ictus, necesidad de intervención, mortalidad hospitalaria).

**Conclusiones:** Los resultados de nuestra revisión hacen pensar que existe mayor tendencia a problemas de conducción en el modelo Corevalve respecto a Acurate en nuestros pacientes. Elegir de forma adecuada el modelo, tamaño y características de la válvula respecto al paciente es crucial para obtener resultados óptimos a la vez que disminuimos el riesgo de complicaciones.

### 755/90. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN Y VALORACIÓN NUTRICIONAL MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Rafael Iglesias López<sup>1</sup>, Concepción Muñoz Jiménez<sup>2</sup>, Ana Benítez-Velasco<sup>3</sup>, José López Aguilera<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Manuel Crespín Crespín<sup>1</sup>, Manuel Anguita Sánchez<sup>1</sup>, Laura Calvo Gutiérrez<sup>1</sup>, María José Molina Puerta<sup>2</sup> y Aura D. Herrera-Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El diagnóstico de desnutrición debe realizarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), ya que la propia IC se asocia con un aumento de la actividad inflamatoria, la cual afecta al peso corporal, funcionalidad y algunos parámetros nutricionales y podría llevar a un diagnóstico equivocado. Objetivo: evaluar la prevalencia de desnutrición en pacientes con IC utilizando diferentes técnicas y criterios diagnósticos y determinar su relación con parámetros cardiacos y evolución clínica.

**Métodos:** Se realizó una evaluación nutricional morfofuncional que incluyó bioimpedanciometría vectorial (BIVA) y ecografía nutricional en pacientes con ingreso hospitalario reciente por IC. Se determinó la prevalencia de desnutrición utilizando los criterios GLIM y la valoración global subjetiva (SGA) y se valoró mortalidad e ingresos adicionales por IC tras un seguimiento medio de 18 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes. El 54,2% presentó desnutrición según los criterios GLIM, según la SGA, el 53% tenía riesgo de desnutrición y el 7,3% desnutrición. La fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) fue similar en pacientes con y sin desnutrición según criterios GLIM (48,5% vs. 50%;  $p = 0,84$ ); tampoco se observaron diferencias significativas entre pacientes bien nutridos, en riesgo y con desnutrición según la SGA (44,5%, 56% y 66%, respectivamente;  $p = 0,2$ ). El NT-proBNP fue mayor en pacientes bien nutridos comparado con pacientes en riesgo de desnutrición o desnutridos ( $p = 0,04$ ). FEVI y NT-proBNP se correlacionaron con diferentes parámetros nutricionales (perímetro braquial, albúmina, prealbúmina, dinamometría, etc.  $p < 0,05$ ). En un análisis multivariante, la FEVI basal, el porcentaje de pérdida de peso y el perímetro braquial tendieron a correlacionarse con mortalidad, pero solo el NT-proBNP durante el segui-

miento fue significativo (OR: 1;  $p = 0,02$ ). La grasa preperitoneal fue el único marcador que se asoció con nuevos ingresos por IC (OR: 0,73;  $p = 0,01$ ). No se observaron diferencias significativas en el número de ingresos adicionales por IC ni en la mortalidad durante el seguimiento en pacientes normo y desnutridos.

**Conclusiones:** La desnutrición es una comorbilidad prevalente en la IC. Los criterios GLIM identificaron menos pacientes con IC y desnutrición en comparación con SGA. La valoración de algunos parámetros de composición corporal permitiría predecir la evolución clínica de pacientes con IC.

### 755/91. CARACTERÍSTICAS E IMPACTO PRONÓSTICO DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. ¿CÓMO LO ESTAMOS HACIENDO?

Jorge Perea Armijo, Consuelo Fernández-Avilés Irache, Gloria María Heredia Campos, Adriana Resua Collazo, Laura Calvo Gutiérrez, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La rehabilitación cardiaca (RHBC) ha demostrado resultados beneficiosos en los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER), a pesar de lo cual sigue habiendo un escaso porcentaje de estos pacientes derivados a este programa. Nuestro objetivo principal fue analizar el porcentaje de paciente derivados a nuestra unidad, su perfil clínico y su pronóstico a medio-largo plazo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER que fueron clasificados según fuesen incluidos en el programa de RHBC: Grupo 1 (No RHBC) y Grupo 2 (RHBC) y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio plazo-largo en términos de reingresos hospitalarios por IC y mortalidad.

**Resultados:** Se analizaron un total de 375 pacientes. Un total de 343 pacientes (91,5%) pertenecían al Grupo 1 y 32 pacientes (8,5%) al Grupo 2. En el Grupo 2 los pacientes eran más jóvenes (69 [59-77] vs. 62 [53,3-69]), mayor proporción de IC *de novo* (51,9% vs. 71,9%;  $p = 0,030$ ) y etiología idiopática (28,3% vs. 50%;  $p = 0,010$ ), así como menor proporción de HTA, DLP, ERC y anemia, sin diferencias en la FEVI basal ni en la mejoría de FEVI al seguimiento (40,8% vs. 50%;  $p = 0,313$ ). A nivel del tratamiento, no hubo diferencias a nivel basal, mientras que el Grupo 2 asoció mayor prescripción de ARNI (60,3% vs. 84,4%;  $p = 0,007$ ), antagonistas de receptor mineralcorticoides (70% vs. 93,8%;  $p = 0,004$ ) y menor IECA/ARAI (30% vs. 12,5%;  $p = 0,036$ ) y diurético (72,9% vs. 53,1%;  $p = 0,018$ ) al final del seguimiento. Con un seguimiento medio de 60 meses, el Grupo 2 tuvo menor tasa de reingresos hospitalarios (47,5% vs. 20,1%;  $p = 0,031$ ), menor mortalidad por IC (26,2% vs. 71,9%;  $p = 0,005$ ) y menor mortalidad por todas las causas (42,7% vs. 3,1%;  $p = 0,003$ ), cuyas diferencias se observan desde etapas tempranas en el seguimiento.

**Conclusiones:** A pesar del beneficio pronóstico de la RHBC, un pequeño porcentaje fue derivado al programa en nuestro centro, siendo un perfil de paciente más joven y con menor comorbilidades, sin diferencias basales en la FEVI ni mejoría de la función. Los pacientes en el programa de RHBC parecen asociar un mejor pronóstico a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

### 755/92. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES QUE INGRESAN POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Rocío Páez Muñoz, Marta Lucas García, Marta Pelaz Sánchez, Gloria Rocío Padilla Rodríguez y Mar Martínez Quesada

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El control lipídico es clave en prevención secundaria. Es esencial disponer de un perfil lipídico basal completo al ingreso hospitalario. En base a nuestros resultados, diseñamos un perfil analítico SCA para realizar durante el ingreso hospitalario.

**Métodos:** Recogimos retrospectivamente analíticas al ingreso de pacientes con juicio clínico de SCA entre 09/2021 y 09/2022. El perfil lipídico incluía colesterol (Ch) total, cLDL, colesterol no HDL, cVLDL, triglicéridos (TG), lipoproteína (a), cociente TG/HDL, remanentes y hemoglobina glicosilada (HbA1c). Analizamos la prevalencia de alteración de dichos parámetros, los patrones y la relación entre ellos y edad, género y control glucémico. Consideramos patológico lipoproteína (a) > 50 mg/dl, cociente TG/HDL > 2 (sugestivo de LDL pequeñas y densas [LDLpd]) y remanentes > 30 mg/dl. Definimos partículas ricas en TG un perfil con alteración de los remanentes y LDLpd.

**Resultados:** Incluimos 592 pacientes con edad media de  $66 \pm 12$  años y 67% varones. El 18,9% tenía HbA1c > 6,5%, la lipoproteína (a) elevada en 36% (el 11% del total > 180 mg/dl), el 17% presentaban cLDL < 55 mg/dl, 45% entre 55 y 100 mg/dl y el 38% > 100 mg/dl, sin pacientes > 190 mg/dl en nuestra muestra; el 31% TG > 150 mg/dl, el 30% remanentes elevados y el 73% LDLpd. No hubo asociación entre la elevación de lipoproteína (a) y alteración de los valores de cLDL. No encontramos asociación entre valores de Ch alterado con los de TG, remanentes o LDLpd incluso observamos que el 61% de los pacientes con LDLpd tenían cLDL < 100 mg/dl y el 50,5% de los que presentaban valores de remanentes elevados tiene cLDL < 100 mg/dl. Los TG elevados estuvieron más presentes entre la población más joven, y el LDLpd elevado fue más frecuente en varones. Además, hallamos relación directa entre valores alterados de HbA1c y TG, LDLpd y remanentes, ya que entre pacientes con HbA1c 6,5-7,5%, el 80% tenía LDLpd elevada y el 44% remanentes elevados, y cuando la HbA1c es > 7,5%, el 90% tiene LDLpd elevado y el 57% remanentes elevados.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes con SCA sin tener valores de cLDL excesivamente patológicos, tienen prevalencia elevada de LDLpd y remanentes y lipoproteína (a) elevados que podría explicar su riesgo lipídico. Estos pacientes tienen alto riesgo de recurrencia y deberíamos implementar terapias hipolipemiantes de alta intensidad, independientemente de los valores de cLDL.

### 755/93. LIPODISTROFIA FAMILIAR PARCIAL TIPO 2. DATOS EN VIDA REAL EN UN ÁREA HOSPITALARIA

Carlos Perea Alfaro, Marina Fernández Aragón y Ana Manovel Sánchez

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

**Introducción y objetivos:** La lipodistrofia familiar parcial tipo 2, conocida como enfermedad de Dunningan, es una enfermedad genética rara. De herencia autosómica dominante, la etiología genética se debe a diversas mutaciones en el gen LMA caracterizándose fenotípicamente por deficiencia de tejido adiposo de predominio en extremidades y asociando

trastornos metabólicos graves, así como cardiovasculares. Nuestro objetivo es describir las principales características fenotípicas, genotípicas, asociación con cardiopatía y evolución en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de lipodistrofia familiar parcial tipo 2 en el área hospitalaria del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Analizamos principales comorbilidades, variantes mutacionales, FRCV y patologías cardiovasculares, así como el seguimiento desde el diagnóstico. Las variables son expresadas como media y desviación estándar.

**Resultados:** Analizamos una muestra de 13 pacientes, con una media de edad de  $55 \pm 11$  años, de los cuales 4 son varones y 9 mujeres. Un 46,15% tienen HTA, DM2 el 46,15%, DLP el 76,92% con hipertrigliceridemia en el 61,53% de los casos, el 7,69% tienen obesidad con  $IMC > 30$ , enfermedad renal 7,69% y EPOC un 7,69%. El 23,08% tienen cardiopatía isquémica y un 38,4% alteraciones neurológicas. Un 88,5% presentaban clase I de la NYHA con una FEVI promedio del  $55,2 \pm 11,2\%$ . Centrándonos en la variante de la mutación del gen codificante, 3 de los 13 pacientes tenían mutación en p.Arg28Trp, relacionándose los 3 con MCD. Estos pacientes requirieron implante de DAI-TRC y presentaron múltiples ingresos. Los pacientes con mutación en el exón R482W, siendo el 38,4% del total de la muestra, presentaban únicamente en el ETT HVI ligera o ausencia de miocardiopatía en el mejor de los casos. Hubo 1 paciente con mutación en p.Leu85Val también con MCD, otro con mutación en p.Asn231Lys que presentaban HVI ligera y otro con mutación en p.Gly523Arg sin cardiopatía.

**Conclusiones:** Con los datos en vida real objetivamos la gran carga de FRCV de estos pacientes, así como la mutación más asociada con cardiopatía (Arg28Trp) dando lugar a MCD con necesidad de implante de DAI-TRC. Por ello concluimos sobre la importancia del seguimiento estrecho en estos pacientes diagnosticados de la enfermedad con realización de imagen cardíaca durante su evolución.

#### 755/94. REACTANTES DE FASE AGUDA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

José Gregorio Soto Rojas, José Ángel Becerra Gajón y Elvira Carrión Ríos

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** Es conocido que en el infarto se produce una respuesta inflamatoria que conlleva un aumento de los reactantes de fase aguda (RFA). El objetivo de este estudio es analizar la posible relación entre los RFA y las características clínicas de pacientes ingresados por infarto.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos ingresados por infarto de miocardio en un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis de correlación entre los valores de NT-proBNP y PCR inicial y máxima durante el ingreso y otras características demográficas, clínicas, ecocardiográficas y la mortalidad intrahospitalaria y precoz.

**Resultados:** Se analizaron datos de 762 pacientes, de los cuales el 26,9% eran mujeres, con edad media de 66,79 años, de todos un 43% ingresó por SCACEST, y se objetivó un 5,7% de arritmias ventriculares malignas en la población estudiada. La PCR media al ingreso fue de 1,85 mg/dl, con PCR máxima media de 67,27 mg/dl y un NT-proBNP medio de 5.388 pg/ml. El valor medio de la FEVI durante el ingreso fue de 50,58% y se objetivó una mejoría de la FEVI a los 6 meses en aquellos pacientes que presentaron disfunción hasta en un 81,1%. Obtuvimos una discreta correlación significativa inversa entre la

FEVI y el valor de PCR inicial ( $-0,154$ ), PCR máxima ( $-0,268$ ) y de NT-proBNP ( $-0,192$ ). Además, observamos también correlación negativa entre el valor de PCR inicial y máxima durante el ingreso y la recuperación de la FEVI a 6 meses ( $p < 0,05$ ). También se objetivó una relación significativa entre niveles de PCR  $> 1,5$  mg/dl y la presencia de arritmias malignas y muerte cardiovascular ( $p < 0,05$ ), así como entre valores de NT-proBNP  $> 1.000$  pg/ml, el sexo femenino y la mortalidad cardiovascular ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Dentro de los mecanismos fisiopatológicos del infarto se produce una respuesta inflamatoria que conlleva un aumento de los RFA. En nuestro estudio encontramos una relación significativa entre los valores elevados de PCR y NT-proBNP con una FEVI disminuida, y la mortalidad cardiovascular. Recalamos la importancia de la monitorización de los RFA durante el ingreso, ya que aportan información de gran utilidad pronóstica en la valoración del paciente con infarto agudo de miocardio.

#### 755/95. RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON REALIZACIÓN DE INTERVALO ENTRE EL REGISTRO INVASIVO DEL POTENCIAL HIS Y VENTRÍCULO DERECHO NO PATOLÓGICO

Marina Fernández Aragón, Francisco de Paula Trujillo Fernández, Carlos Perea Alfaro, Marina Pérez Fernández, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Morina Vázquez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

**Introducción y objetivos:** El retraso en la conducción infrahisiana es estudiado mediante la medición del intervalo entre el registro invasivo del potencial His y ventrículo derecho (intervalo HV). El marcapasos está indicado si el intervalo HV supera 70 ms. Objetivo: Describir nuestros datos en pacientes con HV resultando no patológico y el seguimiento de estos, poniendo especial interés en pacientes con implante previo de válvula aórtica transcáteter (TAVI).

**Métodos:** Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes a los que se ha medido HV desde enero 2022-enero 2024. Analizamos: indicación del estudio, marcapasos implantados en HV tanto patológico como normal, eventos en el seguimiento de HV no patológico y complicaciones. Las variables son expresadas como media y desviación estándar.

**Resultados:** N de 41 pacientes, de los cuales 26 resultaron test HV no patológico, media de HV basal  $52,2 \pm 7,5$  mseg. La media de edad en HV no patológico es de  $74 \pm 10$  años, de los cuales 19 varones y 8 mujeres. Un 23,1% son fumadores, HTA un 69,23%, DM2 15,38%, DLP 50%, cardiopatía isquémica 11,54% y enfermedad renal 19,23%. Un 88,5% presentaban clase I de la NYHA, 7,77% clase II y 3,8% III, con una FEVI promedio 60%. La indicación de la realización de esta prueba fue en la mayoría de los casos, 88,46%, síncope con ECG basal patológico, siendo BRD + HBAI lo más predominante, 26,9%, le sigue BRI con 23% y BAV 1.º grado + HBAI con 19,23%. En el seguimiento, a un 7,69% se les terminó implantando marcapasos (HBAI + BIRDHH y BRI), y a un 42,2% Holter subcutáneo. 15/41 pacientes presentaron HV patológico, donde se realizó directamente implante de marcapasos. Sin complicaciones durante las técnicas. A 5 pacientes del total, se les analizó HV por BRI tras implante de TAVI, siendo patológico en el 40%, procediendo a marcapasos. El resto sin eventos durante el seguimiento.

**Conclusiones:** Los datos analizados en la muestra de pacientes evidencian una evolución favorable hacia el no implante de marcapasos en aquellos con realización de HV que ha re-

sultado no patológico, siendo importante un seguimiento estrecho de los mismos.

### 755/96. RADIOGRAFÍA DE LA MUJER INGRESADA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ana Carvajal Martos, Isabel García Olea y Elvira Carrión Ríos

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad coronaria es la principal causa de mortalidad a nivel mundial en mujeres. La evidencia actual respalda que posee características diferentes entre ambos sexos, que hasta ahora han estado infravaloradas en nuestra sociedad. El objetivo de este trabajo es hallar diferencias potenciales de las características del SCA entre mujeres y varones.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 800 pacientes consecutivos ingresados en Cardiología entre 2021 y 2023 con diagnóstico de infarto, en un hospital de tercer nivel. Se analizaron datos clínicos analíticos y tasa de eventos posteriores.

**Resultados:** Los resultados más relevantes de este análisis muestran que las mujeres presentan eventos coronarios agudos con una edad media de 72 años, mientras que los varones presentan edad media de 64 años. Obtuvimos una relación estadísticamente significativa entre sexo femenino y mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ítems de hipertensión (76,1% vs. 23,9%  $p = 0,03$ ), diabetes (64,1% vs. 35,1%  $p = 0,02$ ), y dislipemia (62% vs. 38,3%  $p = 0,02$ ). También encontramos una relación significativa entre sexo femenino, la presentación como SCASEST en el 69,8% de los casos, con un vaso afecto el 39,3% de las ocasiones ( $p < 0,05$ ). Respecto al pronóstico, se obtuvo significación en aumento de muerte de causa cardíaca durante el ingreso respecto al sexo masculino ( $p < 0,05$ ) y se objetivó mayor abandono terapéutico tras 1 año de seguimiento.

**Conclusiones:** La cardiopatía isquémica es una enfermedad donde se pueden observar diferencias biológicas, presentándose en mujeres más tardíamente y de forma más larvada con respecto al sexo masculino. Además, se observa mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Todo esto conlleva que la mortalidad durante el ingreso sea mayor. Son precisos más esfuerzos en la prevención primaria y secundaria en este grupo de pacientes con características diferentes, dentro de una misma patología.

### 755/98. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y COMPARACIÓN CON LAS ENDOCARDITIS SOBRE BIOPRÓTESIS AÓRTICA IMPLANTADAS QUIRÚRGICAMENTE

Lucas Javier Barreiro Mesa<sup>1</sup>, Nerea Aguayo Caño<sup>1</sup>, Álvaro Roldán Guerra<sup>1</sup>, Cristina Urbano Sánchez<sup>1</sup>, Manuel Pablo Anguita Sánchez<sup>2</sup>, Juan Carlos Castillo Domínguez<sup>1</sup>, José López Aguilera<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>1</sup>, Manuel Crespín Crespín<sup>1</sup> y Manuel Pan Álvarez-Ossorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Sección de Cardiología Clínica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) se ha vuelto una medida terapéutica de primera línea en pacientes con estenosis aórtica grave, tratándose

de una técnica cada vez más extendida incluso entre pacientes con un riesgo quirúrgico no tan elevado. La endocarditis infecciosa (EI) es una complicación infrecuente, pero muy grave en pacientes que se someten a implante de TAVI. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la incidencia, características clínicas y mortalidad de la EI en pacientes con TAVI, comparándolas con la EI sobre pacientes con prótesis implantadas quirúrgicamente (SAVR).

**Métodos:** Se incluyeron todos los casos de EI diagnosticados y seguidos de forma prospectiva en nuestro centro desde 2008 a 2022, de acuerdo con los criterios diagnósticos de Duke o de la ESC, según la época. Se identificaron los casos de EI en pacientes con TAVI en este periodo y se compararon sus características con las endocarditis en pacientes con prótesis aórtica quirúrgica.

