

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Reunión Anual de la Sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología XXXI Reunión de la Sociedad Canaria de Cardiología

Las Palmas de Gran Canaria, 9-11 de mayo de 2019

COMUNICACIONES*

431/2. PREVALENCIA DE AORTOPATÍA BICÚSPIDE EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA VALVULAR EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS Y SEGUIMIENTO

L. Díaz-Chirón¹, M. Martín¹, M. Almendárez Lacayo¹, L. Gutiérrez de la Varga¹, I. Silva Conde², A. Alperi García¹, P. Flórez Llano¹, L. Martínez Fernández², R. Álvarez Cabo³ y C. Morís de la Tassa¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Servicio de Cardiología, Hospital San Agustín, Avilés.

³Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La válvula aórtica bicúspide es la cardiopatía congénita más frecuente, considerándose una aortopatía compleja. Analizar la prevalencia de afectación aórtica, método diagnóstico y tipo de cirugía en pacientes intervenidos de valvulopatía bicúspide en últimos 10 años.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional desde 2008-2017, recogiendo características clínicas y quirúrgicas de pacientes intervenidos por valvulopatía aórtica.

Resultados: Se registraron 68 pacientes, edad media 53 años (DS, 15) y 78% (n = 53) varones. FRCV: fumadores, 20,6% (n = 14), HTA, 39,7% (n = 27), DM, 13,2% (n = 9), DL, 38,2% (n = 26). EPOC, 2,9% (n = 2), insuficiencia renal, 2,9% (n = 2), enfermedad vascular periférica, 1,5% (n = 1), enfermedad arterial coronaria, 14,7% (n = 10), ictus, 2,9% (n = 2). Ninguno tenía enfermedad del tejido conectivo ni historia familiar. Seguimiento medio, 5,2 años (DS, 3,9). El motivo principal de intervención fue estenosis aórtica, 53,1% (n = 36), insuficiencia aórtica, 34,4% (n = 23) y válvula normofuncionante intervenidos por aortopatía, 12,5% (n = 9). Afectación aórtica en 46 pacientes (67,6%); raíz de aorta, 53,8% (n = 37) y aorta ascendente 13,8% (n = 9). Se realizó diagnóstico mediante ETT/ETE 98,5% siendo necesario TC en 1 paciente. La técnica quirúrgica empleada fue mayoritariamente recambio valvular, prótesis mecánica, 61,5% (n = 42) y prótesis biológica, 12,3% (n = 8). En 21,5% (n = 14) se realizó reparación valvular. Más de la mitad de los pacientes (55,4%) precisaron cirugía de

aorta concomitante. Reintervención, 12 pacientes por sangrado sin diferencias según tipo de intervención. Mortalidad intrahospitalaria, 4,6% (n = 3), seguimiento, 6 pacientes. Se consiguió información del seguimiento clínico 75% pacientes (n = 51), con evidencia de progresión aórtica en 7.

Conclusiones: Encontramos alta prevalencia de afectación aórtica. El ETT/ETE es la técnica diagnóstica fundamental y suficiente en la mayoría de los casos. Tras la cirugía la evolución es favorable y el seguimiento óptimo.

431/3. FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: FIBRILACIÓN AURICULAR EN ANGIOLOGÍA

P. Losada Mora¹, J. Carrillo Linares² y A. Garrido Castro³

¹Cardiología, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga. ²Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³Medicina Interna, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga.

Introducción: Analizar la tasa de mortalidad en los pacientes con fibrilación auricular (FA) que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Vascular (CV). **Métodos:** Análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban FA, conocida o no, y su mortalidad.

Resultados: Desde enero de 2011 hasta noviembre de 2014 se realizan 173 consultas desde CV a un equipo de Medicina Interna por diversas descompensaciones médicas acontecidas en los pacientes ingresados. Se detectó FA en 8, lo que corresponde al 5,78% de los descompensados. Su mortalidad fue del 75% (6 pacientes), siendo la mortalidad de los descompensados del 16,76%. Indicar que los 6 pacientes fallecidos presentaban a su vez diabetes e HTA.