**Resultados:** En nuestro centro se diagnosticaron 10 casos de EI en pacientes con TAVI, desde 2008 se realizó este procedimiento con éxito en 778 pacientes, ello arroja una incidencia del 1,29% frente al 1,68% de su contraparte quirúrgica con un total de 24 casos de EI. A excepción de la edad media ( $p = 0,006$ ), no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Con respecto a los microorganismos causales, el agente más prevalente fueron los enterococos, les siguieron los *staphylococos* coagulasa negativos y el *Staphylococcus aureus*. La evolución clínica fue similar en ambos grupos, con una alta proporción de complicaciones graves y un 50% de complicaciones cardíacas en el grupo TAVI. La mitad de los pacientes tenían indicación quirúrgica al diagnóstico, pero solo un 50% fueron operados. Tampoco hubo diferencias en la mortalidad que, no obstante, fue elevada, en torno al 30%.

**Conclusiones:** Pese a las diferencias en la edad media no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. La EI se trata de una complicación infrecuente pero grave en pacientes con válvulas protésicas, con una alta tasa de complicaciones graves y mortalidad independientemente del manejo de la misma.

### 755/99. PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN TRAS IMPLANTE DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER. ¿LA ERA DE LA ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA?

José Andrés del Valle Montero, Pedro Pájaro Merino, Manuel Luque Pérez, Pablo Moriña Vázquez y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** La estimulación fisiológica se está consolidando como una de las estrategias principales de estimulación cardíaca en marcapasos definitivos, con evidencia actual que respalda un beneficio clínico del paciente respecto a otros métodos de estimulación. Por otra parte, el creciente número de procedimientos de reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVR) pone de manifiesto un mayor número de pacientes que precisan de implante de marcapasos definitivos secundario a trastornos de conducción por el implante valvular. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo de los pacientes que requieren implante de marcapasos definitivo tras el TAVR en nuestra área, así como el tipo de estimulación preferida y diferencias entre ellas.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes sometidos a TAVR en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta julio de 2023. Seleccionamos aquellos pacientes que requirieron implante de marcapasos definitivo tras el procedimiento, analizando características basales y a los 6 meses de seguimiento, comparando entre los distintos tipos de estimulación.

**Resultados:** Durante este periodo se realizaron un total de 145 TAVR, requiriendo 66 pacientes (45%) estimulación permanente tras el procedimiento. De ellos, 60 se implementaron durante ingreso (90%), siendo 6 los implantados tras el alta (10%). Presentaban una edad media de 82 años, siendo el 60% varones. En cuanto al tipo de estimulación, se realizaron 28 implantes en HIS (42%), 30 en rama izquierda (45%) y el resto estimulación convencional (13%). En los pacientes con estimulación hisiana, la FEVI media aumentó del 54% basal al 60% a los 6 meses, el proBNP disminuyó de 3.345 a 2.279 pg/dl y la amplitud del QRS de 146 a 122 ms, con umbrales medios 0,95 mv. Respecto a pacientes con estimulación en rama izquierda, la FEVI media aumentó del 52% basal al 55% a los 6 meses, el proBNP disminuyó de 4.453 a 2586 pg/dl y la amplitud del QRS de 141 a 135 ms, con umbrales medios 1,2 mv.

**Conclusiones:** Por tanto, en nuestro centro se muestra clara preferencia por estimulación en sistema específico de conducción en pacientes con necesidad de implante de marcapasos tras TAVR, mostrando mantener umbrales adecuados en el seguimiento. Se evidencian mejores resultados en estimulación hisiana, tanto en recuperación de FEVI como en estrechamiento del QRS.

#### 755/100. ÍNDICE DIASTÓLICO INSTANTÁNEO SIN ONDAS POSITIVO EN ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR CON CORREGISTRO SIN SEGMENTOS CON REPERCUSIÓN FISIOLÓGICA: ¿TRATAR O NO TRATAR?

Adriana Resua Collazo, Jorge Perea Armijo, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada, Marco Alvarado Ruiz, Luis Carlos Maestre Luque, Manuel Díaz Andrade, Francisco José Hidalgo Lesmes, Soledad Ojeda Pineda, Miguel Romero Moreno y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** En pacientes con síndrome coronario crónico y estenosis angiográfica intermedia de la arteria, el índice diastólico instantáneo sin ondas (iFR) es una de las herramientas más recomendadas para evaluar su repercusión funcional. En la arteria descendente anterior (ADA) se ha observado que muchos pacientes tienen un iFR positivo sin repercusión fisiológica en lesiones focales que, tras revascularización, no normaliza el valor del iFR, por lo que podrían ser no subsidiarios de revascularización. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas y el pronóstico a medio-largo plazo en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con lesiones en ADA no revascularizadas con iFR positivo (iFR < 0,89) con corregistro con ausencia de repercusión fisiológica en algún segmento entre diciembre de 2017 y octubre de 2023. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas, procedimiento y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de revascularización de la lesión diana y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 29 pacientes. La edad media fue de 67,9 ± 9,7 años, con un predominio de sexo masculino (82,8%). Hubo un ligero predominio de factores de riesgo cardiovascular como HTA (62,1%), DM (65,5%) e hipercolesterolemia (55,2%) y un elevado porcentaje presentaban FEVI conservada (67,9%) con una FEVI basal media 53,5 ± 14,9%. En el procedimiento, el 24,1% fueron lesiones en el segmento proximal y 75,9% en el segmento medio con una mediana de iFR 0,86 [0,845-0,875] y diámetro medio del vaso de 2,6 ± 0,3 mm. La longitud media de segmento a tratar para normalizar el iFR fue 25,1 ± 10,2 mm. Durante el seguimiento,

no hubo diferencias en el tratamiento antianginoso respecto al basal y ninguno precisó de nitratos. Con una media de seguimiento de 26 meses, no hubo ninguna revascularización de la ADA ni ningún evento de mortalidad cardiovascular.

**Conclusiones:** Los pacientes con lesiones en ADA evaluadas mediante iFR con resultado positivo y con corregistro con ausencia de repercusión fisiológica en algún segmento determinado no presentan eventos a medio-largo plazo en términos de necesidad de revascularización del vaso y mortalidad cardiovascular, por lo que resulta seguro y sería esencial la realización de un corregistro en estos casos.

#### 755/101. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD E INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON EL MITRASCORE TRAS REPARACIÓN PERCUTÁNEA BORDE A BORDE DE LA VÁLVULA MITRAL: UN ESTUDIO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Lucas Javier Barreiro Mesa, Martín Ruiz Ortiz, Fátima Esteban Martínez, Nerea Aguayo Caño, Cristina Urbano Sánchez, Soledad Ojeda Pineda, María Dolores Mesa Rubio, Manuel Pan Álvarez-Ossorio, Álvaro Roldán Guerra y Alberto Morán Salinas

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La predicción de eventos resulta crucial en la toma de decisiones para la reparación percutánea borde a borde de la válvula mitral (TEER). Recientemente se ha publicado un nuevo score, el MitraScore, que ha demostrado una adecuada capacidad de predicción de eventos cardiovasculares mayores (muerte e ingreso por insuficiencia cardiaca). Nuestro objetivo fue realizar una validación externa de este score pronóstico en una muestra independiente.

**Métodos:** Se calculó el MitraScore en cada sujeto de una cohorte prospectiva de pacientes tratados con TEER en un centro de tercer nivel desde noviembre de 2011 hasta enero de 2024. La asociación de la puntuación con la mortalidad y el endpoint combinado de ingreso por insuficiencia cardiaca o muerte se evaluó mediante el método de riesgos proporcionales de Cox y curvas de Kaplan Meier. La discriminación se estudió mediante la curva de características operativas del receptor (ROC).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 191 pacientes consecutivos (mediana de edad [p25-75] 74 [64-80] años, 33% mujeres). Nuestra muestra difería significativamente de las cohortes originales de validación en varias variables basales (edad, IMC, arteriopatía periférica, enfermedad coronaria, etc.). Tras una mediana de seguimiento de 24 [9-50] meses, 92 pacientes (48,4%) tuvieron 160 ingresos por insuficiencia cardiaca y 73 pacientes fallecieron (38,2%). El MitraScore, como variable continua, tuvo una asociación significativa con la mortalidad y el endpoint combinado en el seguimiento, ya sea mediante el análisis univariante de Cox (HR 1,36 [1,11-1,66] por cada punto de puntuación, p = 0,003 para la mortalidad por todas las causas, y HR 1,35 [1,11-1,65] por cada punto en el score, p = 0,003 para el endpoint combinado), y análisis de Kaplan Meier. La discriminación mediante el análisis ROC fue casi significativa para los dos endpoints (HR 0,58 [0,49-0,66], p = 0,068 para el endpoint combinado).

**Conclusiones:** El MitraScore, considerado como variable continua, se asoció significativamente con la mortalidad y el endpoint combinado de ingreso por insuficiencia cardiaca o muerte durante el seguimiento en el presente estudio de validación externa. Estos datos respaldan el uso de este índice pronóstico en la estratificación del riesgo de los pacientes tratados con TEER.

### 755/102. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO BORDE A BORDE DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE GRAVE CON EL SISTEMA PASCAL. RESULTADOS AL AÑO DE UNA SERIE PIONERA EN NUESTRO PAÍS

Lucas Javier Barreiro Mesa, Nerea Aguayo Caño, Álvaro Roldán Guerra, Cristina Urbano Sánchez, Alberto Morán Salinas, Mónica María Delgado Ortega, Manuel Pan Álvarez-Ossorio, María Dolores Mesa Rubio, Martín Ruiz Ortiz y Soledad Ojeda Pineda

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El tratamiento percutáneo borde a borde (TPBB) de la insuficiencia tricúspide (IT) grave está emergiendo como una alternativa de menor riesgo a la cirugía. Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento de IT grave con el sistema Edwards Pascal, así como los resultados al año, en la serie nacional más larga realizada hasta la fecha con este dispositivo.

**Métodos:** Estudio observacional en una cohorte prospectiva de pacientes de un hospital universitario de referencia de tercer nivel, que incluyó todos los casos de IT grave o mayor y síntomas persistentes tratados mediante TPBB con dispositivo Pascal desde diciembre de 2021 a febrero de 2024. Se evaluaron las características clínicas y ecocardiográficas basales y los resultados inmediatos y a 3 meses de seguridad y eficacia. Se analizó la mortalidad por todas las causas y hospitalización por insuficiencia cardiaca a 1 año.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes: edad media de 72,5 ± 11,5 años; 54% mujeres, el 100% con IT grave a torrencial y una mediana de Tri-score de 5 (p25-75,3-6). El éxito primario se consiguió en el 97%, y 34 de 35 (97%) pacientes alcanzaron una IT moderada o menor, con una reducción de la IT significativa ( $p < 0,0005$ ). En el ecocardiograma al alta se objetivó 1 caso de suelta parcial del dispositivo y existió una reducción significativa del diámetro diastólico del ventrículo derecho (VD) ( $48 \pm 10$  vs.  $4 \pm 7$  mm,  $p < 0,0005$ ) y una reducción del anillo septolateral tricúspideo ( $44 \pm 7$  vs.  $37 \pm 6$  mm,  $p < 0,0005$ ). A los 3 meses no hubo muertes, ictus, embolización del dispositivo ni reintervenciones. Persistía IT leve o moderada en 20 de 22 pacientes (91%,  $p < 0,0005$ ) y NYHA I-II en el 91% ( $p = 0,019$ ). Al año la probabilidad de supervivencia global y libre de hospitalización por insuficiencia cardiaca según análisis de Kaplan-Meier fue del 100% y 84%, respectivamente.

**Conclusiones:** El sistema Pascal en el tratamiento de la IT grave demostró alta tasa de éxito con escasas complicaciones, con un remodelado favorable del anillo tricúspide y del VD precoz muy llamativo y con mejoras significativas y sostenidas en la IT y el estado funcional. Al año, la tasa de supervivencia libre de reingreso por insuficiencia cardiaca fue muy alta.

### 755/103. DESCRIPCIÓN DE AMILOIDOSIS CARDIACA TTR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Pablo Rojas Romero<sup>1</sup>, José López Aguilera<sup>2</sup>, José Alejandro Claros Ruiz<sup>3</sup>, María José Valle Caballero<sup>4</sup>, Ainhoa Robles Mezcua<sup>5</sup>, Pedro Cabeza Laínez<sup>6</sup>, Ana Manóvil Sánchez<sup>7</sup>, Ana María González González<sup>3</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** La amiloidosis cardiaca TTR es una entidad de creciente interés debido a los avances en su diagnóstico y tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es describir los pacientes afectados por esta patología en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y retrospectivo de una cohorte de pacientes con amiloidosis cardiaca TTR diagnosticados entre el 2010 y el 2024 procedentes de 10 unidades de imagen de Andalucía. Se analizaron variables relativas al diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes (80% varones, edad media 71 ± 12 años). El 63% de los pacientes eran hipertensos y el 12% tenía cardiopatía isquémica. La prevalencia de estenosis aórtica fue del 17% y hasta el 28% de los casos presentaba diagnóstico alternativo. El 90% eran sintomáticos siendo la disnea lo más frecuente (52% clase funcional II) seguido de la polineuropatía (22% de los casos). Los patrones electrocardiográficos más frecuentes fueron bajo voltaje (32% pacientes) y pseudoinfarto (30% casos). En el ecocardiograma, el 76% de los pacientes tenían hipertrofia VI asimétrica con grosor medio 17 ± 3 mm y se evidenció disfunción ventricular en el 14%. Según la escala de Perugini, el 56% de los pacientes presentaban una captación grado III en la gammagrafía y la resonancia ( $n = 30$  pacientes) mostró realce tardío en la mitad de los casos. Se realizó biopsia (50% endomiocárdica) en 6 pacientes (8% casos). En el 70% de los casos (53 pacientes) se realizó estudio genético (53% positivo, 65% con mutación Val50Met). El 20% de los pacientes (15 casos) recibieron tratamiento con tafamidis y el 17% (13 casos) con silenciadores génicos. Sobre los eventos, el 43% de los pacientes (32 casos) presentaron insuficiencia cardiaca, 21% (16 casos) requirieron marcapasos y 4% (3 casos) fallecieron.

**Conclusiones:** En nuestra población la amiloidosis cardiaca TTR se presentó con mayor frecuencia como insuficiencia cardiaca solapándose con otras entidades. La mayoría de los casos se diagnosticaron de forma no invasiva y la causa hereditaria se confirmó en un tercio de los pacientes. A pesar de la elevada incidencia de eventos adversos, el uso de fármacos modificadores continúa siendo limitado.

### 755/104. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA AÓRTICA O MITRAL

Manuel Núñez Ruiz<sup>1</sup>, Alejandro Gómez González<sup>2</sup>, Gloria Rocío Padilla Rodríguez<sup>1</sup>, Amelia Peña Rodríguez<sup>3</sup> y Luis Eduardo López Cortés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología Clínica, Hospital San Juan de Dios de Sevilla, Sevilla. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La mayoría de las endocarditis infecciosas (EI) afectan a cavidades izquierdas, aunque su localización puede influir en el pronóstico. Objetivos: Comparar las complicaciones y el manejo de los pacientes en función de la afectación valvular: mitral o aórtica. Se realizó un seguimiento para detectar recurrencia y evaluar mortalidad.

**Métodos:** Es un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico, de pacientes diagnosticados de EI entre 2016-2022 en nuestro hospital. Analizamos los pacientes con EI según si afectaba a válvula mitral (VM) o válvula aórtica (VAo) y si eran nativas o protésicas. Se compararon ambos grupos en función del manejo terapéutico y complicaciones (reinfección, embolismos, shock...). Se utilizó un test de regresión lo-

gística multinominal estableciendo el nivel de significación con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De 162 pacientes, el 74,6% afectaba a (VM) o (VAo) y un 10,1% tuvieron afectación de ambas válvulas. Ambos grupos eran comparables. El germen más frecuentemente aislado en válvula mitral fue *Staphylococcus aureus* (18,9%), mientras que en válvula aórtica *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus epidermidis* (23% y 24,3% respectivamente). La afectación de VAo se asoció a una mayor presencia de abscesos perivalvulares (34,4% vs. 5,1%,  $p = 0,001$ ) y bloqueo auriculo-ventricular completo (BAVC) (16,2% vs. 3,8%,  $p = 0,03$ ) alcanzando significación estadística. La válvula mitral mostró una mayor tasa de disfunción valvular, principalmente en nativas (74,1% vs. 47,7%). Ambos tipos de válvulas provocaron prácticamente la misma proporción de embolismos sépticos (43%) y una incidencia comparable de shock séptico (VAo: 20,3% vs. VM: 11,3%). En cuanto a intervención quirúrgica no hallamos diferencias estadísticamente significativas (VAo: 64% vs. VM: 54,5%). Durante un seguimiento promedio de 35 meses, se observó una recurrencia de EI escasa y similar en ambas válvulas (VA: 7,1% vs. VM 7%). La válvula aórtica presentó una mayor mortalidad global (VAo: 35,6% vs. VM: 24,5%) y cardiovascular (VAo: 24,3% vs. VM: 15,1%), sin alcanzar la significación estadística.

**Conclusiones:** La EI afectó con mayor frecuencia a VAo, siendo la mayoría protésicas, también presentó mayor tasa de complicaciones (abscesos perivalvulares y BAVc). Estos hallazgos pueden explicar la mayor tasa de mortalidad en este grupo.

#### 755/106. EVOLUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Lidia Rodero Barcos<sup>1</sup>, Helena Llamas Gómez<sup>1</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup>, Inmaculada Paneque Sánchez<sup>2</sup>, Pablo Martín Marín<sup>1</sup>, David Grimaldos Parra<sup>1</sup>, Miguel Barranco Gutiérrez<sup>1</sup> y María Esperanza Donoso Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía familiar más frecuente. La rentabilidad del estudio genético (EG) varía entre el 30% y 60%. Dadas sus implicaciones, el número de estudios solicitados ha ido aumentando en los últimos años. Nuestro objetivo principal es describir los cambios en la rentabilidad del EG en una población de pacientes con MCH.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con MCH y EG, evaluados en una unidad especializada entre 2015 y 2023. Analizamos el número y rentabilidad de los EG, las características clínicas de los pacientes y el número de estudios familiares dirigidos realizados.

**Resultados:** Se incluyeron 372 pacientes con MCH y EG (66,7% varones, edad  $53,1 \pm 16,4$  años). El 40,9% tenía antecedentes familiares de miocardiopatía y en 25,5% de casos había muerte súbita familiar. El EG fue positivo en 31,2% de los pacientes, con variantes de significado incierto (VUS) en 20,2% y negativo en 48,7%. Entre 2015 y 2020 se realizaron 173 EG (28,8 estudios/año). La rentabilidad fue del 42,8% en los casos índice, con VUS en 17,9% y estudios negativos en 39,3% de los pacientes. Los genes más frecuentes fueron MYBPC3 (36,5%), MYH7 (25,8%) y TNNT2 (20,3%). Se realizó una media de 41,6 estudios familiares/año. Entre 2020 y 2023 se realizaron 199 estudios (66,3 estudios/año). La rentabilidad fue del 21,1% en casos índice, con VUS en 22,1% y estudios negativos en 56,8% de los

pacientes. Los genes más frecuentes fueron MYBPC3 (43,1%), MYH7 (20,8%) y TNNT2 (18,1%). Se realizaron una media de 71,3 estudios familiares/año. Los pacientes que se realizaron EG entre 2015-2020 eran significativamente más jóvenes que entre 2021-2023 ( $49, \pm 17,2$  vs.  $56,1 \pm 15,1$ ,  $p < 0,001$ ), tenían más antecedentes familiares de miocardiopatía (53,2% vs. 32,9%,  $p < 0,001$ ) y muerte súbita familiar (33,3% vs. 21,3%,  $p = 0,038$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo.

**Conclusiones:** La rentabilidad del EG en los pacientes con MCH se ha reducido de forma significativa debido a una menor selección en cuanto a edad y antecedentes familiares de miocardiopatía y muerte súbita, manteniendo un espectro mutacional similar. Sin embargo, el impacto sobre los familiares continúa siendo elevado.

#### 755/107. IMPACTO PRONÓSTICO DEL SCORE NUTRICIONAL CONUT EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE YEYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Rafael Iglesias López, Jorge Perea Armijo, Laura Calvo Gutiérrez, Diana Ladera Santos, Laura Velarde Morales, Manuel Crespín Crespín, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El score nutricional CONUT valora el estado de desnutrición y se ha observado que puntuaciones elevadas asocian mayor riesgo de mortalidad e infección hospitalaria en pacientes con ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) aguda. Sin embargo, hay escasa información en el seguimiento a medio-largo plazo en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (IC-Fer). Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según el score CONUT, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-Fer que fueron clasificados basalmente según la clasificación del score nutricional CONUT: Grupo 1 (Normal-leve 0-4), Grupo 2 (Moderado-grave: 5-12) y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad y reingresos hospitalarios por IC.

**Resultados:** Se analizaron un total de 337 pacientes. Un total de 298 pacientes (88,4%) pertenecían al Grupo 1 y 39 pacientes (11,6%) al Grupo 2. En el Grupo 2 los pacientes eran de mayor edad (68 [59-75] vs. 76 [58-82];  $p = 0,001$ ) y mayor proporción de enfermedad renal crónica (36,6% vs. 79,5%;  $p < 0,001$ ), anemia (28,5% vs. 59%;  $p < 0,001$ ), etiología isquémica (28,9% vs. 61,5%;  $p < 0,001$ ) y mayores niveles basales de NT-proBNP (4.263 [1.604-9.935] vs. 10.098 [4.439-19.449];  $p = 0,01$ ). No hubo diferencias basales en la FEVI, aunque se observó una mayor mejoría de FEVI en el Grupo 1 en el seguimiento (44% vs. 20,5%;  $p = 0,005$ ). Además, el Grupo 2 tenía una menor prescripción basal de IECA/ARAI y ARM, así como menor ARM, iSGLT2 y mayor DAI y diurético al final del seguimiento. Con un seguimiento medio de 60 meses, el Grupo 2 tuvo una mayor tasa de reingresos por IC (42% vs. 68%;  $p < 0,001$ ), mortalidad por IC (36,7% vs. 45,4%;  $p = 0,001$ ) y mortalidad por cualquier causa (30% vs. 52,8%;  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con IC-Fer que tienen grados más avanzados en la clasificación CONUT suelen asociar mayor prevalencia de etiología isquémica, ERC, anemia y menor mejoría de la FEVI. Además, estos pacientes presentan un peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de reingreso por IC y mortalidad.

### 755/108. NOVEDOSA HERRAMIENTA PARA VALORACIÓN DE SINCRONÍA VENTRICULAR. ¿EL ALIADO DEFINITIVO DE LA ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA?

Emilio José Amigo Otero<sup>1</sup>, Jesús Díaz Gutiérrez<sup>1</sup>, Marina Fernández Aragón<sup>1</sup>, Francisco de Paula Trujillo<sup>1</sup>, Ane Erkoreka Gasituaga<sup>1</sup>, Teresa Moraleda Salas<sup>2</sup>, Irene Esteve Ruiz<sup>2</sup>, José Miguel Carreño Lineros<sup>2</sup>, Álvaro Arce León<sup>2</sup> y Pablo Moraña Vázquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Electrofisiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Se dispone de herramientas escasas y de poca validez para la valoración de la sincronía ventricular. Presentamos nuestra primera experiencia con nueva técnica de ECG de 14 derivaciones de frecuencia ultra-alta (ECG-UHF) para realizar mapas de despolarización ventricular y validar nuevos parámetros de asincronía.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo. Incluimos consecutivamente pacientes que precisaron implante de marcapasos desde septiembre de 2023 hasta marzo de 2024. Se realizó ECG-UHF pre y posimplante del mismo. Se utilizaron registros ECG en 16 bandas de frecuencia (150-1.000 Hz) para crear mapas de despolarización ventricular. La diferencia de tiempo máxima entre los centros de masa del complejo QRS UHF de las derivaciones V1 a V6 (DYS16) y V1 a V8 (DYS18) definieron la asincronía ventricular.

**Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes. 39 fueron mujeres (66,1%). La indicación en 50 pacientes (84,7%) fue terapia anti-bradicardia, en 9 pacientes (15,3%) terapia de resincronización. La estimulación mayoritaria fue Hisiana (35 pacientes; 59,3%), seguido de rama izquierda (24; 40,7%). 25 pacientes (42,4%) presentaban bloqueo de rama izquierda (BRI) basal, 7 (11,9%) bloqueo de rama derecha (BRD) basal y 27 (45,8%) no tenían bloqueo de rama. En pacientes con BRI se obtuvo una mejor sincronía con estimulación Hisiana en parámetros de corrección de QRS (138 a 116,7 ms vs. 137 a 124,4 ms en rama izquierda;  $p = 0,021$ ). En parámetros de sincronía ventricular por UHF-ECG tanto la estimulación Hisiana como en rama izquierda consiguieron mejoría significativa con respecto al basal de parámetros DYS16 (50,9 ms basal vs. 16,2 ms post en His; 46,7 ms vs. 17,9 ms en RI; ambas  $p < 0,0001$ ) y DYS18 (43,5 ms basal vs. 17,8 ms post His y 42,3 ms basal vs. 21,5 ms RI; ambas  $p < 0,0001$ ). Al compararse entre sí no hubo diferencias estadísticamente significativas (reducción DYS16 His 34,7 ms vs. 28,8 ms en RI;  $p = 0,19$  y DYS18 His 25,7 ms vs. 20,8 ms en RI;  $p = 0,27$ ) aunque con cierta tendencia hacia estimulación Hisiana. En pacientes sin bloqueo de rama la sincronía se mantuvo QRS media 116 vs. 115 ms ( $p = 0,71$ ), DYS16 media 20,6 vs. 16,6 ms ( $p = 0,16$ ) y DYS18 media 23,3 vs. 16,4 post ( $p = 0,21$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de estimulación.

**Conclusiones:** La técnica UHF-ECG proporciona información novedosa sobre la activación eléctrica ventricular tanto visual como numérica. Esto mejorará fundamentalmente la selección de pacientes para la TRC y la aplicación de la misma.

### 755/109. HALLAZGOS MICROBIOLÓGICOS EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y SU RELACIÓN CON EVENTOS CLÍNICOS Y PRONÓSTICO

Alejandro Gómez González<sup>1</sup>, Manuel Núñez Ruiz<sup>2</sup>, Gloria Padilla Rodríguez<sup>2</sup>, Luis Eduardo López Cortés<sup>3</sup> y Amelia Peña Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología Clínica, Hospital San Juan de Dios de Sevilla, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital

Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>4</sup>Unidad de Cardiología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El aislamiento microbiológico en una endocarditis infecciosa (EI) tiene relación con el pronóstico de la enfermedad. Identificar la causa de EI puede ayudar a decidir el manejo terapéutico. **Objetivos:** Describir los hallazgos microbiológicos y bioquímicos de los pacientes con EI, así como relacionarlos con el tipo de válvula y las complicaciones clínicas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Registro de pacientes diagnosticados de EI entre 2016-2022 en nuestro hospital. Se analizaron los pacientes según tipo de aislamiento microbiológico y el diferente manejo terapéutico (tipo de tratamiento antibiótico utilizado, intervención quirúrgica, indicación quirúrgica etc.) y compararon los grupos según la frecuencia de distintos determinantes pronósticos y eventos (reinfección, embolismo, shock, mortalidad...). Se utilizó un test estadístico Chi cuadrado de homogeneidad, y se estableció un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó una muestra de 162 pacientes con una mediana de 66 años. El porcentaje de hemocultivos positivos fue 93%. El microorganismo más frecuentemente aislado fue *E. faecalis* seguido de *S. epidermidis* y *S. aureus*. Las EI por *S. aureus* presentaron mayor prevalencia de infecciones de marcapasos, y complicación en shock séptico (43%,  $p < 0,01$ ). Sin embargo, no tenemos tasas altas de cirugía y no vemos diferencias significativas en cuanto a recurrencia ni mortalidad, pese a ser un microorganismo muy virulento. *S. epidermidis* es el más relacionado con abscesos, fístulas u otras complicaciones locales (34%,  $p = 0,04$ ), en posible relación con endocarditis poscirugía valvular. Asociado a esto último también presenta mayor tendencia, aunque no significativa, de provocar bloqueos AV. Además, este último es el microorganismo que más frecuentemente se somete a cirugía (62%  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En esta serie encontramos mayor frecuencia de aislamiento de *E. faecalis*, con diferencias respecto a otras series. Con mayor número de recurrencias de forma significativa con respecto a otros microorganismos. *S. aureus* es el microorganismo que más se asociaba a shock de forma significativa, aunque estos pacientes son los que menos se intervenían quirúrgicamente, pese a ser poblaciones comparables. *S. epidermidis* fue el aislamiento más frecuente en infecciones protésicas asociándose una mayor frecuencia a complicaciones locales y necesidad de cirugía.

### 755/110. ANÁLISIS Y COMPARATIVA DEL SUSTRATO ARRÍTMICO EN REPROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES TRAS UN PRIMER PROCEDIMIENTO OPTIMIZADO SIGUIENDO EL PROTOCOLO «CLOSE»

Fernando Gavilán Domínguez<sup>1</sup>, Juan Acosta Martínez<sup>2</sup>, Eduardo Arana Rueda<sup>2</sup>, Manuel Frutos López<sup>2</sup>, Juan Antonio Sánchez Brotons<sup>2</sup> y Alonso Pedrote Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Electrofisiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El protocolo «CLOSE» consiste en realizar una estrategia optimizada de ablación de venas pulmonares (VVPP), caracterizada por la aplicación de lesiones contiguas, estables y guiadas por un índice de ablación objetivo, para conseguir un aislamiento duradero de las VVPP y disminuir la recurrencia arrítmica. Nuestro objetivo consiste en analizar el sustrato arrítmico de los pacientes sometidos a un reprocedimiento de ablación de VVPP tras un primer procedimiento

«CLOSE», y compararlo con lo observado en los reprocedimientos de pacientes no sometidos a un primer procedimiento CLOSE.

**Métodos:** Los pacientes sometidos a un reprocedimiento de ablación de VVPP cuyo primer procedimiento siguió un protocolo CLOSE fueron incluidos prospectivamente en el grupo CLOSE. Durante el reprocedimiento se obtuvo un mapa electroanatómico y se evaluó el número de VVPP reconectadas. Los datos obtenidos se compararon con los de reprocedimientos de una cohorte histórica de pacientes no sometidos a un primer procedimiento CLOSE (grupo no CLOSE).

**Resultados:** Se realizaron 352 primeros procedimientos tipo CLOSE y 157 procedimientos convencionales, con un total de 48 reprocedimientos: 27 pacientes del grupo CLOSE, y 21 pacientes del grupo no CLOSE. El 74% (20 pacientes) del grupo CLOSE presentaban al menos una reconexión de VVPP, respecto al 100% (21 pacientes) que mostraba el grupo no CLOSE. De los 7 pacientes (26%) del grupo CLOSE que no presentaban reconexión de VVPP, 2 mostraban un flutter auricular izquierdo perimitral, 1 un flutter auricular izquierdo dependiente del techo, y en los 4 restantes no se observó ningún sustrato o desencadenante específico. De los pacientes que mostraron reconexión de VVPP, no se encontraron diferencias en el número de venas reconectadas ni de segmentos comparado con el grupo no CLOSE.

**Conclusiones:** La reconexión de VVPP continúa siendo el principal sustrato arrítmico en pacientes sometidos a un reprocedimiento de ablación de VVPP tras un primer procedimiento tipo CLOSE. Sin embargo, una proporción relativamente alta de pacientes que recaen mantienen un aislamiento persistente de las VVPP, sin mostrar desencadenante ni sustrato específico para la FA. Es necesario definir nuevas estrategias para optimizar el control de ritmo en estos pacientes.

### 755/111. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL DISPOSITIVO NUUBO PARA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO EN NUESTRO MEDIO

Manuel Luque Pérez<sup>1</sup>, Ana José Manovel Sánchez<sup>1</sup>, José María Fernández Velasco<sup>2</sup> y Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Neurología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** El ictus criptogénico (ICr) se define como un evento cuya etiología permanece desconocida tras un estudio completo y el fallo diagnóstico se asocia con mayor tasa de recurrencia y morbimortalidad. La fibrilación auricular (FA) parece ser la causa en un importante número y el diagnóstico y tratamiento de casos silentes es fundamental. Entre las herramientas diagnósticas disponemos de la monitorización prolongada durante 30 días. El objetivo de este estudio es demostrar la rentabilidad del dispositivo Nuubo para el diagnóstico de FA como posible causa de ICr y su impacto sobre la actitud terapéutica consiguiente.

**Métodos:** Recogimos datos de una cohorte de 60 pacientes con ICr y Holter ECG convencional con resultado normal, durante un periodo de inclusión de marzo a septiembre de 2023. De ellos, 63% eran varones, con una edad media de 65,4 años, 68,3% hipertensos, 56,7% dislipémicos, 30% diabéticos y 60% fumadores; con un volumen AI indexado por SC medio de 31,98 ± 11,5 ml. Sometimos a estos pacientes a monitorización prolongada con dispositivo Nuubo entre 4 y 8 meses tras el ACV.

**Resultados:** Como resultados, encontramos TSVP en un 40% de la muestra, FA en el 30%, FA no significativa en un 10%, un

18% cursó sin hallazgos relevantes y 1 en un paciente se constató un episodio de TV no sostenida. De los 18 pacientes en los que se halló FA, en 17 se inició anticoagulación oral según la escala CHA2DS2-VASc.

**Conclusiones:** El sistema Nuubo presenta una importante rentabilidad en el diagnóstico de FA en pacientes con ICr en nuestro medio y proporciona una valiosa información con impacto sobre el tratamiento y la actitud terapéutica a seguir con estos pacientes, especialmente en cuanto al tratamiento anticoagulante para la prevención de nuevos episodios.

### 755/112. ASOCIACIÓN ENTRE LA SIESTA Y EL SUEÑO NOCTURNO CON EL RIESGO DE EVENTOS RECURRENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ESTUDIO PILOTO DEL PROYECTO MEDLIFE

Jesús Díaz Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Blanca Paloma Martínez-Pérez<sup>1</sup>, Marina Agustín-Alcaín<sup>2</sup>, Emilio Amigo-Otero<sup>1</sup>, María Luisa Hidalgo Ordóñez<sup>1</sup>, José Raúl López Aguilar<sup>1</sup>, Ana López Suárez<sup>1</sup>, Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup> y Mercedes Sotos-Prieto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>3</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Introducción y objetivos:** Estudios previos han identificado una posible relación entre los patrones de sueño y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Hasta donde sabemos, la relación entre el tiempo dedicado a la siesta, las horas de sueño y el riesgo de eventos recurrentes no ha sido analizado previamente en pacientes con ECV. Por ello, nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la siesta y el sueño nocturno y la incidencia de eventos adversos cardiovasculares mayores (EACM) en una cohorte de pacientes con ECV establecida.

**Métodos:** El estudio piloto del proyecto MEDLIFE incluyó una cohorte prospectiva de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca. Al inicio del estudio, evaluamos mediante un cuestionario validado los hábitos de vida y clasificamos a los participantes según la duración promedio de la siesta y sueño nocturno. Los EACM se definieron como la incidencia de un desenlace combinado compuesto por: infarto agudo de miocardio o nueva revascularización, diagnóstico o descompensación de insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular no fatal, y mortalidad de causa cardiovascular. Se utilizaron modelos multivariantes de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 161 participantes, seguidos durante una mediana de 17 meses y se identificaron 56 EACM. El 17% señaló no dormir siesta, un 35% dormir siesta de un máximo de 30 minutos y un 48% una siesta de más de 30 minutos. Un 55% indicó dormir entre 6-8 horas/día, un 21% dormir menos de 6 horas/día y un 24% dormir más de 8 horas/día. Los participantes que dormían > 8 horas/día tenían un mayor riesgo de EACM (HR ajustada = 2,26; IC95%: 1,12-4,56), en comparación con los que dormían entre 6-8 horas. En el mismo modelo, se observó que los participantes que dormían una siesta > 30 minutos/día tuvieron un mayor riesgo de EACM, en comparación con los que no dormían la siesta (HR ajustada = 2,61; IC95%: 0,96-7,07).

**Conclusiones:** Dormir más de 8 horas de noche y una siesta prolongada de más de 30 minutos se asociaron con mayor riesgo de EACM en pacientes con ECV ya establecida. Estos hallazgos sugieren la importancia de promover un descanso adecuado para la prevención secundaria de pacientes con ECV.

### 755/115. ECOCARDIOGRAFÍA EN AMILOIDOSIS CARDIACA TTR. IWT SCORE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Santiago Fernández-Gordón Sánchez<sup>1</sup>, Ignacio Gallo Fernández<sup>2</sup>, Carlos Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, María José Valle Caballero<sup>4</sup>, Ainhoa Robles Mezcua<sup>5</sup>, Pedro Cabeza Laínez<sup>6</sup>, Ana Manovel Sánchez<sup>7</sup>, Leopoldo Fernández Ruz<sup>3</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** La ecocardiografía es determinante en la sospecha de amiloidosis cardiaca. La Sociedad Europea de Cardiología propone en 2021 una puntuación  $\geq 8$  en el score ecocardiográfico IWT (*Increased Wall Thickness*) para facilitar el diagnóstico. El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos ecocardiográficos y la aplicación de la puntuación IWT en una población de pacientes con amiloidosis cardiaca TTR.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y retrospectivo de una cohorte de pacientes con amiloidosis cardiaca TTR diagnosticados entre el 2010 y el 2024 procedentes de 10 unidades de imagen de Andalucía. Se recogieron y analizaron variables clínicas y ecocardiográficas incluyendo parámetros recogidos en el IWT score.

**Resultados:** Se incluyeron 75 pacientes (80% varones, edad media  $71 \pm 12$  años). El 100% de los pacientes presentaban un espesor del septo interventricular  $\geq 12$  mm, con una media de espesor máximo de  $17 \pm 3$  mm. El patrón de hipertrofia fue concéntrica en el 75% de los pacientes y septal asimétrica en el 25%. El 39% de los pacientes tenían disfunción diastólica  $\geq 2$  y el 45%  $e' < 5$  cm/s. La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) media fue  $59 \pm 11\%$ . El *Strain Global Longitudinal* (SGL) del ventrículo izquierdo tenía un valor  $< -15\%$  en el 52% de los casos, con patrón de preservación apical en el 60% de los pacientes con *strain* disponible ( $n = 58$ ). El IWT pudo ser calculado en el 76% de los estudios (57 pacientes) y la puntuación fue  $\geq 8$  en el 23% de ellos (13 pacientes). El 92% de estos pacientes eran varones con edad media de  $75 \pm 10$  años, grosor máximo  $19 \pm 2$  mm y FEVI  $53 \pm 10\%$ .

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con amiloidosis cardiaca TTR los hallazgos ecocardiográficos más frecuentes fueron la hipertrofia concéntrica y el SGL disminuido con patrón de preservación apical. La puntuación multiparamétrica IWT fue  $\geq 8$  en un cuarto de los pacientes, lo que supone una sensibilidad baja. Sería interesante confirmar estos hallazgos en cohortes más amplias.

### 755/119. IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA. ¿POR QUÉ NO?

Carlos Perea Alfaro, Jesús Díaz Gutiérrez, Elena Izaga Torralba, Emilio José Amigo Otero, Santiago Jesús Camacho Freire, Alba Abril Molina, Jessica Roa Garrido, Óscar Lagos Degrande, Eladio Galindo Fernández y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

**Introducción y objetivos:** La evidencia actual apoya que el implante transcáteter de válvula aórtica (TAVI) se realice en cen-

tros que cuenten con equipos multidisciplinares basados en un modelo *Hearth Team*. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad, la viabilidad y el rendimiento de un programa de implante de TAVI en un centro sin equipo de cirugía cardiaca. **Métodos:** Realizamos un registro unicéntrico, descriptivo, retrospectivo desde febrero de 2011 hasta enero de 2024 que incluyó a 381 pacientes que se sometieron a TAVI. Analizamos las características basales, comorbilidades y evolución del procedimiento. Las variables son expresadas como media y desviación estándar.