Conclusiones: Aunque representan un pequeño% de pacientes, los pacientes con FA que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en CV presentan una mortalidad elevadísima, muy superior a la del subgrupo de descompensados. Estos datos, podrían sugerir como prioritaria una evaluación precoz y estrecho control de los pacientes de CV con FA, descontrolada o no, y otros factores de riesgo vascular, lo que podría ser beneficioso en términos de disminución de la mortalidad.

*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.

431/4. FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRAUMATOLOGÍA

P. Losada Mora¹, J. Carrillo Linares² y A. Garrido Castro³

¹Cardiología, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga. ²Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³Medicina Interna, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga.

Introducción: Analizar la tasa de mortalidad en los pacientes con fibrilación auricular (FA) que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban FA, conocida o no, y su mortalidad.

Resultados: Desde junio de 2008 hasta noviembre de 2014 se realizan 1486 consultas desde COT a un equipo de Medicina Interna y Cardiología por diversas descompensaciones médicas acontecidas en sus pacientes ingresados. Se detectó FA en 56, lo que corresponde al 3,77% de los descompensados. Su mortalidad fue del 7,14% (4 pacientes), siendo la mortalidad de los descompensados del 10,3%.

Conclusiones: Existe una baja tasa de FA en los pacientes admitidos en COT, ya que la prevalencia en el grupo de descompensados es incluso menor que la prevalencia total en nuestro medio (4,4%). Además, los pacientes con FA que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en COT presentan una mortalidad inferior a la del subgrupo de descompensados. Estos datos, parecen sugerir que no sólo la FA es poco prevalente en los pacientes de COT, sino que no existe una asociación relevante entre el antecedente de FA, descontrolada o no, y la mortalidad en este tipo de pacientes, al contrario de lo que ocurre en otras áreas quirúrgicas como Cirugía Vasculosa, donde la mortalidad de los pacientes con FA es elevadísima.

431/5. MORTALIDAD LIGERAMENTE SUPERIOR DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DIABETES ADMITIDOS EN TRAUMATOLOGÍA

P. Losada Mora¹, J. Carrillo Linares² y A. Garrido Castro³

¹Cardiología, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga. ²Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³Medicina Interna, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga.

Introducción: Analizar la tasa de mortalidad en los pacientes con DM que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban DM conocida y su mortalidad.

Resultados: Desde junio de 2008 a diciembre de 2014 se realizan 1.486 hojas de interconsulta a Medicina Interna, Cardiología, Nefrología y Endocrinología respecto a pacientes ingresados en el área de COT que han sufrido algún tipo de descompensación médica durante el ingreso. De estos pacientes, 437 (29,4%) presentaban antecedentes documentados de DM. Su mortalidad fue del 11,21% (49 pacientes), siendo la mortalidad de los descompensados del 10,3%.

Conclusiones: La DM es causa de descompensación médica en el 8,3% de los pacientes ingresados en COT. Uno de cada cuatro diabéticos conocidos presentó cifras anormales de glucemia. Los pacientes con antecedentes de DM, descompensada

o no, presentan una mortalidad ligeramente superior a la global de pacientes descompensados en esta área. Sugerimos que una evaluación precoz de las cifras de glucemia por parte de Cardiología, Nefrología, Endocrinología o Medicina Interna podría ser beneficiosa en términos de morbimortalidad.

431/6. MORTALIDAD LIGERAMENTE INFERIOR DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ADMITIDOS EN ANGIOLOGÍA

P. Losada Mora¹, J. Carrillo Linares² y A. Garrido Castro³

¹Cardiología, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga. ²Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³Medicina Interna, Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga.

Introducción: Analizar la tasa de mortalidad en los pacientes con HTA conocida que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Vasculosa y Angiología (CV).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban HTA conocida y su mortalidad.

Resultados: Desde febrero de 2011 a diciembre de 2014 se realizan 173 hojas de interconsulta a Medicina Interna, Endocrinología, Nefrología o Cardiología respecto a pacientes ingresados en el área de CV que han sufrido algún tipo de descompensación médica durante el ingreso. De estos pacientes, 139 (80,34%) presentaban antecedentes documentados de HTA. Su mortalidad fue del 15,1% (21 pacientes), siendo la mortalidad de los descompensados del 16,76%.

Conclusiones: 4 de cada 5 pacientes que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en CV tenían antecedentes de HTA. A pesar de esta elevadísima prevalencia, los pacientes con antecedentes de HTA, descompensada o no, presentan una mortalidad ligeramente inferior a la global de pacientes descompensados en esta área, contrariamente a la mortalidad observada en el mismo subgrupo de pacientes que presentan otros antecedentes vasculares (diabetes y fibrilación auricular). Una evaluación precoz de las cifras de TA y una estricta vigilancia a los pacientes con patología vascular concomitante que sufren alguna descompensación médica en CV, por parte de Cardiología, Nefrología, Endocrinología o Medicina Interna podría ser beneficioso en términos de morbimortalidad.

COMUNICACIÓN RETIRADA

COMUNICACIÓN RETIRADA

431/9. SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO Y RECURRENCIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON TROMBOSIS Y REESTENOSIS DEL STENT: REGISTRO DE 7 AÑOS

L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez, P. Flórez Llano, A. Martínez León, R. Álvarez Velasco, A. Adeba García, M. Vigil-Escalera Díaz, E. Capín Sampedro y J. Rozado Castaño

Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La trombosis del stent es una complicación asociada a una elevada mortalidad y morbilidad. Es más frecuente en varones, diabéticos y enfermedad coronaria multivaso. La longitud y número de stents son predictores de esta complicación.

Métodos: Revisamos todos los pacientes con trombosis y reestenosis del stent desde mayo de 2011 hasta diciembre de 2017.

Resultados: Incluimos 200 pacientes; 67,6 años. 75,5%, varones. 55,5%, reestenosis y 44,5%, trombosis. 65,5%, hipertensos, 36%, diabéticos, 56,5%, dislipémicos y 21%, fumadores activos. 35,1% de reestenosis tenían enfermedad de tres vasos y 38,5% de trombosis un vaso. 7% habían padecido ya un SCA por trombosis y 17%, una reestenosis. 18,5% portaban un stent intrastent. Las trombosis y reestenosis fueron más frecuentes en arteria DA (19,5% y 28,5%). 84,5% de trombosis fueron SCA-CEST, 13,5%, PCR. 48,3% de reestenosis fueron angina inestable y 22,8%, IAM no Q. 8% de mortalidad, más frecuente en trombosis (68,8%), que en reestenosis (31,2%). 81,3% primera semana. 12,5%, diabéticos y 7,23% de fumadores. 75% tenían enfermedad multivaso y 62,5%, portadores de más de un stent; 25% habían padecido trombosis previa. La media de edad fue 73,25. 19,4% padecieron un nuevo SCA; 66,6% en la misma arteria, DA y CD más frecuentes (45,8% y 25%).

Conclusiones: La mortalidad de trombosis del stent en nuestra serie fue mayor que en reestenosis, siendo más frecuente en diabéticos, con enfermedad multivaso y portadores de más de un stent. Un elevado número de pacientes habían presentado estenosis o trombosis del stent previamente. Se observó elevada tasa de recurrencia de SCA.