**Resultados:** N: 381, mujeres 51%, varones 49%. Edad media:  $81 \pm 5$ . HTA: 95%. DM: 43%. FEVI al implante (%):  $56,8 \pm 8,9$ . Focalizando en las características valvulares, estenosis aórtica grave pura/regurgitación aórtica pura: 98,7%/1,3%. Área valvular media ( $\text{cm}^2$ ):  $0,56 \pm 0,21$ . Gradiente aórtico medio (mmHg):  $50,7 \pm 12,1$ . Modelo TAVI: Portico 32,7%, Acurate 27,5%, CoreValve Evolut R 15%, Navitor 14,4. Marcapasos previo/Marcapasos en His previo: 8,2%/1,6%. Clase funcional NYHA pre-TAVI:  $2,4 \pm 0$ . En relación con el procedimiento: tasa de embolización valvular: 1,85%. Sangrado mayor intra-procedimiento o intrahospitalario: 12,4%. Dispositivo de cierre femoral (MANTA/Proglide): 62,3%/13,9%. Tasa de marcapasos post-TAVI/Tasa de marcapasos post-TAVI en HIS: 27,6%/34,32% (23). Tasa de éxito del procedimiento: 98,68%. La tasa de mortalidad intraprocedimiento fue del 1,9%. La tasa global de mortalidad durante el seguimiento tras TAVI fue del 35%, con un 11% de muertes cardiovasculares y un 2,9% de muertes relacionadas con hemorragias durante el seguimiento. Tasa de rehospitalización por insuficiencia cardiaca post-TAVI fue de 16,2%. Un *endpoint* compuesto denominado NACCE (infarto agudo de miocardio no mortal, accidente cerebrovascular isquémico, BARC-hemorragia 3-5 y rehospitalización por insuficiencia cardiaca) fue analizado con una tasa del 25% y una mediana de 14 meses hasta el NACCE.

**Conclusiones:** Dados los resultados mostrados, concluimos que el implante de prótesis aórtica transcáteter en centros sin cirugía cardiaca es posible, mostrando prácticamente los mismos resultados tanto a nivel de éxito como de seguridad que los publicados en centros con cirugía CV.

### 755/120. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NONAGENARIOS SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO

José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez Méndez, Livia Gheorghe, Alberto Villar Ruiz, Marina Teresa García García y Rafael Vázquez García

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** La estenosis aórtica es la valvulopatía más frecuente y su prevalencia está en aumento por el envejecimiento poblacional. Los pacientes nonagenarios son un grupo creciente entre los candidatos a implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI). Sin embargo, son necesarios más datos sobre las características, los beneficios y los potenciales riesgos de esta población. Nuestro objetivo fue analizar las características basales de los pacientes nonagenarios sometidos a implante de TAVI en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio descriptivo, unicéntrico que incluyó a los pacientes sometidos a TAVI. Se seleccionaron aquellos pacientes con edad  $\geq 89$  años. Se recopilaron variables clínicas y ecocardiográficas. El análisis estadístico fue realizado con IBM SPSS Statistics 25.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 33 pacientes (edad media 92 años, 39% mujeres). El 78% de los pacientes eran hipertensos y el 33% diabéticos. La presentación clínica más frecuente fue

disnea 85% seguida de angina en un 36%. El 24% de los pacientes tenían alteraciones electrocardiográficas previas al implante, más frecuentemente bloqueo de rama izquierda. En cuanto a las características ecocardiográficas, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue del 58% y el área valvular aórtico medio fue 0,67 cm<sup>2</sup>. El 63% de los pacientes presentaban insuficiencia aórtica concomitante y hasta un 34% alta probabilidad ecocardiográfica de hipertensión pulmonar. Analíticamente, la hemoglobina media fue de 11,1 mg/dl y la tasa de filtrado glomerular medio fue de 41 ml/min/1,72 m<sup>2</sup>. Las prótesis autoexpandibles fueron las más utilizadas. La mortalidad periimplante fue del 9%. La necesidad de marcapasos posimplante fue del 30,3%. No se observaron sangrados significativos. **Conclusiones:** Los pacientes nonagenarios sometidos a TAVI tienen frecuentemente otras comorbilidades asociadas. La mortalidad periimplante no es desdeñable y hasta un tercio de los pacientes requieren implante de marcapasos tras el procedimiento.

### 755/121. QUELANTES DE POTASIO: UNA HERRAMIENTA QUE VA ESTABLECIÉNDOSE EN PRÁCTICA HABITUAL

Francisco de Paula Trujillo Fernández<sup>1</sup>, Raúl López Aguilar<sup>1</sup>, Pedro Pájaro Merino<sup>1</sup>, Irene Díaz Díez<sup>2</sup>, Fernando Fernández Girón<sup>2</sup>, Sonia Cruz Muñoz<sup>2</sup> y Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Los nuevos quelantes de potasio (ciclosilicato de sodio-zirconio y patiromer) aparecieron recientemente para aportar en un escenario relativamente huérfano de fármacos como el de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida y enfermedad renal crónica (ERC), que tienen limitado el uso de fármacos pronósticos inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) por la mayor incidencia de hiperpotasemia. Nuestro objetivo es valorar en vida real su eficacia, adherencia y efectos adversos en nuestros pacientes de práctica diaria.

**Métodos:** Análisis descriptivo de la prescripción de quelantes de potasio en pacientes vistos en Unidad Cardiorrenal (UCR) entre octubre de 2021 y junio de 2023.

**Resultados:** De 69 pacientes valorados en UCR se prescribieron nuevos quelantes en 19 (27%). Edad media 68,16 ± 8,484 años, 68,4% varones, 89,5% HTA, 63,2% diabéticos. ERC estadio G3b 36,8%, G4 47,4% y 10,5% G5. FEVI media 33,16% ± 5,388, isquémicos 63,6%, dispositivos implantados previamente 31,6%. Basalmente Cr media 3,1 ± 2,05 mg/dl, FGe 26,42 ± 10,48 ml/min, K 5,24 ± 0,58 mEq/dl. 21,1% de los pacientes con K alto (> 5,6 mEq/dl). Tratamiento basal: ARNI 89,5% (el 52,6% con dosis 24/26 mg), 100% BB, 36,8% ARM (57% dosis ≤ 12,5 mg), iSGLT2 10,5%. En el seguimiento no hubo consultas adelantadas por hiperpotasemia ni visitas a Urgencias o ingresos por este motivo, con 1 exitus por IC. Tratamiento optimizado: 100% ARNI (61,11% dosis ≥ 49/51 mg), 100% BB, 52,6% ARM (60% dosis > 12,5 mg), iSGLT2 63,2%. Analíticamente Cr media 2,94 ± 2,06 mg/dl, FGe 26,56 ± 12,73 ml/min, K 5,08 ± 0,51 mEq/dl, 100% de ellos < 5,6 mEq/dl. No se abandonó ningún fármaco por efectos secundarios ni hubo episodios de hipomagnesemias/hipopotasemias.

**Conclusiones:** El uso de ciclosilicato de sodio-zirconio y de patiromer va incorporándose como una herramienta de primera elección en pacientes con unas condiciones concretas como los valorados en UCR, para de forma segura y eficaz evitar la hiperpotasemia, permitiendo el manejo de medicación pronóstica en este perfil de pacientes.

### 755/122. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DEL PERFIL CLÍNICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER

María de León Zulategui, Virginia Pérez Ramírez, Alfonso Padilla Escámez, Sara Ballesteros Pradas y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular constituye la primera causa de muerte en la mujer. Nuestro objetivo con este estudio es plasmar el cambio clínico que ha sufrido la mujer y el impacto del mismo en su salud cardiovascular en diez años de diferencia.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico de dos cohortes de mujeres que ingresan en nuestro centro por SCA con diez años de diferencia (2009 y 2019).

**Resultados:** Incluimos un total de 401 mujeres, con edad mediana de 77 años (70-84). En cuanto a los FRCV, en 2019 destaca una mayor incidencia de dislipemia (70% vs. 57%, p = 0,013) y hábito tabáquico (14% vs. 7%, p = 0,011); mientras que en 2009 prevaleció el peor control glucémico, registrado como HbA1c > 6,5% (71% vs. 49%, p = 0,003). La incidencia de hipertensión y diabetes es semejante en ambas cohortes. Los antecedentes de FA y tratamiento anticoagulante son homogéneos en ambos grupos. No encontramos diferencias significativas en cuanto a antecedentes ginecoobstétricos entre ambas cohortes, aunque cabe resaltar que hasta el 95% de las pacientes eran menopáusicas en el momento del evento isquémico. En cuanto a la incidencia de antecedentes neoplásicos no se encontraron diferencias significativas; aunque sí en relación con el tratamiento recibido. En 2009 prevaleció la cirugía y actitud expectante frente a una mayor tendencia al tratamiento quimioterápico y radioterápico en 2019 con una p = 0,002. Es importante destacar que en 2009 se multiplica por 1,66 la incidencia de cardiopatía isquémica previa frente a 2019 con OR = 0,6 con IC 95% (0,4; 0,9). Además, en 2009 prevalece la ausencia de revascularización frente a una revascularización completa en 2019 con una p = 0,011.

**Conclusiones:** Hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a los FRCV en ambas cohortes. En 2019 destaca el aumento en la incidencia de dislipemia y tabaquismo. De la misma forma que en 2009 destaca el peor control glucémico y la mayor incidencia de cardiopatía isquémica previa y, dentro de este grupo, la ausencia de revascularización. Resaltar la falta de información ginecoobstétrica recogida en ambas cohortes que justifica la ausencia de significación estadística.

### 755/123. SUSCEPTIBILIDAD Y SELECCIÓN DE PACIENTES PARA TRATAMIENTO CON TAFAMIDIS EN UNA COHORTE ANDALUZA DE AMILOIDOSIS CARDIACA TTR

Fernando Gavilán Domínguez<sup>1</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup>, Nerea Aguayo Caño<sup>2</sup>, Candy Ceballos Gómez<sup>3</sup>, María José Valle Caballero<sup>4</sup>, Luis García Rodríguez<sup>5</sup>, Pedro Antonio Cabeza Laínez<sup>6</sup>, Ana Manovel Sánchez<sup>7</sup>, Ana María González González<sup>3</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** El tratamiento con tafamidis ha sido aprobado recientemente en nuestro medio para pacientes con

amiloidosis cardiaca TTR en base a que disminuye la morbimortalidad de forma significativa (estudio ATTR-ACT). El objetivo de este trabajo es describir los pacientes de nuestra cohorte candidatos a tratamiento con tafamidis y compararlos con los que recibieron este tratamiento dentro de la misma.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y retrospectivo de una cohorte de pacientes con amiloidosis cardiaca TTR diagnosticados entre 2010 y 2024 procedentes de 10 unidades de imagen de Andalucía. Para definir la población de pacientes candidatos a tafamidis se aplicaron los criterios de inclusión del estudio ATTR-ACT (diagnóstico confirmado por biopsia o gammagrafía, insuficiencia cardiaca sintomática, NT-proBNP  $\geq$  600 pg/ml, y sin cumplir criterios de exclusión). Se excluyeron los pacientes con otros tratamientos modificadores de la enfermedad.

**Resultados:** De los 75 pacientes incluidos (80% varones, edad media  $71 \pm 12$  años, 63% *wild-type*), 31 pacientes (41%) cumplieron criterios de inclusión del estudio ATTR-ACT y no estaban recibiendo otro tratamiento específico (10 pacientes). En esta población la edad media fue  $76 \pm 9$  años y un 87% eran varones, presentando el 29% la forma mutante (56% Val50Met), con un 81% de los pacientes en clase funcional II-III de la NYHA (13% clase III). Los pacientes presentaban grosor miocárdico medio de  $18 \pm 3$  mm y FEVI  $57 \pm 9\%$ . De estos pacientes candidatos, el 48% de los casos (15 pacientes) recibieron tratamiento con tafamidis, con una edad media de  $70 \pm 10$  años, siendo un 93% varones, presentando el 53% la forma mutante (33% Val50Met), con un 73% de los casos en clase funcional II-III (7% clase III) de la NYHA. Estos pacientes presentaban grosor miocárdico medio de  $17 \pm 3$  mm y FEVI  $61 \pm 7\%$ .

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes con amiloidosis TTR aproximadamente la mitad de los pacientes susceptibles a tratamiento con tafamidis recibieron esta terapia. De los pacientes tratados, la mitad eran hereditarios y la mayoría tenían hipertrofia miocárdica moderada, FEVI preservada y afectación funcional ligera.

#### 755/124. DISFUNCIÓN VENTRICULAR POSINFARTO. TRATAMIENTO AL ALTA Y SEGUIMIENTO. ¿ACTUAMOS COMO DEBEMOS?

Julia Jiménez Ranchal, Carlos Martín Alfaro, Leopoldo Hugo Muriel Marañón, Luca Grau Torrente, Susana Pérez Córdoba, Rafael Bravo Márques, Francisco José Torres Calvo, Pedro Antonio Chinchurreta Capote y Francisco Ruiz Mateas

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El síndrome coronario agudo (SCA) es la cardiopatía aguda más frecuente, siendo la función sistólica de ventrículo izquierdo (VI) post-IAM el factor pronóstico más importante. Es obligatorio el uso de todas las armas disponibles para intentar normalizarla. Nuestro objetivo es conocer el manejo de pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en nuestro centro y presentan fracción de eyección de VI (FEVI) residual deprimida junto con la aparición de eventos durante el seguimiento.

**Métodos:** Analizamos los pacientes que dimos de alta de hospitalización por SCACEST en nuestro centro entre enero de 2020 y enero de 2023, seleccionando a aquellos con FEVI  $< 40\%$  al alta. Evaluamos parámetros analíticos, ecocardiográficos, anatomía coronaria, tratamiento al ingreso y al alta. Posteriormente, mismos parámetros y aparición de eventos MACE (SCA, ictus, hospitalización por IC) y muerte a los 12 meses de seguimiento.

**Resultados:** 948 pacientes se dieron de alta por SCACEST. 43 (4,5%) presentaron una FEVI  $< 40\%$  (FEVI media post-IAM  $36,3 \pm 4,3\%$ ). Al 55,8% de los pacientes se les prescribió sacubitril-valsar-

tán (SV) al alta. La mediana de edad de estos pacientes era de 66,5 [10] años. 58,3% tenían enfermedad de 2 o más vasos y el tiempo hasta la revascularización fue de 6,5 [20] horas en el grupo SV, frente a las 6 [12] horas del grupo no tratado con SV. La FEVI a los 12 meses fue de  $42 \pm 8\%$  en el grupo tratado al alta con SV y de  $50 \pm 9\%$  del grupo no tratado. El 46,5% estaba en tratamiento con iSGLT2; 95,3% con BB; 88,4% con ARM; 97,7% estatinas de alta potencia y 100% DAPT. Durante el seguimiento, 8 (18,6%) sufrieron un evento MACE y la supervivencia fue del 93% a los 12 meses; sin existir diferencias entre pacientes en tratamiento con o sin SV.

**Conclusiones:** La alta supervivencia y la baja tasa de eventos MACE en pacientes dados de alta por un SCACEST y disfunción de VI están estrechamente relacionadas con una correcta optimización global del tratamiento, un buen control de los FRCV y un sistema organizativo que nos permita un seguimiento protocolarizado y estrecho del paciente.

#### 755/125. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL HOLTER INSERTABLE PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNCOPE EN UN CENTRO CON UN ENFOQUE INTERVENCIONISTA EN SITUACIONES DE BLOQUEO BIFASCICULAR Y PRESENTACIÓN CARDIOGÉNICA

Torcuato Garrido-Arroquia Jurado, José Antonio Fernández Sánchez, Eva Cabrera Borrego, Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez y Miguel Álvarez López  
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** El holter subcutáneo implantable (HSCI) está reconocido como una herramienta clave en el estudio del síncope. El objetivo es evaluar la efectividad del HSCI en un centro de perfil intervencionista, donde se realiza implante directo de marcapasos en pacientes con bloqueo bifascicular, síncope de probable etiología cardiogénica y FE conservada.

**Métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de una cohorte de 120 pacientes sucesivos con implante de HSCI en nuestro centro debido a síncope de repetición entre junio-2019 y febrero-2023. Se excluyeron pacientes en los que el HSCI se implantó por causas distintas a síncope, así como pacientes sometidos a TAVI.

**Resultados:** Se analizaron 120 pacientes ( $64 \pm 18$  años, FEVI media de  $57,06 \pm 6,30\%$ ). Previo al implante, 43 (34,7%) presentaban algún tipo de cardiopatía. El número de pacientes con QRS estrecho y ancho fue de 89 (74,2%) y 31 (25,8%), respectivamente. 20 pacientes (16,66%) requirieron implante de marcapasos (14 QRS estrecho y 6 QRS ancho de los cuales 5 presentaban BCRIHH y 1 BCRDHH). 3 pacientes se sometieron a cardioneuroablación por síncope recurrentes tras objetivarse en HSCI un mecanismo neuromediado-cardioinhibitorio, y en un paciente se implantó DAI tras objetivarse episodios de TV. Así, gracias a los hallazgos del HSCI, se realizó una actitud intervencionista en 24 casos (20%). Durante el seguimiento, 46 pacientes (38,3%) presentaron nuevos síncope, de los cuales 13 se indicó marcapasos y 3 cardioneuroablación. El síncope durante el seguimiento se asoció a implante de marcapasos o cardioneuroablación de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) y es importante destacar que, si el síncope era catalogado como no cardiogénico ni mixto por un cardiólogo, no hubo ningún evento en el seguimiento. Por último, no se observó asociación entre la anchura del QRS o la presencia de BBF e indicación de MP, salvo la presencia de BCRIHH que sí se asoció con la indicación de MP ( $p < 0,042$ ).

**Conclusiones:** La eficacia del HSCI en el estudio de síncope es limitada en centros con actitud intervencionista. Sin embargo, su utilidad es más notable en pacientes con síncope de repetición o BRIHH. Además, en más del 60% de los pacientes los síncope remiten.

## 755/126. PONIENDO EN VALOR LAS UNIDADES CARDIORRENALES

Ane Erkoreka Gasituaga<sup>1</sup>, Raúl López Aguilar<sup>1</sup>, Pedro Pájaro Merino<sup>1</sup>, Irene Díaz Díez<sup>2</sup>, Fernando Fernández Girón<sup>2</sup>, Sonia Cruz Muñoz<sup>2</sup> y Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Es un hecho que los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) que padecen enfermedad renal crónica (ERC) reciben en menor proporción tratamiento específico, teniendo peor pronóstico. El auge reciente de las Unidades Cardiorrenales (UCR) está llamado a cambiar este panorama.

**Métodos:** Análisis descriptivo de los pacientes valorados en nuestra UCR desde su inicio, entre octubre 2021-junio 2023.

**Resultados:** Valorados 69 pacientes, con edad media  $69,39 \pm 8,75$  años, 72,5% varones, 88,4% HTA, 62,3% diabéticos, 55,1% FA, ERC en 100% de casos, 39,7% G3b, 33,8% G4 y 17,6% G5; 11,6% en hemodiálisis. FEVI media  $35,90 \pm 8,86\%$ , siendo la etiología isquémica en 72,1%. En clase funcional II 63,8%, III en 23,2%, dispositivos implantados previamente 40,6%. El 71,01% había tenido visitas a Urgencias el año previo sin ingreso y 69,56% habían ingresado. Respecto al tratamiento basal (72,5% de pacientes procedentes Unidad de IC) tenían optimizado IECA/ARAI/ARNI 89,1%, betabloqueantes 89,1%, prescrito ARM 45,3% e iSGLT2 35,9%. Uso de quelantes de potasio en un 26,6%. En el seguimiento se han registrado 8 exitus (2 de causa no cardiovascular). La optimización del tratamiento se ha podido realizar en IECA/ARAI/ARNI 97,7%, betabloqueantes 88,1%, ARM 61,9% e iSGLT2 73,8%, con mayor uso de quelantes de potasio. La CF en seguimiento: 24,4% I, 63,4% CF II, 12,2% CF III. No se ha retirado ningún fármaco pronóstico por otra especialidad. Tres pacientes han sido planteados para diálisis peritoneal como tratamiento IC refractaria. El 17,6% de los pacientes han sido devueltos a IC y Nefrología tras optimización.

**Conclusiones:** En la UCR la valoración integral de este tipo de pacientes de forma conjunta por ambas especialidades permite lograr mayores tasas de tratamiento médico óptimo de forma segura, sin retiradas de medicación, logrando una importante mejoría clínica y aspirando a mejoría pronóstica, además de generar nexo para alternativas de tratamiento no farmacológico como la diálisis peritoneal.