431/10. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES E INDICACIONES DE PACIENTES CON IMPLANTE DE MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO): EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

L. Gutiérrez de la Varga¹, L. Díaz-Chirón Sánchez², M. Almendárez Lacayo¹, A. Martínez León¹, P. Flórez Llano¹, A. Adeba García¹, R. Álvarez Velasco¹, M. Vigil-Escalera Díaz¹ y L. García Pérez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

²Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: La ECMO es una asistencia mecánica circulatoria con ventajas tales como el rápido inicio mediante canulación periférica o mejor tolerancia en pacientes críticos. En función de su canulación veno-venosa o veno-arterial está indicada en situaciones de shock cardiogénico o insuficiencia respiratoria, refractarios a otros tratamientos invasivos.

Métodos: Revisamos todos los pacientes con implante de sistema ECMO desde enero de 2015 a diciembre de 2017.

Resultados: Se recogieron 24 pacientes, con una edad media de 57,2 años, siendo el 83,3% varones. 25% eran diabéticos y 46%, hipertensos. 54,2% eran cardiopatas, de los cuales 25% estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica. Respecto a otras comorbilidades, 8,3% eran nefrópatas, 12,5% tenían alguna hepatopatía, 16,7%, alguna enfermedad hematológica y 8,3% eran EPOC. 79,17% estaban intubados y 66,7% eran portadores de un balón de contrapulsación. Se realizó coronariografía emergente en 37,5%, 88,9% de los cuales era patológica. Hasta en un 58,3% se documentó FEVI menor del 35% y en un 37,5% se documentaron HTP severa. La media de días desde el ingreso al implante fue 4,875. 45,8% ingresaron por shock cardiogénico; en un 29,17% fue por SCA, de los cuales el 12,5% padecía alguna complicación mecánica, CIV la más frecuente. 20,83% ingresaron de forma programada para cirugía; 29,17% por parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. En un caso se indicó por tormenta arrítmica.

Conclusiones: La mayoría de estos pacientes ingresaron por shock cardiogénico o tras una parada cardiorrespiratoria reanimada. Las enfermedades hematológicas y hepáticas fueron las principales comorbilidades. En menos de la mitad se implantó ECMO el primer día de ingreso.

431/11. COMPLICACIÓN TARDÍA DE COARTACIÓN AÓRTICA CORREGIDA

L. Anmad Shihadeh¹, A. Iriarte-Plasencia¹, J. Llanos-Gómez², A. Fariña-Ruiz³, P. Couto-Comba¹, A. Laynez-Carnicero⁴, J. Poncela⁴, R. Pimienta-González⁵, J. Grillo Pérez¹ y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Radiología, Sección de Tórax; ³Servicio de Cardiología, Sección de Congénitas; ⁴Servicio de Cardiología, Sección de Imagen; ⁵Servicio de Cardiología, Sección de Hemodinámica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Una de los hallazgos más importantes en las disecciones es el tamaño del aneurisma, sin embargo la tortuosidad y los bucles sin cambios significativos en el diámetro aórtico, pero si en el Volumen, resulta para algunos autores, predictor de significativo ruptura.

Métodos: Se registraron los datos clínicos desde el ingreso.

Resultados: Un varón de 30 años consultó por dolor torácico y síncope. Veinticinco años antes se le había realizado una aor-