## 755/127. MODELO COMBINADO DE FRAGILIDAD Y MALNUTRICIÓN PREDICE EL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES ANCIANOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Jiménez Salva<sup>1,2</sup>, Ada del Mar Carmona Segovia<sup>3</sup>, Ana Isabel Molina Ramos<sup>4</sup>, Luis García Rodríguez<sup>4</sup>, Fernando Puyol Ruiz<sup>4</sup>, María Victoria Doncel Abad<sup>5</sup>, Jorge Rodríguez Capitán<sup>4</sup>, Mario Gutiérrez Bedmar<sup>6</sup> y Manuel Jiménez Navarro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Málaga, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>6.º Curso de Medicina, Universidad de Málaga, Grupo de Investigación CiberCV, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Enfermería de Investigación, Grupo CiberCV, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>5</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>6</sup>Departamento de Preventiva y Epidemiología, Universidad de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El manejo óptimo de pacientes ancianos frágiles que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) no se encuentra bien definido. No existen recomendaciones uniformes en las guías de práctica clínica recientes sobre los métodos óptimos para la evaluación y el manejo de la fragilidad y la desnutrición en estos pacientes. Así mismo, la influencia del sexo en el pronóstico del SCA es incierto, puesto que las mujeres frágiles han sido tradicionalmente excluidas de los ensayos clínicos. Así, el objetivo del presente estudio es evaluar la influencia de estos factores en la predicción de eventos intrahospitalarios.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 70 años que sufrieron SCA. La fragilidad se evaluó mediante la escala Frail y la dependencia mediante el índice de Barthel. El cribado de desnutrición se realizó utilizando el *Prognostic Nutritional Index* (PNI) y *Geriatric Nutritional Risk Index* (GNRI). Se registró la aparición de complicaciones clínicas intrahospitalarias. Se realizaron análisis univariantes y multivariantes, y se diseñaron curvas de características operativas del receptor (COR).

**Resultados:** Se incluyeron 219 pacientes, 138 (63%) con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) y 81 (37%) con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Un total de 59 (27%) pacientes sufrieron eventos, cuya edad media fue  $79 \pm 5,7$  años y el 35,59% eran mujeres. Los pacientes que tuvieron eventos mostraron peor estado nutricional medido por PNI ( $p = 0,02$ ), mayor fragilidad ( $p < 0,001$ ) y mayor dependencia ( $p = 0,002$ ) en comparación con el grupo sin eventos. Tras realizar el análisis multivariante, PNI (OR 0,93 [0,88-0,99]) y fragilidad (OR 2,07 [1,42-3,01]) siguieron siendo predictores independientes de eventos. El área bajo la curva (AUC) de la curva COR del modelo de predicción combinado de fragilidad y nutrición fue de 0,833, sugiriendo un alto poder discriminativo para la predicción de complicaciones intrahospitalarias. Además, encontramos diferencias significativas al comparar el poder predictivo de un modelo que incluía fragilidad y un modelo que no, sugiriendo la relevancia clínica de esta variable ( $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** Un modelo predictivo combinado de fragilidad y nutrición podría identificar a pacientes en riesgo de desarrollar complicaciones intrahospitalarias después de padecer un SCA. Consecuentemente, la intervención dirigida sobre este grupo de pacientes en riesgo podría mejorar el resultado pronóstico global.

## 755/128. DISFUNCIÓN VENTRICULAR POSINFARTO. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO. ¿LO HACEMOS COMO DEBEMOS?

Julia Jiménez Ranchal, Carlos Martín Alfaro, Leopoldo Hugo Muriel Marañón, Luca Grau Torrente, Susana Pérez Córdoba, Rafael Bravo Márques, Francisco José Torres Calvo, Pedro Antonio Chinchurreta Capote y Francisco Ruiz Mateas

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El síndrome coronario agudo (SCA) es la cardiopatía aguda más frecuente, siendo la función sistólica de ventrículo izquierdo (VI) post-IAM el factor pronóstico más importante, siendo obligado buscar su normalización. El objetivo es conocer el manejo de los pacientes que ingresan en nuestro centro por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) con fracción de eyección de VI (FEVI) residual deprimida y valorar remodelado y MACE durante el seguimiento según tratamiento médico instaurado al alta.

**Métodos:** Analizamos los pacientes que ingresaron por SCACEST en nuestro centro entre enero de 2020 y enero de 2023,

escogiendo FEVI < 40% al alta. Evaluamos parámetros analíticos, ecocardiográficos, coronarios, tratamiento al ingreso y al alta. Evaluamos mismas variables, aparición de eventos MACE (SCA, ictus, hospitalización por IC) y muerte a los 12 meses de seguimiento.

**Resultados:** 948 pacientes ingresaron por SCACEST entre enero de 2020 y 2023. 43 presentaron una FEVI < 40% (FEVI media post-IAM  $36,3 \pm 4,3\%$ ). 55,8% de los pacientes, se les prescribió sacubitril-valsartán (SV) al alta. La mediana de edad era de 66,5 [10] años, frente los 62 [20] años de los pacientes que se dieron de alta sin SV. El 58,3% tenían enfermedad de 2 o más vasos vs. 41,7% de los pacientes sin SV. El tiempo hasta la revascularización fue de 6,5 [20] horas en el grupo SV vs. 6 [12] horas del grupo no tratado con SV. La FEVI post-IAM fue de  $35 \pm 4,5\%$  vs.  $38 \pm 4\%$ . La FEVI a los 12 meses fue de  $42 \pm 8\%$  en los tratados con SV vs.  $50 \pm 9\%$  del no tratado. Durante el seguimiento, se registraron 8 eventos MACE y 3 muertes, sin encontrar diferencias significativas en cuanto a los mismos según fueran dados de alta con o sin SV.

**Conclusiones:** Actualmente, con una reperfusión precoz, los pacientes con FEVI residual deprimida al alta es muy baja, con una mejora significativa al año y con una tasa de eventos muy baja. En nuestro estudio dichos resultados fueron independientes a la presencia o no de SV, pudiendo ser debido a muestra escasa y diferencias en ambos grupos.

#### 755/129. SEGUIMIENTO A MUY LARGO PLAZO DE PACIENTES TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Alfonso Padilla Escámez, Cecilia Prados Murcia, Sebastián Rufián Andújar, Pastor Luis Pérez Santigosa, Sara Ballesteros Pradas, Francisco Sánchez Burguillos y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El implante de TAVI en pacientes de elevado riesgo quirúrgico consigue reducción de mortalidad y eventos respecto a la cirugía. Sin embargo, son escasos los estudios con un seguimiento a largo plazo para evaluar la hemodinámica y degeneración de las bioprótesis. Nuestro objetivo fue valorar la durabilidad de las bioprótesis en una cohorte de pacientes en vida real a muy largo plazo.

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo. Incluimos a 160 pacientes con estenosis aórtica grave que se sometieron al implante de válvula aórtica transcáteter vía femoral entre mayo de 2010 y diciembre de 2020. Realizamos un seguimiento medio de  $14 \pm 3,9$  años.

**Resultados:** Durante el seguimiento, la tasa de eventos fue baja (IAM 1,9%, 3 p; ICP 1,9%, 3 personas; ictus 1,9%, 3 personas). El 31,9% (51 personas) ingresó por insuficiencia cardiaca tras el implante. La mortalidad en los primeros 30 días tras el implante fue del 3,7% (6 personas). La tasa de implante de marcapasos fue del 23,1%. En cuanto a la hemodinámica de la válvula, tras el implante, el 15% presentó IAo moderada y solo el 2,5% IAo grave. El gradiente medio > 20 mmHg estuvo presente en un caso (0,6%). Realizamos un seguimiento ecocardiográfico de hasta 10 años (media  $4,2 \pm 3,1$  años). El gradiente medio promedio fue de  $8,5$  mmHg  $\pm 6,24$ , 18% de pacientes con IAo moderada y un 2,5% de IAo grave. En función de los criterios del *Value Academic Research Consortium* en nuestra muestra registramos 9 casos (5,6%) de degeneración hemodinámica de la válvula estadio 2, 7 (77,7%) por progresión de IAo leve a moderada y 2 casos (22,22%) por aumento del gradiente medio > 20 mmHg (28 mmHg y 23 mmHg). Ningún caso de estadio 3. En dos casos registramos fallo de la bioprótesis, am-

bos por progresión de IAo moderada a grave, con necesidad en uno de ellos de reintervención. Durante el seguimiento registramos 2 (1,25%) casos de endocarditis sobre la válvula. **Conclusiones:** El implante de válvula aórtica percutánea vía transfemoral es seguro en pacientes de elevado riesgo quirúrgico en una cohorte en vida real, con muy buenos resultados de durabilidad a muy largo plazo.

#### 755/130. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO EN FASE III: MEJORA DEL PERFIL LIPÍDICO

Rafaela Luque López<sup>1</sup>, Asunción García Merino<sup>2</sup>, José López Aguilera<sup>1</sup> y Manuel Crespín Crespín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** El control lipídico es un aspecto importante del seguimiento en la fase III de un programa de rehabilitación cardiaca para reducir el riesgo de futuras complicaciones cardiovasculares. El objetivo de nuestro estudio es conocer la evolución del perfil lipídico de pacientes de bajo riesgo sometidos a un programa de entrenamiento mixto (hospitalario + ambulatorio) así como la adherencia al tratamiento prescrito.

**Métodos:** Se analizó el perfil lipídico de 35 pacientes de bajo riesgo tras el alta de un programa de entrenamiento mixto al alta de la fase II y a los 6 meses de la fase III. Se determinó colesterol total, triglicéridos, cHDL, cLDL, lipoproteína a y el cociente triglicéridos/cHDL para conocer la evolución de partículas pequeñas y densas.

**Resultados:** Se incluye a 35 pacientes con edad media de  $58,5 \pm 6$ , 91,4% varones. La evolución del perfil lipídico basal y a los 6 meses fue: colesterol total  $115,8 \pm 24,5$  vs.  $118,2 \pm 26,7$  p 0,42; cHDL de  $40,06 \pm 9,8$  a  $42,7 \pm 13,1$  p 0,05; cLDL  $53,9 \pm 19$  vs.  $53,9 \pm 17,5$  p 0,94; triglicéridos  $108,63 \pm 49,8$  vs.  $107,54 \pm 43$  p 0,85; TG/HDL  $2,9 \pm 2,5$  vs.  $2,7 \pm 1,5$  p 0,59. La media de pacientes con objetivo de LDL < 55 mg/dl al alta fue de 51,4% y del 54,3% a los 6 meses tras la instauración de tratamiento con IPSCK-9 en un paciente con LDL basal > 100 mg/dl. El 45,7% de los pacientes presentaban objetivos de LDL entre 55-100 mg/dl a pesar de utilizar el arsenal terapéutico disponible en la actualidad. El 28,6% de los pacientes presentaban además niveles de lipoproteína a > 50 mg/dl.

**Conclusiones:** La reducción en el perfil lipídico en pacientes de bajo riesgo sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca mixto (hospitalario + ambulatorio) se mantiene a los 6 meses de la fase III, con un aumento significativo del cHDL, si bien solo la mitad de los pacientes presentan objetivos de LDL < 55 mg/dl con el tratamiento disponible en la actualidad. Hasta una cuarta parte de los pacientes presentan riesgo añadido por aumento de la lipoproteína a.

#### 755/131. ESTIMACIÓN DE CARGA EN CATETERISMO CARDIACO DE ESFUERZO SEGÚN PROTOCOLO DE ERGOESPIROMETRÍA EN SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR DE ESFUERZO

Rafael Bravo Márques<sup>1</sup>, Pedro Antonio Chinchurreta Capote<sup>1</sup>, Javier González Vela<sup>2</sup>, Julia Jiménez Ranchal<sup>1</sup>, Francisco Rivas Ruiz<sup>3</sup>, Víctor Manuel Becerra Muñoz<sup>4</sup> y Francisco Ruiz Mateas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

<sup>2</sup>Enfermería Hemodinámica, Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Investigación e Innovación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La ergoespirometría es una prueba cada vez más utilizada para estratificar el riesgo en el paciente con hipertensión arterial pulmonar al diagnóstico y en el seguimiento. Aunque las guías de práctica clínica no la sitúan en un primer eslabón a realizar en el diagnóstico de sospecha de hipertensión pulmonar para pacientes con disnea de esfuerzo, es frecuentemente realizada en vida real existiendo protocolos bien definidos. Lo que no está establecido es el protocolo a utilizar en los pacientes que tras la ergoespirometría se someten a un esfuerzo durante el cateterismo cardiaco derecho. El objetivo de nuestro estudio es definir un protocolo de ejercicio para el cateterismo cardiaco derecho de esfuerzo (CCDe) según el realizado en la ergoespirometría.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico que incluye los primeros pacientes con sospecha de hipertensión pulmonar de esfuerzo (HPe) (julio-diciembre 2023) a los que se realiza CCDe. 24-48 horas antes del mismo realizamos ergoespirometría. Estudiamos características basales, protocolo utilizado en la ergoespirometría y su correlación con el realizado en CCDe.

**Resultados:** Se incluyen 10 pacientes con una mediana de 59 [17,7] años. 50% mujeres. Todos presentan disnea de esfuerzo. Se realiza en ergoespirometría un protocolo en cicloergómetro con 20 W iniciales durante los 2 primeros minutos aumentando 7,5 W cada minuto en rampa hasta el agotamiento del paciente. Realizan un tiempo de ejercicio de 9,2 [3,7] minutos, carga máxima alcanzada de 75 [42] W y RER a los 90 segundos de recuperación de 1,45 [0,45]. En el CCDe protocolizamos un ejercicio máximo correspondiente al 80% de la carga máxima alcanzada en ergoespirometría y esta se distribuye en 10 minutos en protocolo rampa. Los pacientes durante el CCDe realizan un tiempo de ejercicio de 11 [1,25] minutos. La carga estimada (80% según la ergoespirometría) corresponde a 67,6 [33,6] W llevando a cabo durante la prueba una carga real de 66,4 [23,63] W con un coeficiente de correlación interclase de 0,86 (IC 95%: 0,54-0,96).

**Conclusiones:** En pacientes con disnea de esfuerzo y sospecha de HPe, la estimación del 80% de la carga realizada en ergoespirometría para la realización del CCDe es concordante para llevar a cabo una prueba máxima, diagnóstica y efectiva.

### 755/132. CATETERISMO CARDIACO DERECHO DE ESFUERZO COMO HERRAMIENTA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Rafael Bravo Márques<sup>1</sup>, Pedro Antonio Chinchurreta Capote<sup>1</sup>, Javier González Vela<sup>2</sup>, Julia Jiménez Ranchal<sup>1</sup>, Víctor Manuel Becerra Muñoz<sup>3</sup>, Francisco Rivas Ruiz<sup>4</sup> y Francisco Ruiz Mateas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>2</sup>Enfermería Hemodinámica, Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Investigación e Innovación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

**Introducción y objetivos:** El diagnóstico de hipertensión pulmonar (HP) continúa siendo un desafío clínico. En muchas ocasiones es tardío por la dificultad del diagnóstico precoz; el paciente comienza con disnea de esfuerzo (DE) pero el cateterismo cardiaco derecho (CCD) se realiza en reposo. Por ello han surgido pruebas de provocación de HP de esfuerzo (HPe) para el diagnóstico precoz de HP, como el CCD de esfuerzo (CCDe). Se define HPe como  $\text{slope PAPm/GC} > 3 \text{ mmHg/l/min}$  mediante CCDe. Nuestro objetivo es evaluar la puesta en marcha en Andalucía del CCDe.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico que incluye los primeros pacientes con sospecha de HPe (julio-diciembre 2023) a los que se realiza CCDe. 24-48 horas antes del mismo realizamos analítica, ecocardiograma-transtorácico y ergoespirometría. Estudiamos características basales, motivo para realización de la prueba y variables asociadas a la confirmación de HPe.

**Resultados:** 10 pacientes. 59 [17,7] años, 50% mujeres. Todos presentaban DE (7 pacientes CF II/IV, 2 CF III/IV, 1 CF IV/IV). El motivo del CCDe fue 50% sospecha de hipertensión arterial pulmonar (2 diagnosticados de esclerosis sistémica y 1 con cardiopatía congénita corregida), 30% sospecha de enfermedad pulmonar tromboembólica crónica y 2 casos disnea no explicada. 90% de los pacientes presentaban datos de ineficiencia ventilatoria en ergoespirometría (EqCO<sub>2</sub> VT1 45,5 [17,7] mmHg, PetCO<sub>2</sub> VT1 33,5 [9,5] mmHg y  $\text{slope VE/VCO}_2$  43 [8]). % consumo O<sub>2</sub> pico 56,5 [25,6]%, % pulso O<sub>2</sub> pico 69 [17,6] y % OUES 56,5 [29,5]%. La ergoespirometría clasifica al paciente en poco probable (10%), considerable (0%), probable (80%) y muy probable (10%) HPe. No encontramos datos ecocardiográficos ni analíticos sugerentes de HP. Tras CCDe confirmamos HPe en 7 pacientes (uno secundario a disfunción diastólica:  $\text{slope PCP/GC} > 2 \text{ mmHg/l/min}$ ) y 3 pacientes presentaron presiones pulmonares normales con el esfuerzo. La ergoespirometría identifica correctamente a pacientes que desarrollan HPe en el 80% de casos. Los pacientes con HPe presentaron presiones pulmonares mayores en CCDe que aquellos sin HPe (PAPs 37 mmHg vs. 20 mmHg; p: 0,016, PAPd 14 mmHg vs. 9 mmHg; p: 0,028, y PAPm 21 mmHg vs. 13 mmHg; p: 0,016).

**Conclusiones:** El CCDe nos permite el diagnóstico precoz de HPe en pacientes con DE y datos de ineficiencia ventilatoria. La ergoespirometría identifica a pacientes con HPe. Las presiones pulmonares basales más elevadas se relacionan con HPe.

### 755/133. SACUBITRILLO-VALSARTÁN: ¿EFICAZ AUN EN DOSIS DE 12/13 mg?

María de León Zulategui<sup>1</sup>, Carlos Palacios Castelló<sup>2</sup>, Antonio Grande Trillo<sup>2</sup>, Iris María Esteve Ruiz<sup>2</sup> y Diego Rangel Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** El sacubitrilo-valsartán (SV) ha demostrado mejorar la función ventricular en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida. No obstante, hay pacientes cuyo perfil clínico impide la administración de la dosis del fármaco empleada en ensayos clínicos. Nuestro objetivo es estudiar los efectos clínicos del tratamiento con la mitad de la dosis baja del fármaco.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con fracción de eyección reducida que iniciaron tratamiento con medio comprimido de SV 24/26 mg cada 12 horas. El empleo de esta dosis fue a criterio del cardiólogo que atendía a cada paciente, basándose fundamentalmente en sus características clínicas. Analizamos los pacientes estudiando sus características basales y efectos clínicos del tratamiento.

**Resultados:** Se analizaron un total de 33 pacientes cuyas características basales se muestran en la tabla 1. El seguimiento fue de 11,5 meses (8,75-13). La FEVI basal era de 32 (26,5-35), aumentando tras el inicio del fármaco a 39 (34-45) (p < 0,01). La mortalidad en el seguimiento fue del 9,09% y la tasa de reingreso por insuficiencia cardiaca del 6%.

**Tabla 1. Características basales**

Sacubitrilo/valsartán	12/13 mg
N	33
Edad mediana (Q1-Q3)	71 (65,5-80)
Sexo femenino	36,4%
HTA	72,7%
DM	48,5%
DLP	51,5%
Etiología isquémica	48,5%
FG mediana (Q1-Q3)	65,4 (36,25-82)
FEVI basal (Q1-Q3)	32 (26,5-35)
FEVI mejorada tras tratamiento	35,5%
Tratamiento basal:	
Betabloqueantes	94,8%
ARM	70,3%
Digoxina	12,8%
Ivabradina	11,6%
NYHA basal II-III	69,69%

**Conclusiones:** Los resultados de nuestra muestra ponen de manifiesto que la dosis de 13/12 mg cada 12 horas de SV supuso un beneficio clínico en términos de mejoría de FEVI, lo cual abre el escenario a pacientes que por características clínicas no toleran una mayor dosis del fármaco.