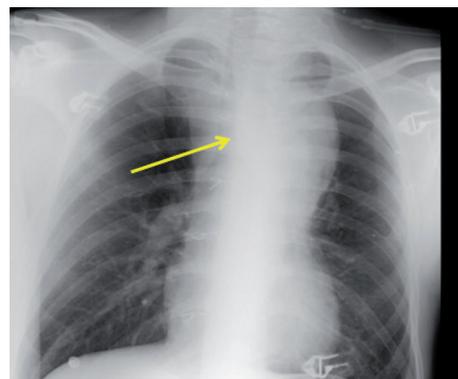


Figura 1

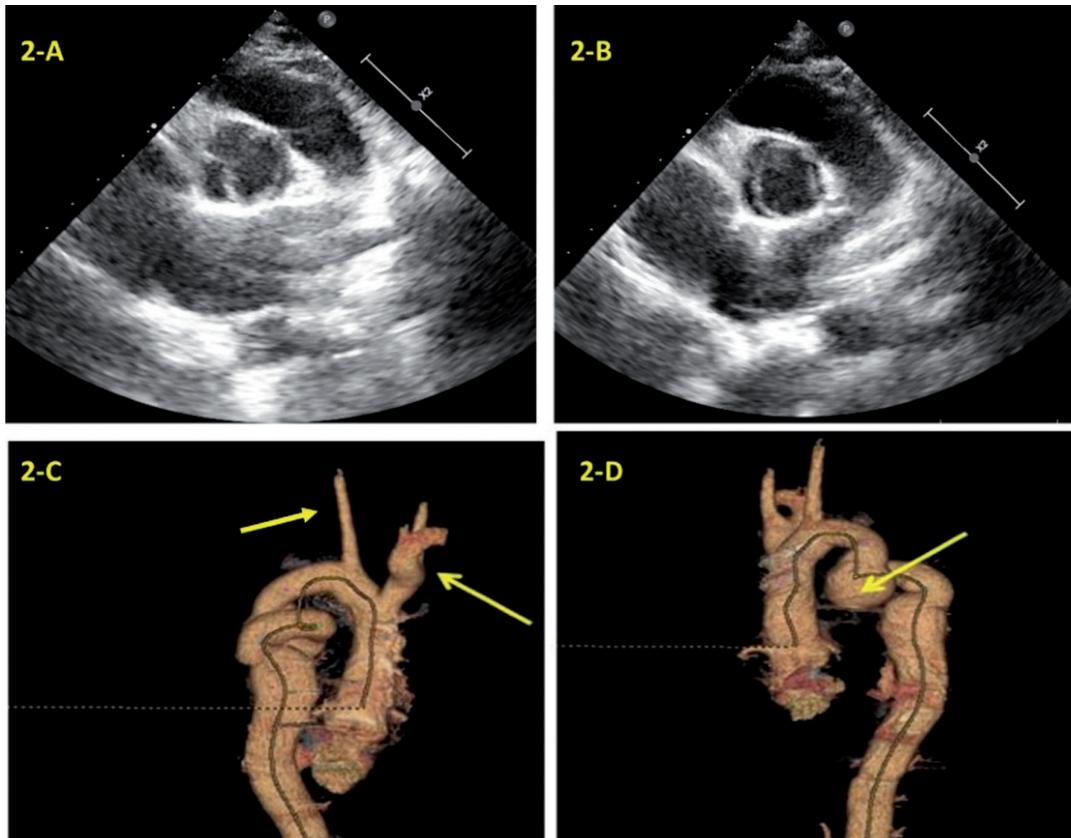


Figura 2

toplastia con colgajo de subclavia izquierda con la técnica de Waldhausen para corregir una coartación aórtica. El paciente no se realizó seguimiento médico posterior. La radiografía de tórax reveló un ensanchamiento mediastínico (figura 1). El ETT mostró una válvula aórtica bicúspide sin alteración (figura 2A-B). Se realizó reconstrucción 3D-CT mostró las arterias carótida izquierda y tronco braquiocefálico (ver flechas), con dilatación del istmo aórtico de hasta 37 x 42 mm (ver flechas)

alargamiento y bucles (figuras 2C-D). MDTC: proyecciones oblicua, coronal y axiales: Se objetiva aneurisma en cayado aórtico (figura 3 A), incremento de la densidad de la grasa mediastínica sugestiva de hemomediastino (figuras 3-B y 3C); e irregularidad de la pared aórtica (figuras 3D). La cirugía consistió en la reparación endovascular torácica (TEVAR). Durante cual sufrió una perforación de la pared aórtica al avanzar la guía a través de uno de los bucles falleciendo durante el procedimiento.

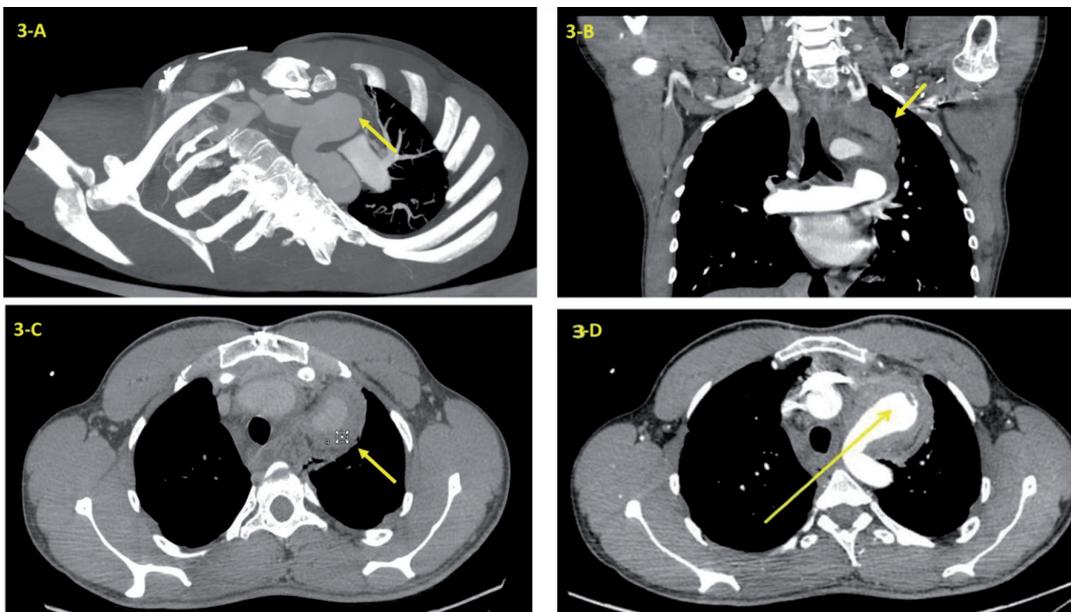


Figura 3

Conclusiones: Se debe prestar atención al seguimiento posterior de estos pacientes, no solo al diámetro que es el predictor de disección más importante, sino también a la morfología.

431/13. SÍNDROME DE TAKO-TSUBO SIN TRASTORNOS SEGMENTARIOS: ¿NUEVA MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS O VARIANTE DE LA CLÁSICA?

L. Anmad Shihadeh, M. Facenda-Lorenzo, A. Quijada-Fumero, J. Lorenzo-González, V. Barreto Cáceres, C. Acosta-Materan, J. Grillo Pérez y J. Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una enfermedad con compromiso multisistémico. Las alteraciones ECG varían entre el 27 y el 100%; Su fisiopatología es la disfunción hipotálamo-diencefálica por irritación de la sangre, siendo el epifenómeno de una interacción cardio-autonómico-cerebral.

Métodos: Se registraron los datos clínicos desde el ingreso.

Resultados: Mujer de 78 años, hipertensa acudió por cefalea brusca, vómito y disminución del nivel de conciencia (Glasgow 11). En TC craneal (ver figura 1-A) HSA, Fisher IV. Por lo que se decidió insertar derivación ventricular resolviendo la hidrocefalia. A las 24 horas se realiza angiografía cerebral con tratamiento embolizador (figura 1-B y 1-C), documentándose aneurisma en la carótida interna izquierda. En su estancia presentó cambios en electrocardiograma (ECG; ver figura 2) y dolor torácico, con troponina de 4,219 ng/ml. Se realiza estudio cardiológico ETT y coronariografía normales.

Conclusiones: La peculiaridad es que la paciente no llega a cumplir todos los criterios: presentó, en dicho contexto, elevación de troponinas, junto con alteraciones electrocardiográficas típicas (intervalo QTc largo y negativización de ondas T) y clínica, coronarias normales sin trastornos segmentarios. Dado que la fisiopatología de la miocardiopatía de estrés, junto con los criterios diagnósticos son los puntos más controvertidos; es probable que su espectro englobe casos como el expuesto; formas menores o parciales. La identificación de estas formas podría servir para realizar estudios prospectivos de pronóstico y riesgo de recurrencias diferenciando subtipos o formas de ME de presentación "completa" de aquellas como la que presentamos.