#### 755/134. EXPERIENCIA INICIAL DE SOPORTE CIRCULATORIO EN TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA

Angie Tatiana Ariza Mosquera<sup>1</sup>, Raimundo García del Moral Martín<sup>2</sup>, Fernando Sabatel-Pérez<sup>3</sup>, Teresa Gil-Jiménez<sup>3</sup>, Manuel López-Pérez<sup>3</sup>, Gerardo Moreno-Terribas<sup>3</sup>, Ana Guerra-Librero<sup>4</sup> y Juan Caballero-Borrego<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>4</sup>Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO), Granada.

**Introducción y objetivos:** El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) es la tercera causa de mortalidad cardiovascular y su incidencia en España es de 154/100.000 habitantes. El TEP masivo tiene una mortalidad de hasta el 60%, siendo la terapia con catéter una alternativa a la fibrinólisis sistémica cuando existe alto riesgo de sangrado y en casos refractarios. En pacientes con TEP masivo que desarrollan shock refractario o parada cardíaca (PCR) el uso de ECMO-VA puede mantener la hemodinámica y la perfusión orgánica como puente a estabilización o a terapias de reperfusión.

**Métodos:** Describimos la experiencia inicial de un programa de trombectomía mecánica percutánea con ECMO-VA en pacientes en shock refractario o parada cardíaca (PCR) desde enero 2023 hasta enero 2024. El principal sistema de tromboaspiración mecánica empleado fue el dispositivo de FlowTrier System Curve de 24 Fr (Inari Medical®) para maximizar las aspiraciones.

**Resultados:** En total se realizó en 7 pacientes (4 varones y 3 mujeres) con una edad media de 58 años  $\pm$  13 años e IMC de  $28 \pm 4,6$ . Entre los factores de riesgo destaca un 42% de tabaquismo y un 57% de hipertensión arterial. La indicación mayoritaria de ECMO fue PCR en el 71% de los casos, siendo en este grupo el tiempo medio de entrada en ECMO de 30 min. Se realizó fibrinólisis en el 43%. Todos los pacientes tenían disfunción grave del ventrículo derecho, con TAPSE de  $10,57 \pm 1,6$ . Para la canulación del ECMO se utilizaron cánulas de retorno arterial de 17-19 Fr y de drenaje venoso entre 21-25 Fr, con perfusión distal en todos los pacientes y un flujo medio de ECMO

de 3-4 lpm. El pico máximo de lactato fue de  $13,86 \text{ mmol/l} \pm 5,2$ . La supervivencia fue del 43%, siendo la principal complicación el sangrado con necesidad de transfusión.

**Conclusiones:** El soporte ECMO-VA temprano en paciente con TEP masivo que requieran trombectomía mecánica es una estrategia posible y eficaz que mejora la supervivencia de pacientes en este contexto que de otro modo tendrían un pronóstico infausto, siendo la principal complicación el sangrado.

#### 755/135. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA

Ainhoa Robles Mezcua, Concepción Cruzado Álvarez, Antonia Pilar Martín de la Rosa, Clara Jiménez Rubio, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza y José Manuel García Pinilla

Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción y objetivos:** Los diuréticos son el principal tratamiento para el manejo de la descompensación en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). La respuesta a los diuréticos orales no siempre es satisfactoria, por lo que es necesaria la administración parenteral. Los infusores elastoméricos son bombas de flujo continuo, no modificables externamente, que se presentan como una alternativa en estos pacientes. El objetivo de este estudio fue analizar la respuesta al tratamiento con furosemida subcutánea utilizando un elastómero en pacientes con IC descompensada.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo que incluye todos los dispositivos utilizados en la Unidad de IC entre abril de 2021 y noviembre de 2023. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media  $\pm$  desviación estándar o mediana (rango intercuartílico). La furosemida se administró por vía subcutánea mediante elastómero y un microcatéter en la zona pectoral. La dilución fue de 4 mg/hora y durante los días de la infusión, el paciente tomaba diuréticos de asa vía oral. Se dieron instrucciones al paciente/familia en caso de caída del dispositivo o extravasación, y las revisiones se realizaron a los 5 días.

**Resultados:** Se analizaron un total de 44 dispositivos implantados en 32 pacientes. La edad media fue de 73,3 años  $\pm$  10,6; el 56,3% eran varones. La duración media de la terapia fue de 5 días. La mediana de pérdida de peso fue de 3,5 kg (0-11). Aunque la función renal empeoró, solo 8 (18,2%) precisaron tratamiento con potasio oral. Se requirió hospitalización en 7 pacientes, aunque solo 5 fueron hospitalizados por IC.

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones del estudio, la administración de furosemida subcutánea mediante elastómeros se muestra eficaz y segura para el tratamiento ambulatorio de pacientes con IC descompensada, evitando ingresos hospitalarios y visitas a urgencias con coste reducido. Es una vía accesible y que no interfiere en la actividad del paciente. Los efectos locales en nuestra serie son menores que en otras series publicadas, posiblemente debido a los catéteres utilizados y a la dilución de la furosemida.

#### 755/136. ROTURA DE SEPTO INTERVENTRICULAR EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SERIE DE 10 CASOS

Pablo Rojas Romero<sup>1</sup>, Alejandro Adsuar Gómez<sup>2</sup>, Santiago Fernández-Gordón Sánchez<sup>1</sup>, Fernando Gavilán Domínguez<sup>1</sup>, Miguel Barranco Gutiérrez<sup>1</sup> e Ignacio Sanchís Haba<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Las complicaciones mecánicas del infarto han disminuido su incidencia desde la implementación del código infarto. De todas ellas, la más habitual es la rotura de septo interventricular. El objetivo de la presente serie de casos es describir los pacientes afectados por esta entidad y su manejo por parte de un centro de tercer nivel.

**Métodos:** Serie de diez casos transversal y retrospectiva de pacientes intervenidos quirúrgicamente de rotura de septo interventricular en el contexto de infarto agudo de miocardio en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla entre 2013 y 2024. Se analizan variables relativas al diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** La rotura de septo interventricular se presenta de forma más frecuente en mujeres (60%), siendo la edad media de 65,1 ±10,5, presentando FRCV clásicos. Se describe una misma proporción para infartos anteriores e inferiores. Todos los pacientes presentaron un curso clínico Killip IV, en estadios profundos de shock, 50% SCAI-E, requiriendo de SMC, siendo el balón de contrapulsación la asistencia más empleada. Las roturas de septo se localizaron el 50% a nivel apical, el 30% basal y un 20% media. El 60% de los pacientes presentó disfunción ventricular, y en el 70% fallo derecho. La mitad de los pacientes la rotura de septo asoció aneurisma de septal. Cuatro de los pacientes se intervino en los primeros cinco días desde la detección de la rotura de septo y el resto pasados los primeros cinco días, siendo la media para la cirugía de 9 días. El tipo de intervención quirúrgica empleada fue el cierre con parche de pericardio. Respecto a las variables desenlace, tres de los pacientes presentaron dehiscencia precoz del parche. Tres de los pacientes requirieron trasplante cardíaco y cuatro de ellos fallecen. De los pacientes intervenidos que sobreviven, el 40% se encuentra en una CF-I-II. Los eventos adversos desarrollados parecen ocurrir más frecuentemente en infartos inferiores, en roturas basales, y en aquellos pacientes intervenidos precozmente, sin disponer de tamaño muestral suficiente.

**Conclusiones:** Las roturas de septo continúan siendo una complicación con una elevada morbimortalidad, siendo preciso más estudios para conocer el momento óptimo para la cirugía y su manejo.

#### 755/137. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y REHABILITACIÓN CARDIACA VALORADO POR ERGOESPIROMETRÍA. EVOLUCIÓN A CORTO Y MEDIO PLAZO

Ángela Gabaldón Mestre, Nieves Romero Rodríguez, Jesús Vallejo Carmona, Carlos del Toro Esperón, Ernesto Ruiz Pereira y Almudena Aguilera Saborido

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Actualmente los programas de rehabilitación cardíaca (RHC) y prevención secundaria (PS) son recomendados por las principales sociedades científicas (indicación Clase I y Nivel de Evidencia A) como parte integral del tratamiento de los pacientes con patología cardíaca, jugando un papel fundamental en la cardiopatía isquémica. En pacientes que realizan un programa RHC es franca la mejoría de la capacidad funcional, siendo el *gold standard* para su medición la ergoespirometría. Se pretende describir la población a estudio, definir los parámetros ergoespirométricos de mayor relevancia y su evolución durante un programa de RHC.

**Métodos:** Se analizó retrospectivamente una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica incluida en programa RHC entre 2019 y 2021. Se recogieron datos sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), evento coronario,

reingresos y mortalidad hasta la fecha actual, además de parámetros ergoespirométricos antes y después del programa.

**Resultados:** Se recogieron 76 pacientes, 85,5% fueron varones y 14,5% mujeres. 48,6% eran hipertensos, 34,2% diabéticos, 42,1% dislipémicos, 82,9% fumadores o exfumadores y 67,1% sedentarios. El 51,3% presentó un SCACEST, 34,2% un SCASEST y el 14,5% CI crónica. La edad media de aparición de evento coronario fue 54 años. El 40,7% tenían una FEVI al alta hospitalaria ≤ 40% y 59,2% > 40%. El 25% reingresaron en el seguimiento: 36,8% precisaron nueva revascularización, 21% implante de DAI en prevención 1.º y 10,5% por taquicardia ventricular. Ergoespirometría inicial el promedio fue: VO<sub>2</sub> pico 67%, pulso O<sub>2</sub> 101%, VSlope 30, equivalente O<sub>2</sub> máx. 36,7, equivalente CO<sub>2</sub> VT1 32,8, PetCO<sub>2</sub> 34,84, OUES 1,92, RER pico 1,06. Ergoespirometría final: VO<sub>2</sub> pico 73%, pulso O<sub>2</sub> 107%, VSlope 29,1, equivalente O<sub>2</sub> máx. 36,3, equivalente CO<sub>2</sub> VT1 31,8, PetCO<sub>2</sub> 36,05, OUES 1,96, RER pico 1,06.

**Conclusiones:** De los pacientes incluidos el 85% fueron varones y el evento coronario más frecuente SCACEST. El FRCV más prevalente fue tabaquismo. Más de la mitad presentaban FEVI > 40%. 1/4 de los pacientes reingresaron, hasta un 36% por un nuevo evento isquémico que precisó revascularización. El promedio de todos los parámetros finales de ergoespirometría mejoraron en comparación con la prueba inicial.

#### 755/138. ESTUDIO DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

Daniel Montes Chacón, Pablo Toledo Frías, Ángel Prades Sánchez y Eduardo Moreno Escobar

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

**Introducción y objetivos:** El uso de fármacos inhibidores de la PCSK9 ha supuesto un avance en el tratamiento de la dislipidemia. Hasta ahora existen pocos datos sobre seguridad cardiovascular y no cardiovascular y su efectividad con su uso clínico en la vida real. Objetivo: Valorar efectividad, tasa de abandono y tasa de eventos adversos en usuarios de estos fármacos en una unidad de prevención y rehabilitación cardíaca.

**Métodos:** Seguimiento a través de la historia clínica de 104 pacientes a los que se ha prescrito alirocumab o evolucumab en la práctica clínica, durante una media de cuatro años, registrando posibles eventos adversos atribuibles al tratamiento y comparando el perfil lipídico previo al tratamiento y tras este. El 31% de los pacientes son mujeres y la media de edad del primer evento cardiovascular es 56 años.

**Resultados:** Los efectos adversos registrados no fatales fueron: reacción cutánea tras tomas de alirocumab (0,96%), dolores musculares (0,96%) y fasciculaciones (0,96%). Se registraron dos casos (1,92%) de muerte cardiovascular (un caso probable de IAM y un caso de insuficiencia cardíaca terminal) y otros dos casos de muerte no cardiovascular (HSA traumática y cáncer de recto). El porcentaje medio de reducción de LDL fue del 63,61% (68,44% con evolucumab, 59,92% con alirocumab 75 mg, 63,06% con alirocumab 150 mg), siendo el efecto similar en varones (65,82%) y en mujeres (66,61%). La tasa de abandono del fármaco fue del 10,58%. 26 pacientes (25%) utilizaban estatina de alta potencia además del fármaco inhibidor de PCSK9.

**Conclusiones:** Los fármacos inhibidores de PCSK9 son un tratamiento muy eficaz para reducir en gran medida el colesterol LDL tanto en varones como en mujeres, con una tasa muy baja de efectos adversos y una incidencia de eventos cardio-

vasculares menor que los ensayos clínicos pivotales. La utilización concomitante de estatinas de alta potencia es bajo, pese a estar recomendado en pacientes que las toleran. El grado de cumplimiento terapéutico es muy alto, con un 90% de pacientes manteniendo el tratamiento al final del seguimiento. El uso de estatinas de alta potencia en estos pacientes es menor al recomendado por las guías clínicas.

### 755/139. REGISTRO GENÉTICO MULTICÉNTRICO ANDALUZ DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Pablo Martín Marín<sup>1</sup>, Helena Llamas Gómez<sup>1</sup>, David Grimaldos Parra<sup>1</sup>, María José Romero Reyes<sup>2</sup>, Ainhoa Robles Mezcuza<sup>3</sup>, Rosa Macías Ruiz<sup>4</sup>, Noemí González Cruces<sup>5</sup>, Ana María González González<sup>6</sup>, Gregorio Soto<sup>7</sup> y María Luisa Peña Peña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Melilla, Melilla. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía familiar más frecuente (prevalencia aproximada 1:500 habitantes). Los principales genes implicados codifican proteínas sarcoméricas. El registro RACAGEN, proyecto multicéntrico andaluz, pretende dar luz a las características particulares de la genética, el tratamiento y la evolución clínica y pronóstica de la MCH en nuestra comunidad. Describimos la variedad genética de la MCH y sus características en nuestra región.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de una cohorte de 504 pacientes con MCH de Unidades de Cardiopatías Familiares de 6 centros de la misma área geográfica, reclutados desde enero 2021 a abril 2024. Analizamos resultados genéticos y variables fenotípicas y familiares en búsqueda de factores predictores de resultado positivo.

**Resultados:** De 504 pacientes, 175 eran mujeres (34,7%). Edad media 53 ± 16 años. 207 pacientes (41%) tenían antecedentes familiares de MCH y 128 (25%) de muerte súbita familiar. 271 pacientes (53,8%) presentaban obstrucción en tracto de salida de ventrículo izquierdo. El estudio genético fue positivo en 188 pacientes (rentabilidad 37,3%). Variantes de significado incierto (VUS) fueron detectadas en 113 pacientes (22,4%). En 10 pacientes se documentaron 2 mutaciones patogénicas concomitantes (2%). En cuanto al tipo de mutación, 128 fueron cambio de sentido (69%), 26 sin sentido (14,1%), 13 alteración de patrón de lectura (7%) y 10 alteraciones de *splicing* (5,4%). Los principales genes fueron MYBPC3 (40%), MYH7 (30,8%) seguidos por las troponinas: TNNT2 (11,4%), TNNT1 (3,8%) y TNNT3 (2,2%). Las variantes más frecuentemente encontradas fueron (p.Asp778Glu) en MYH7 (14 pacientes) y p.Arg92Trp en TNNT2 (10 pacientes). La edad menor de 45 años (p 0,00), la ausencia de factores de riesgo cardiovascular (p 0,006), y la existencia de antecedentes familiares de MCH y de muerte súbita (p 0,01 ambas) predijeron resultado positivo del estudio genético.

**Conclusiones:** Nuestra cohorte arroja una rentabilidad de estudio genético del 37% para MCH. Predominaron las mutaciones en MYBPC3 y MYH7. Los pacientes jóvenes, sin factores de riesgo y con antecedentes familiares fueron los que más se beneficiaron del estudio genético. La continuación del registro ayudará a optimizar el estudio familiar y a detectar variantes con efecto fundador en nuestra región.

### 755/140. EFECTO DE TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE CONDUCCIÓN EN PACIENTES CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN ENTRE 36 Y 50%

José Antonio Fernández Sánchez, Torcuato Garrido-Arroquia Jurado, Sara Ruiz Magaña, Cristian Hinojosa Durán, Pablo Sánchez-Millán, Rosa Macías-Ruiz, Juan Jiménez-Jáimez, Luis Tecedor-Sánchez, Miguel Álvarez-López y Manuel Molina-Lerma

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción y objetivos:** Las terapias de estimulación del sistema específico de conducción: His (HBP) y área de rama izquierda (LBP), han aparecido en los últimos años como alternativa a la terapia de resincronización cardiaca (TRC) convencional, incluso como primera línea en pacientes con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) < 35%. Sin embargo, poco se conoce el efecto con FEVI intermedia (35-50%). El objetivo de los autores es evaluar el efecto de dichas terapias en pacientes que precisen estimulación cardiaca con FEVI entre 36 y 50%.

**Métodos:** Se realizó búsqueda exhaustiva de los implantes de marcapasos realizados en nuestro centro desde enero-2018 hasta junio-2023 (n = 1.612 pacientes) y se seleccionó a aquellos con FEVI 36-50% con indicación para TRC en los que se implantó HBP o LBP. Quedaron excluidos los pacientes con un porcentaje de estimulación en el seguimiento < 40% o aquellos con pérdida de seguimiento. Finalmente, se obtuvo una cohorte de 58 pacientes en la que se realiza análisis retrospectivo.

**Resultados:** Se analizó una muestra de 58 pacientes. La edad media fue de 73 ± 11 años con una FEVI media de 41,45 ± 4,11% con causa no isquémica en el 58,6% de los casos. La indicación de TRC fue debida en 24 pacientes (41,4%) a BAV/FA (estimulación esperada > 40%); en 9 pacientes a BCRIHH (16,9%); y en 9 pacientes tanto a disfunción generada por estimulación en VD (15,8%) como a ablación del nodo AV (15,8%). Se implantaron 52 dispositivos en LBP (58,7%) y 6 en HBP (10,3%). En el seguimiento (tiempo medio 26 ± 15 meses), la FEVI aumentó de forma estadísticamente significativa de forma global (41,45 ± 4,11% a 46,47 ± 7,31%; p < 0,001) aunque solo en el subgrupo de rama izquierda (41,13 ± 4,01 a 46,5 ± 7,36%; p < 0,001), si bien el subgrupo de HBP presentaba una muestra pequeña. Además, la clase funcional de la NYHA mejoró de forma estadísticamente significativa (p < 0,001) con un 86,5% de los pacientes encontrándose en CF I-II (vs. 67,3% previo al implante).

**Conclusiones:** En pacientes con indicación de estimulación cardiaca antibradicardia y FEVI intermedia (35-50%) la estimulación del sistema específico de conducción consigue mejoría significativa de la FEVI y la clase funcional.

### 755/142. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SEGÚN LA EDAD EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ANDALUZA

María Esperanza Donoso Muñoz<sup>1</sup>, Helena Llamas Gómez<sup>1</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup>, Rosa Macías Ruiz<sup>2</sup>, María José Romero Reyes<sup>3</sup>, Noemí González Cruces<sup>4</sup>, Ana María González González<sup>5</sup>, Gregorio Soto<sup>6</sup>, Miguel Barranco Gutiérrez<sup>1</sup> y Lidia Rodero Barcos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Melilla, Melilla. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>6</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la miocardiopatía familiar más frecuente, pero hasta ahora no existían terapias que modificaran su fisiopatología y la evidencia científica de los fármacos tradicionalmente utilizados es escasa, lo que podría provocar diferencias en cuanto al tratamiento en función de algunos factores. Analizamos las características de una cohorte multicéntrica de pacientes con MCH comparando los tratamientos utilizados en función de la edad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en el que analizamos el tratamiento de dos grupos de edad de pacientes con MCH ( $\leq 45$  años vs.  $> 45$  años) de 6 Unidades de Cardiopatías Familiares de nuestra comunidad incluidos entre enero 2021 y febrero 2024.

**Resultados:** Se incluyeron 622 pacientes con MCH, 61,5% varones y edad media  $52,85 \pm 15,19$  años (69,7%  $> 45$  años). El 77% recibieron algún tratamiento, siendo el 73,5% de ellos  $> 45$  años. De los tratados, el gradiente obstructivo medio fue similar ( $37,85$  mmHg  $\leq 45$  vs.  $39,77 > 45$ ). Los  $< 45$  estaban más frecuentemente en NYHA I (47,6%) y los  $> 45$  en NYHA II (52,5%). Los betabloqueantes (BB) fueron los fármacos más utilizados en  $\leq 45$  años (55,4% vs. 39,3%). Los calcioantagonistas (ACA) y la disopiramida fueron más frecuentemente prescritos en  $> 45$  años (9,5% vs. 5,1% y 9% vs. 5,1%, respectivamente). El efecto adverso más frecuente en ambos grupos fue bradicardia e hipotensión (9%). En  $> 45$  destaca, además, el empeoramiento de clase funcional (2,2%). Ambos grupos estaban anticoagulados en proporción similar (10,8%  $\leq 45$  vs. 12,9%  $> 45$ ), siendo los anticoagulantes directos los más usados. Solo hubo 13 ablaciones septales con alcohol, 12 en  $> 45$ , y 27 miectomías, 20 en  $> 45$ . El implante de marcapasos fue más frecuente en pacientes mayores (6,2 vs. 0,6%) y el de DAI en menores (19,8% vs. 7,7%).

**Conclusiones:** A pesar de un gradiente obstructivo similar, en nuestra cohorte la clase funcional empeora con la edad. En pacientes  $> 45$  años los BB se utilizan en poco más de un tercio, siendo más frecuente el uso de ACA y disopiramida. Los procedimientos invasivos se realizan más en pacientes mayores, lo que pudiera relacionarse con peor respuesta al tratamiento médico. El riesgo de muerte súbita es mayor en los jóvenes, con mayor implante de DAI.

### 755/143. CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA CANDIDATOS A TRATAMIENTO CON MAVACAMTEN

Miguel Barranco Gutiérrez<sup>1</sup>, Helena Llamas Gómez<sup>1</sup>, David Grimaldos Parra<sup>1</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>1</sup>, María Esperanza Donoso Muñoz<sup>1</sup>, Rosa Macías Ruiz<sup>2</sup>, María José Romero Reyes<sup>2</sup>, Ana María González González<sup>3</sup>, Gregorio Soto<sup>4</sup> y Noemí González Cruces<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>4</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Melilla, Melilla.

**Introducción y objetivos:** El ensayo EXPLORER-HCM en fase III evaluó la eficacia y seguridad de mavacamten (un inhibidor de la miosina cardíaca) en miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO), demostrando una mejoría de clase funcional, obstrucción en tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y calidad de vida. Analizamos una cohorte multicéntrica de pacientes con MCH y seleccionamos y describimos aquellos que cumplen criterios de inclusión en EXPLORER-HCM.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 647 pacientes con MCH de 6 Unidades de Cardiopatías Familiares de nuestra comunidad reclutados entre enero 2021 y marzo 2024. Analizamos cuántos pacientes cumplían criterios de inclusión en EXPLORER-HCM: edad  $> 18$  años, gradiente TSVI  $\geq 50$  mmHg, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)  $\geq 55\%$  y clase funcional NYHA II-III, y describimos sus características.

**Resultados:** De los 647 pacientes incluidos (61% varones, edad media  $63 \pm 14$  años), 145 (22% casos) cumplían criterios de inclusión de EXPLORER-HCM para tratamiento con Mavacamten. El 53% eran varones, edad media de  $58 \pm 13$  años (38,6%  $\geq 65$  años). La mayoría se encontraban en clase funcional II (73% casos); la FEVI media era  $66,3 \pm 7,2\%$  (89,8%  $< 75\%$ ), el gradiente en TSVI  $84,3 \pm 31,1$  mmHg y el grosor máximo  $20,2 \pm 4,4$  mm. La mayoría presentaban movimiento sistólico anterior de mitral (84% casos) además de insuficiencia mitral asociada (88% casos). El 22,1% tenían estudio genético positivo, el 15,2% tenían variantes de significado incierto y el estudio fue negativo en el 42,1% de los casos. En los casos con estudio positivo, predominaron las mutaciones en MYH7 (42%) MYBPC3 (35,5%) y TNNT2 (6,4%).

**Conclusiones:** Casi un cuarto de los pacientes de nuestra cohorte cumple criterios para tratamiento con mavacamten, por lo que podrían beneficiarse del primer fármaco cuya diana terapéutica es el mecanismo fisiopatológico de la enfermedad, mejorando situación clínica y calidad de vida.

### 755/144. SEGUIMIENTO CARDIOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TRASTUZUMAB EN UN HOSPITAL TERCIARIO. ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS?

Álvaro Roldán Guerra, Fátima Esteban Martínez, Martín Ruiz Ortiz, Nerea Aguayo Caño, Lucas Javier Barreiro Mesa, Cristina Urbano Sánchez, Mónica Delgado Ortega, Ana María Rodríguez Almodóvar, Elías Romo Peñas y Rafael González Manzanares

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** Las guías de práctica clínica recomiendan un seguimiento estrecho mediante técnicas de imagen en pacientes en tratamiento con trastuzumab, con no menos de 4-5 estudios anuales. Sin embargo, se desconoce cuál es el grado de aplicación de estas recomendaciones. Nuestro objetivo fue investigar en vida real el seguimiento cardiológico de los pacientes tratados con trastuzumab, además de caracterizar el perfil clínico de esta población, las pruebas de imagen realizadas y la incidencia de cardiotoxicidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con trastuzumab en un hospital terciario durante 2022. Las historias clínicas fueron revisadas entre marzo y septiembre de 2023. Se recogieron variables clínicas y de tratamiento; y se analizó el riesgo de cardiotoxicidad, el número de pruebas de imagen realizadas y los eventos de cardiotoxicidad.

**Resultados:** Se analizaron un total de 170 pacientes (edad media 57 años ( $\pm 12$  años, 97% mujeres), la mayoría con cáncer de mama (95,3%). El 21,8% de los individuos presentaban riesgo bajo para cardiotoxicidad, 49,4% moderado, 15,9% alto y 12,9% muy alto de cardiotoxicidad. Tras una mediana de seguimiento (tiempo de tratamiento) de 13 meses (p25-75 10-16 meses), se realizaron una mediana de 1,7 (p25-75 0,9-2,8) pruebas de imagen/año, sin diferencias significativas por grupos de riesgo. La técnica de imagen cardíaca más frecuen-

temente realizada fue el ecocardiograma, pero más de un tercio de las pruebas fueron ventriculografías isotópicas. En cuanto a eventos de cardiotoxicidad, el 3,5% de los pacientes presentaron disfunción ventricular *de novo* en el seguimiento, predominando de manera significativa en aquellos pacientes con muy alto riesgo de cardiotoxicidad (18,5%, 0%, 2,4%, y 0% en muy alto, alto, moderado y bajo riesgo, respectivamente;  $p = 0,001$ ). El 0,6% de los individuos precisaron de ingreso por insuficiencia cardiaca, perteneciendo todos ellos al grupo de muy alto riesgo (4,5% del grupo;  $p = 0,08$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, la mayoría de los pacientes tratados con trastuzumab tienen un riesgo bajo o intermedio de cardiotoxicidad, se realizaron menos de 2 pruebas de imagen por paciente/año y la incidencia de disfunción ventricular e ingreso por insuficiencia cardiaca fue significativamente mayor en el grupo de muy alto riesgo de cardiotoxicidad.

#### 755/145. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PRONÓSTICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA PREVIA REDUCIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA

Miriam Gordillo Sánchez-Jurado<sup>1</sup>, Raúl López Aguilar<sup>1</sup>, Pedro A. Pájaro Merino<sup>1</sup>, Irene Díaz Díez<sup>2</sup>, Fernando Fernández Girón<sup>2</sup>, Sonia Cruz Muñoz<sup>2</sup> y Antonio Enrique Gómez Menchero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** La asociación entre insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida y enfermedad renal crónica (ERC) demuestra tener un peor pronóstico en pacientes que, además, son sistemáticamente excluidos de los ensayos clínicos con fármacos pronósticos, situación que les niega la posibilidad de tratamiento o induce a usarlos fuera de ficha técnica con dudas en su seguridad. Nos planteamos valorar en estos pacientes la seguridad del uso de estos fármacos.

**Métodos:** Análisis descriptivo de una serie consecutiva de pacientes valorados en nuestra Unidad Cardiorrenal con IC y ERC avanzada (FGe < 30 ml/min), entre octubre 2021-junio 2023.

**Resultados:** Han sido valorados 35 pacientes con este perfil, edad media  $68,92 \pm 9,22$  años, 68,5% varones, 97,1% HTA, 65,7% diabéticos, cardiopatía isquémica previa 80%, 37,1% con dispositivos implantados previamente. Con ERC estadio G4 65,7% y G5 (FGe < 15) 22,9% (estando 8 pacientes en hemodiálisis). FEVI media  $37,53 \pm 9,51\%$ . Se encontraban en clase funcional I el 11,4%, 62,9% II y en CF III 25,7%. En los 12 meses previos hubo una media de  $1,33 \pm 1,83$  asistencias a Urgencias, con una media de  $0,79 \pm 1,06$  ingresos. Basalmente media Cr  $3,89 \pm 2,4$  mg/dl, FGe  $18,71 \pm 7,59$  ml/min, K<sub>4</sub> $87 \pm 0,6$  mEq/dl, proBNP  $10.571 \pm 14.699$  pg/ml. Tratamiento basal: ARNI 75% + IECA-ARA II 6,3%, betabloqueantes 90,6%, ARM 28,1%, iSGLT2 25%, quelantes de potasio 18%. En el seguimiento se consiguió pautar ARNI en 89,5% de los pacientes (62,5% dosis  $\geq 49/51$  mg) betabloqueantes 89,5%, ARM 52,6% (38,9% dosis 25 mg), iSGLT2 63,2%, quelantes de potasio 57,9%. El número medio de visitas urgencias al año de seguimiento fue  $0,44 \pm 0,511$ . En cuanto a los ingresos hubo una media de  $0,32 \pm 0,478$ , sin visitas extra. En el seguimiento a nivel analítico Cr  $3,5 \pm 2,44$  mg/dl, FGe  $20,89 \pm 9,79$  ml/min, K<sub>4</sub> $73 \pm 0,51$  mEq/dl, proBNP  $8.454,5 \pm 10.513$  pg/ml. En el seguimiento hubo una mejora de CF a clase funcional I el

27,8%, 61,1% II y en CF III 11,1%. No hubo ingresos ni visitas urgentes por hiperpotasemia o necesidades dialíticas. Hubo 5 pérdidas por exitus en el seguimiento, 3 por IC.

**Conclusiones:** Los pacientes con IC con FEVI y ERC son un grupo complejo en los que, manejados en un ámbito de seguridad como una Unidad Cardiorrenal, es posible el uso de tratamientos pronósticos como ARNI, ARM e iSGLT2, con buen perfil de seguridad sin episodios de hiperpotasemia ni necesidad de retirada de la medicación. Es preciso evaluarlo en cohortes mayores y con un periodo de tiempo mayor.

#### 755/146. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS

Álvaro Roldán Guerra<sup>1</sup>, Lucas Javier Barreiro Mesa<sup>1</sup>, Nerea Aguayo Caño<sup>1</sup>, Cristina Urbano Sánchez<sup>1</sup>, Manuel Anguita Sánchez<sup>1</sup>, Javier Moya González<sup>2</sup>, Mónica Delgado Ortega<sup>1</sup>, Ana María Rodríguez Almodovar<sup>1</sup>, Martín Ruiz Ortiz<sup>1</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Unidad de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La endocarditis infecciosa (EI) se trata de una patología grave que conlleva importantes tasas de complicaciones graves y de mortalidad. Por otra parte, el implante de dispositivos eléctricos (marcapasos, DAI y TRC) ha ido aumentando en los últimos años, siendo uno de sus principales eventos adversos las infecciones asociadas a la técnica. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial de la EI según se asociase a dispositivos eléctricos y su impacto pronóstico.

**Métodos:** Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de EI en nuestro centro desde 1987 hasta 2022. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes con EI no asociada a dispositivos eléctricos (Grupo 1) y aquellos que sí (Grupo 2). Se analizaron variables clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y terapéuticas, evaluándose el impacto pronóstico en términos de mortalidad.

**Resultados:** Se analizaron 569 pacientes, de los cuales 540 (94,9%) pertenecían al Grupo 1, mientras que 29 (5,1%), al segundo. La edad media era mayor en el Grupo 2 ( $65,1$  años  $\pm 12,9$  vs.  $55,7 \pm 18,7$ ;  $p = 0,011$ ) con predominio de sexo masculino en ambas poblaciones (67,5% de manera global). Los pacientes del Grupo 2 presentaron mayor proporción de infecciones por *estafilococo aureus* (48,3% vs. 19,7%;  $p < 0,001$ ) y *estafilococo epidermidis* (34,5% vs. 15,6%;  $p < 0,001$ ); de endocarditis nosohusiales (56,5% vs. 20,9%;  $p < 0,001$ ); y de cardiopatía subyacente (89,7% vs. 67,3%;  $p = 0,012$ ). Por otro lado, estos pacientes sufrieron mayor proporción de afectación de válvula tricúspide (18,2% vs. 81,8%;  $p < 0,001$ ). En cuanto al abordaje, dentro de este grupo se evidenció mayor porcentaje de cirugía (75,9% vs. 52,7%;  $p = 0,015$ ). Por otro lado, los pacientes del Grupo 1 presentaron mayor prevalencia de complicaciones cardiacas (51,5% vs. 25,7%;  $p = 0,003$ ) y del sistema nervioso central (17,2% vs. 2,9%;  $p = 0,29$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto a hallazgos ecográficos de imágenes compatibles con EI. Tampoco relativas a complicaciones graves ni mortalidad precoz, tardía o total.

**Conclusiones:** La endocarditis infecciosa sobre dispositivos eléctricos se asocia a mayor prevalencia de estafilococos, de cardiopatía subyacente y a menor afectación de cavidades izquierdas del corazón, recurriéndose en mayor medida a cirugía. Esta entidad no implica peor pronóstico en cuanto a complicaciones graves ni mortalidad.

### 755/147. PERFIL DE PACIENTES TRATADOS CON PATISIRÁN EN UNA COHORTE ANDALUZA DE AMILOIDOSIS CARDIACA TTR

Luis García Rodríguez<sup>1</sup>, Fernando Gavilán Domínguez<sup>2</sup>, Nerea Aguayo Caño<sup>3</sup>, Candy Ceballos Gómez<sup>4</sup>, María José Valle Caballero<sup>5</sup>, Pedro Cabeza Láinez<sup>6</sup>, Ana Manovel Sánchez<sup>7</sup>, Ana María González González<sup>8</sup>, María Luisa Peña Peña<sup>2</sup> y María Dolores Mesa Rubio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>6</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>8</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** Patisirán es un fármaco ARN interferente aprobado para tratar la polineuropatía por amiloidosis por transtiretina hereditaria (ATTRh), reduciendo los niveles séricos de TTR y mejorando la neuropatía y la calidad de vida (estudio APOLLO). También mostró efectos a nivel cardiovascular, con mejoría estructural, bioquímica y funcional. El objetivo de este estudio es describir la población de pacientes de una cohorte tratados con patisirán.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de ATTR (por biopsia o gammagrafía) con afectación cardiaca entre el 2010 y el 2024 procedentes de 10 hospitales de Andalucía.

**Resultados:** Se incluyó a 75 pacientes con diagnóstico de ATTR, siendo 60 (80%) de ellos varones, con una edad media al diagnóstico de  $71 \pm 12$  años, 63% wild-type y mediana del tiempo entre inicio de sintomatología y diagnóstico de ATTR de 1,64 (RIC 0,025-18,25) años. En los 12 (16%) pacientes tratados con patisirán la edad media al diagnóstico fue de  $62,9 \pm 6,9$  años, siendo 10 (83,3%) de ellos varones. La sintomatología cardiológica principal fue la disnea, manifestándose en el 66,7% del subgrupo, con clase funcional II-III en el 58,3% de los pacientes. Presentaban un grosor miocárdico máximo de  $18,5 \pm 3,5$  mm (frente a  $17 \pm 3$  mm del resto de la cohorte) y FEVI de  $60,1 \pm 10,4$ . La mutación genética más frecuente hallada fue Val50Met, estando presente en 7 (58%) de los pacientes. El NT-proBNP basal de este subgrupo fue de  $1.364 \pm 1.352$  pg/ml.

**Conclusiones:** El grupo tratado con patisirán tuvo diagnóstico de ATTRh a edad más temprana y presentaba limitación funcional ligera. También mostraba espesores ventriculares aumentados en grado grave, FEVI conservada y manifestó Val50Met como mutación más frecuente.

### 755/148. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA

Angie Tatiana Ariza Mosquera<sup>1</sup>, Gerardo Moreno-Terribas<sup>2</sup>, Fernando Sabatel-Pérez<sup>2</sup>, Teresa Gil-Jiménez<sup>2</sup>, Manuel López-Pérez<sup>2</sup>, Ana Guerra-Librero<sup>3</sup> y Juan Caballero-Borrego<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>3</sup>Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO), Granada.

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es una opción no farmacológica para la prevención de eventos cardioembólicos en pacientes con fibrilación auricular con riesgo elevado de ictus y contraindicación para anticoagulación por sangrado o ictus recurrente a pesar de correcta anticoagulación.

**Métodos:** Describimos nuestra serie de pacientes en el Hospital Universitario San Cecilio desde junio de 2020 hasta diciembre de 2023, con indicación de cierre percutáneo de orejuela izquierda por fibrilación auricular no valvular y sangrado previos clínicamente relevantes o ictus recurrentes a pesar de correcta anticoagulación.

**Resultados:** En total hubo 46 pacientes que fueron seleccionados y a los que se les completó estudio con ecocardiografía transesofágica y tomografía cardiaca. El dispositivo más utilizado fue WATCHMAN TM. La edad media de los pacientes era de  $74,28 \pm 10$ , sexo masculino del 56%, presentaban alto riesgo trombotico y hemorrágico medido por escalas como CHA2VASC2 de  $4,48 \pm 1,4$  y HASBLED de  $3,7 \pm 0,99$ . La indicación principal para CPOI fue sangrado previo en el 71%. El 89% de los pacientes presentaban anticoagulación previa, de los cuales el 68% tenían anticoagulantes orales. En cuanto a las complicaciones agudas solo se presentaron en 3 pacientes (6%), y en el seguimiento a los 3 meses la principal complicación observada fue trombo en el dispositivo en el 4,3%, de los cuales se habían tratado posterior al CPOI con aspirina más clopidogrel en el 4%. No hubo ninguna complicación mayor relacionada con el implante del dispositivo.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sostienen que el cierre percutáneo de orejuela izquierda es una estrategia segura, con baja tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento y reducción de las complicaciones en el seguimiento propias de la anticoagulación. Si bien es cierto que en nuestra serie observamos trombosis del dispositivo en un 6%, esto podría estar relacionado con suspender la anticoagulación posterior al implante y mantener como estrategia doble antiagregación con aspirina más clopidogrel.

### 755/149. CONTROL LIPÍDICO CON INHIBIDORES DE LA PROPROTEÍNA-CONVERTASA SUTILISINA/KEXINA DE TIPO 9 EN DIABÉTICOS

Leidy Serrao Faria<sup>1</sup>, Miriam Auxiliadora Martín Toro<sup>1</sup>, Beatriz Calvo Bernal<sup>1</sup>, Ana Isabel Jiménez Millán<sup>2</sup>, Francisco José Morales Ponce<sup>1</sup> y Manuel Santiago Herruzo Rojas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Es frecuente el uso de iPCSK9 en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular que no alcanzan objetivos de LDL con estatinas en combinación con ezetimiba; sin embargo no está descrito su papel en los diabéticos. Objetivo: En pacientes diabéticos tratados con iPCSK9 describir las diferencias en el control lipídico y su repercusión clínica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 121 pacientes que iniciaron tratamiento con iPCSK9 desde enero/2016 hasta diciembre/2021.

**Resultados:** Un 33,9% eran diabéticos (41), 29,26% mujeres (12), edad media de diabéticos:  $65,51 \pm 10,3$  años y no diabéticos  $60,68 \pm 8,5$  años, eran hipertensos el 90% de los diabéticos y 48,8% de los no diabéticos, como factor de riesgo el tabaquismo y extabaquismo estaba presente un 61,9% de diabéticos y en un 63,7% de no diabéticos. Seguimiento  $35,8 \pm 16,5$  meses. Recibieron evolocumab un 69,4%, alirocumab 75 mg: 7,3%, alirocumab 150 mg: 3,3%. Evento cardiovascular previo en 95,1% diabéticos y 80% de no diabéticos con diferencias significativas entre ambos ( $p = 0,03$ ). Media de cLDL previo inicio de iPCSK9 en diabéticos ( $120,85 \pm 31$  mg/dl) y no diabéticos ( $159,36 \pm 61$  mg/dl) ( $p < 0,001$ ). Tratamiento previo con estatinas de alta potencia:

65,9% (diabéticos) vs. 51,2% (no diabéticos), ezetimiba en diabéticos: 61% vs. 58,8% no diabéticos, sin diferencias estadísticas significativas. Intolerancia a estatinas: diabéticos: 41,5% y no diabéticos: 56,3%, sin diferencias significativas. Al año de tratamiento, cLDc: diabéticos  $50,29 \pm 31,7$  mg/dl, no diabéticos  $76,45 \pm 51,5$  mg/dl ( $p = 0,01$ ), sin objetivarse diferencia estadísticamente significativa en la reducción total de cLDL:  $57,13 \pm 42,7$  mg/dl en diabéticos vs.  $91,5 \pm 52,7$  mg/dl no diabéticos ( $p = 0,46$ ), independientemente del tipo de iPSK9 empleado. Un 22% de eventos cardiovasculares ocurrieron en diabéticos vs. un 10% en no diabéticos durante el seguimiento, sin diferencias significativas ( $p = 0,07$ ). El 9,8% diabéticos suspendieron el tratamiento con iPCSK9 al año vs. 15% no diabéticos, sin diferencias significativas ( $p = 0,4$ ).

**Conclusiones:** Con iPCSK9 se han obtenido reducciones de cLDL > 50% de forma global, sin existir diferencias significativas en la reducción total de cLDL al año de tratamiento.

### 755/150. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON HIPERLIPOPROTEÍNA (A) QUE INGRESAN POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ANÁLISIS DE NUESTRO MEDIO

María Auxiliadora Martín Toro, Beatriz Calvo Bernal, Candela Clara González Vicario, Fernando Candanedo Ocaña, José Javier Sánchez Fernández, Francisco José Morales Ponce y Manuel Santiago Herruzo Rojas

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

**Introducción y objetivos:** La lipoproteína (a) (Lp(a)) es un complejo macromolecular lipídico que se asemeja al cLDL. Las concentraciones elevadas de Lp(a) se asocian con un mayor riesgo de enfermedad aterosclerótica y estenosis aórtica. Actualmente no se modifica con farmacoterapia pero su determinación contribuye a la reestratificación del riesgo cardiovascular. Este estudio tiene como objetivo describir las características basales de los pacientes con hiper-Lp(a) ingresados tras un síndrome coronario agudo (SCA), así como la aparición de eventos cardiovasculares en el seguimiento a corto plazo.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de casos consecutivos en el que se incluyó a todos los pacientes que ingresaron entre julio y diciembre de 2022 en nuestro centro por un SCA, comparando los pacientes que presentaron valores de Lp(a) normal y elevados ( $\geq 50$  mg/dl), realizándose un seguimiento clínico de la muestra completa hasta febrero de 2024.

**Resultados:** N = 189. El 39,7% (75 pacientes) presentaban Lp(a) > 50 mg/dl (media  $49,4 \pm 47$  mg/dl) con edad media  $64,5 \pm 13,6$  años, 30,7% mujeres, 68% HTA, 42,7% DM2, 57,3% dislipemia, 37,3% fumadores y 28% exfumadores. AP de fibrilación auricular (FA): 17,3%, SCC: 38,7% y estenosis aórtica (EAO): 17,3% (moderada 23,1% y 53,8% grave). Tipo de SCA: 25,3% angina inestable, 45,3% IAMSEST y 29,3% IAMCEST. Revascularización percutánea: 83,6%, completa: 72,5%. 60% FEVI conservada. Media cLDL  $93,9 \pm 39,5$  mg/dl, cHDL medio  $36,4 \pm 10,2$  mg/dl, TG  $155,4 \pm 139,9$  mg/dl. HbA1c  $6,4\% \pm 1,4\%$ . Se calculó el índice CT/HDL: > 3 en el 84,5% y TG/HDL: > 2 en el 87,2%. En el seguimiento el 8,1% presentó un nuevo SCA, 1,4% FA de novo, muerte CV 4% y no CV 2,7%. Los valores elevados de Lp(a) se relacionaron de forma estadísticamente significativa con mayor prevalencia de AP de tabaquismo ( $p = 0,034$ ) y de FA ( $p = 0,014$ ) así como de EAO ( $p = 0,049$ ). Se observa una tendencia estadística con el antecedente de síndrome coronario crónico (SCC) ( $p = 0,073$ ). En cuanto al resto de los factores analizados, no se obtuvieron diferencias significativas entre ambas poblaciones en las características basales, así como en el seguimiento a corto plazo.

**Conclusiones:** En nuestro estudio un alto porcentaje de pacientes que ingresan por un SCA presenta hiper-Lp(a), observándose asociación entre Lp(a) elevada con estenosis aórtica, fibrilación auricular y una tendencia a la significación en el antecedente de síndrome coronario crónico, sin diferencias en el seguimiento a corto plazo en eventos cardiovasculares.

### 755/151. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTANEA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA

Carlos Sánchez Sánchez, José Alejandro Claros Ruiz, Leopoldo Fernández Ruz, Rosa María Barrios Campos y Cristóbal Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La disección coronaria espontánea es una causa rara de síndrome coronario agudo. Las series que han evaluado esta enfermedad no son muy extensas y aún existen lagunas en la evidencia.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en vida real. Evaluamos la población dada de alta de nuestro hospital que ingresó por disección coronaria espontánea entre 2014 y 2024. Se recopiló información de 40 pacientes y reunimos todos los datos que concernían a esta patología. Posteriormente evaluamos entre todos estos datos si existían diferencias entre el grupo al que se le realizó intervención coronaria percutánea o manejo conservador.

**Resultados:** El 90% de los pacientes fueron mujeres y la mediana de edad fue 53 años. La distribución de los factores de riesgo fue similar en ambos grupos. El 50% de los casos debutaron con SCASEST seguido del 48% de SCAGEST. La coronaria descendente anterior fue la rama más afectada, el 17% requirió IVUS u OCT para evaluar la lesión y el 60% de ellos fueron tipo II. La mediana de días de ingreso fue de 5. En cuanto al tratamiento al alta, la diferencia fue significativa a nivel de antiagregación, el 45% recibió doble antiagregación, la mayoría durante un año. La mayoría de los pacientes recibieron IECA/ARAI, betabloqueantes y estatinas. Posteriormente, solo el 7% de los pacientes durante el seguimiento presentaron un síndrome coronario agudo, el 95% mantuvo una fracción de eyección superior al 50%. En el grupo de pacientes que recibieron intervención coronaria percutánea el 85% de los pacientes tuvo una lesión en el tronco principal izquierdo o en la coronaria descendente anterior proximal. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el grupo sometido a ICP con respecto al manejo conservador en cuanto a factores de riesgo cardiovascular previo al evento, complicaciones durante el procedimiento, fracción de eyección al alta hospitalaria, segmentariedad en la ecocardiografía o síndromes coronarios durante el seguimiento.

**Conclusiones:** En nuestro estudio hemos observado que aquellos pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea no tienen por qué tener peor evolución o secuelas que aquellos pacientes tratados con manejo conservador, si su realización está indicada, manteniéndose este segundo como el tratamiento de elección.

### 755/152. INNOVACIÓN METODOLÓGICA EN LA DOCENCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL GRADO DE MEDICINA

Amadeo José Wals Rodríguez, Cristina Fabiano Carmona, Rubén Fernández Carrillo y Nieves Romero Rodríguez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** Los médicos recién graduados, al comenzar sus programas de residencia, presentan carencias en conocimientos necesarios para abordar con confianza la interpretación e informar un electrocardiograma (ECG). El objetivo es evaluar la eficacia de una estrategia educativa innovadora para fortalecer las habilidades de interpretación del ECG entre los estudiantes de medicina.

**Métodos:** Estudio de cohortes aleatorizado estratificado para los grupos experimental y control. Ambos grupos recibieron una clase magistral de ECG al inicio del estudio. El grupo experimental recibió diariamente un ECG relacionado con un caso clínico a través de las plataformas «Telegram» y «Microsoft Forms» durante 20 días. Se realizó una comparación de los resultados obtenidos por ambos grupos al inicio y al final del experimento.

**Resultados:** El refuerzo diario durante el estudio del ECG tiene un impacto positivo en los resultados académicos (experimental 7,00 [IQ: 5,00-8,00] vs. control 3,00 [IQ: 1,00-5,00];  $p < 0,001$ ). El grupo experimental mejora los resultados respecto al examen inicial, mientras que los del grupo control, los empeoran (experimental inicial 5,00 [IQ: 4,00-6,00] vs. experimental final 7,00 [IQ: 5,00-8,00];  $p < 0,001$ ; control inicial 5,00 [IQ: 4,00-6,00] vs. control final 3,00 [IQ: 1,00-5,00];  $p < 0,001$ ). La intervención tuvo buena acogida entre los participantes del grupo experimental.

**Conclusiones:** El refuerzo diario de los conocimientos adquiridos en las clases magistrales resulta positivo para mejorar el rendimiento académico de cara al estudio del ECG. Podría considerarse su futura implantación como modelo de enseñanza.

### 755/153. VALOR PRONÓSTICO DEL USO COMBINADO DE LOS BIOMARCADORES NT-PROBNP Y CA125 EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA

Jesús Alberto Torres Zamudio, Laura Calvo Gutiérrez, Rafael Iglesias López, Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Rafael González Manzanares, Diana Ladera Santos, Laura Velarde Morales, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La congestión es el hallazgo cardinal en el paciente con insuficiencia cardiaca. Para diagnosticarla y cuantificarla poseemos una gran variedad de herramientas, entre las que se encuentran fundamentalmente los biomarcadores. El BNP/NT-proBNP y CA125 además de ser biomarcadores de congestión están relacionados con el pronóstico en la insuficiencia cardiaca. El objetivo del estudio es demostrar en nuestra cohorte de pacientes el valor pronóstico del uso combinado de ambos biomarcadores en relación con la mortalidad y los reingresos por insuficiencia cardiaca.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, ingresados entre febrero de 2017 y septiembre de 2020. Los puntos de corte establecidos para ambos biomarcadores fueron: NT-proBNP  $> 1.000$  pg/ml y CA125  $> 35$  UI/ml. Se estratificaron cuatro grupos en función de los niveles de ambos biomarcadores y se relacionaron con el compuesto mortalidad y reingreso por insuficiencia cardiaca.

**Resultados:** Se incluyeron 138 pacientes, 105 (76%) eran varones, con una edad media de  $66 \pm 12$  años y con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo media del  $29 \pm 7\%$ . Al ingreso 12 (8,7%) pacientes presentaron niveles bajos de ambos biomarcadores con un total de 4 (6,5%) eventos; mientras que 50 (36,2%) pacientes tenían niveles altos de ambos biomar-

cares y se produjeron 31 (50%) eventos. Con una mediana de seguimiento de 62 meses, al finalizar el periodo ocurrieron 62 (44,9%) eventos (58 reingresos y 4 muertes). Los pacientes con valores altos de ambos biomarcadores presentaron una tasa estadísticamente significativa mayor de eventos durante el seguimiento ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida los niveles elevados de NT-proBNP y CA125 al ingreso se asociaron a un peor pronóstico en el combinado de mortalidad y reingresos por insuficiencia cardiaca.

### 755/154. ÁNGULO DE FASE COMO INDICADOR PREDICTIVO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA

Francisco José Rodríguez Velasco<sup>1</sup>, José Alberto Becerra Mejías<sup>2</sup>, Celia Redondo Rodríguez<sup>3</sup>, Luis Miguel Lara Godoy<sup>4</sup>, María Yuste Domínguez<sup>5</sup> y Guadalupe Gil Fernández<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz. <sup>2</sup>Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extremadura, Cáceres. <sup>3</sup>Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Extremadura, Badajoz. <sup>4</sup>Unidad de Enfermería Perfusionista, Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz. <sup>5</sup>Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardiaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz. <sup>6</sup>Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz.

**Introducción y objetivos:** La rehabilitación cardiaca tiene una influencia positiva en la calidad de vida de los pacientes cardiopatas. Recientemente, se ha sugerido la posible asociación entre el ángulo de fase y la calidad de vida de pacientes crónicos. El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre el ángulo de fase y la calidad de vida en pacientes sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal donde se aplicó un programa de rehabilitación cardiaca de 9 semanas en pacientes derivados a la unidad de Prevención y Rehabilitación Cardiaca del Área de Salud de Badajoz. Se determinó el ángulo de fase de los pacientes mediante bioimpedancia eléctrica al comienzo del estudio (T0), a las 5 semanas (T1) y a la finalización (T2) del programa de rehabilitación cardiaca. La calidad de vida fue medida mediante el cuestionario SF-36 (T0-T2) que presenta 8 dominios, en el que el dominio función física se relaciona con las limitaciones para realizar todo tipo de actividades físicas (vestirse, caminar, agacharse...). Para todas las pruebas estadísticas, el umbral de significación fue  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** La muestra estuvo constituida por 90 pacientes cardiopatas (83,33% varones) con una edad media de  $60,67 \pm 8,07$  años. La diferencia de medias para el [ángulo de fase] medido en T0 y T2 fue de  $0,05 \pm 0,21$  ( $p = 0,026$ ). Se observa una correlación lineal positiva entre el [ángulo de fase] y la dimensión [función física] en T0 y T2, respectivamente ( $r = 0,292$ ,  $p = 0,005$ ;  $r = 0,289$ ,  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** El ángulo de fase presenta relación con la dimensión «función física» del SF36, proponiéndose como un indicador predictor objetivo en la valoración de la calidad de vida (función física) en pacientes sometidos a programas de rehabilitación cardiaca, principalmente en aquellos que presenten dificultades en la cumplimentación de pruebas subjetivas. Este tipo de valoraciones puede proponerse dentro de las actividades de seguimiento de enfermería en el paciente cardiopata.

## 755/155. RELACIÓN DE LA FUERZA DE AGARRE, MASA LIBRE DE GRASA Y GRASA VISCERAL EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA

Francisco José Rodríguez Velasco<sup>1</sup>, José Alberto Becerra Mejías<sup>2</sup>, Celia Redondo Rodríguez<sup>3</sup>, Luis Miguel Lara Godoy<sup>4</sup>, María Yuste Domínguez<sup>5</sup> y Guadalupe Gil Fernández<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz. <sup>2</sup>Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extremadura, Cáceres. <sup>3</sup>Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Extremadura, Badajoz. <sup>4</sup>Unidad de Enfermería Perfusionista, Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz. <sup>5</sup>Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Badajoz, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz. <sup>6</sup>Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz.

**Introducción y objetivos:** La acumulación de grasa, principalmente en la región visceral, parece estar relacionada con un aumento en la probabilidad de desarrollar o agravar patologías cardíacas. El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre la fuerza de agarre, la masa libre de grasa y la grasa visceral de los pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal donde se aplicó un programa de rehabilitación cardíaca de 9 semanas en pacientes derivados a la Unidad de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Área de Salud de Badajoz. Se determinó la masa libre de grasa y la grasa visceral de los pacientes mediante bioimpedancia eléctrica, la estimación del dolor subjetivo mediante la dimensión del SF36, así como la fuerza de agarre de ambas manos mediante dinamometría (presión máxima) al comienzo (T0), a las 5 semanas (T1) y a la finalización (T2) del programa de rehabilitación cardíaca. Para todas las pruebas estadísticas, el umbral de significación fue  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** La muestra estuvo constituida por 90 pacientes cardiopatas (83,33% varones) con una edad media de  $60,67 \pm 8,07$  años. Se obtuvo una correlación lineal directa entre la [fuerza de agarre] en mano dominante y la [masa libre de grasa] ( $r = 0,607$ ,  $R^2 = 0,369$ ,  $p < 0,001$ ). Tras la introducción de la dimensión [dolor] y [grasa visceral], se obtuvo un modelo de regresión lineal ajustado ( $r = 0,688$ ,  $R^2 = 0,473$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La evolución de la masa libre de grasa y la grasa visceral a lo largo de un programa de rehabilitación cardíaca podrían tener una relación directa sobre la fuerza de agarre en mano dominante en pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca. La valoración de la fuerza de agarre se propone como un indicador indirecto de la progresión de la masa libre de grasa y la grasa visceral. La enfermería puede desarrollar programas que integren la valoración de la fuerza de agarre como método de estimación indirecto del estado de la masa libre de grasa y grasa visceral, con el objeto de minimizar los efectos nocivos que la grasa visceral pueda tener sobre la evolución de la recuperación cardíaca.

## 755/156. INCIDENCIA ELEVADA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES GRAVES AL MES DEL ALTA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿ES POSIBLE EVITARLOS?

Javier Herrera Flores

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) es la principal causa de morbilidad-mortalidad en el mundo. Un porcentaje elevado de los pacientes con ECVA presenta reingresos frecuentes debido a un mal control de los factores de riesgo cardiovascular y en concreto, de la hipercolesterolemia. Ante ello, nos hemos propuesto evaluar las causas de reingreso por eventos cardiovasculares graves (ECVG) en el primer mes de seguimiento en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un síndrome coronario agudo (SCA).

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes dados de alta tras SCA en el servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023. Se realizó una consulta virtual para evaluar la aparición de ECVG (definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardíaca, reingreso por angina inestable [AI] o por revascularización no planeada) en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un SCA al mes del seguimiento.

**Resultados:** El porcentaje de eventos mayores cardiovasculares adversos (MACE) fue alto en la población de estudio, 4,9%. Se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo femenino para el grupo de ECVG ( $p = 0,029$ ). La presencia de diabetes mellitus tipo II fue significativamente menor en el grupo ECVG (3 vs. 149,  $p = 0,045$ ), así como el sobrepeso (5 vs. 210,  $p < 0,001$ ). No se detectaron diferencias significativas en cuanto a los perfiles lipídicos de ambos grupos. A pesar de que el grado de control del colesterol LDL en ambos grupos fue adecuado (66,8% vs. 68,3%,  $p = 0,721$ ), no se identificaron diferencias significativas.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con SCA, el porcentaje de ECVG al mes del seguimiento fue alto (4,9%) respecto a lo esperado según las series habituales, siendo las diferencias en cuanto al sexo, la presencia de DM tipo 2 y sobrepeso estadísticamente significativas respecto al grupo sin ECVG.

## 755/157. EFECTOS DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOBRE EL COLESTEROL REMANENTE

Javier Herrera Flores

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) se ha reducido de manera considerable. Sin embargo, la elevada tasa de recurrencias de nuevos eventos isquémicos tras el alta hace necesario optimizar las medidas de prevención secundaria en estos pacientes. Entre estos objetivos, se ha propuesto conseguir unas cifras de colesterol remanente (RC) en ayuno menores de 30 mg/dl. Ante ellos, nos hemos propuesto evaluar las diferentes fracciones lipídicas en el primer mes de seguimiento en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un SCA.

**Métodos:** Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes dados de alta tras SCA en el servicio de Cardiología de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023. Se realizó una consulta virtual para evaluar las diversas fracciones lipídicas, incluyendo Lp(a), ApoB, No-HDL al alta y al mes del seguimiento.

**Resultados:** Se observó una reducción significativa en cuanto a los valores de las fracciones lipídicas tras el primer mes.

Aproximadamente, el 67% de los sujetos alcanzaron al mes de seguimiento los objetivos cLDL recomendados por las guías ESC 2023 sobre el SCA. Aunque los sujetos que experimentaron eventos mayores cardiovasculares adversos (MACE) tras el primer mes de seguimiento tuvieron niveles de colesterol remanente más elevados, esta asociación no fue significativa.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con SCA, tras el primer mes de seguimiento el grado de control del colesterol LDL (67%) fue adecuado según las últimas recomendaciones de las guías ESC 2023 sobre el SCA. Aunque los sujetos que presentaron MACE en el primer mes de seguimiento tuvieron niveles de colesterol remanente (RC > 30 mg/dl) más elevados, esta asociación no fue significativa.