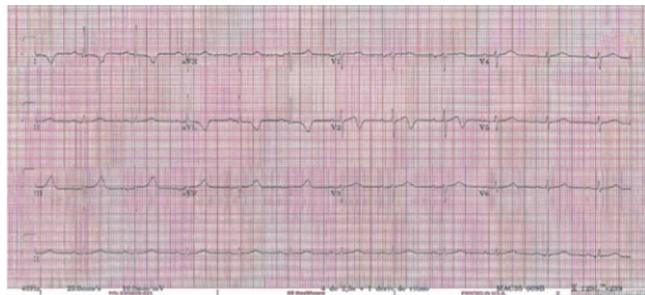


Figura 2

431/14. EXPERIENCIA INICIAL DE ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN EL HAZ DE HIS DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL ASISTENCIAL EN CANARIAS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR

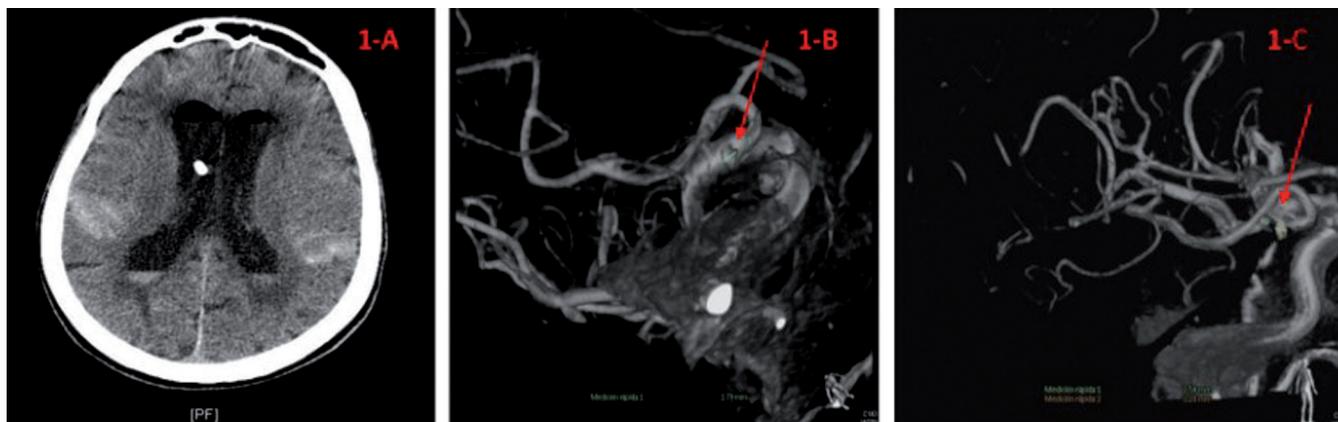
L. Álvarez Acosta¹, D. Valdivia Miranda², R. Bello Hernández², A. Vargas Díaz², L. Martín-Fernández Martín², N. Afonso Rodríguez², M. Hernández Rodríguez², J. Azuaga Plasencia², M. San Blas Díaz² y J. Hernández Afonso

¹Servicio de Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La estimulación directa del haz de his es una forma más fisiológica de estimulación ventricular aprovechando el sistema intrínseco de conducción. Se ha demostrado su utilidad para el mantenimiento de la sincronía ventricular con todas las implicaciones que ello conlleva. Reportamos nuestra experiencia de uso con este tipo de estimulación en pacientes con disfunción ventricular (DV).

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo en el que se describen las características de los pacientes en los que se realizó este tipo de estimulación con DV izquierda y su evolución a los tres meses.

Resultados: Se realizó el implante en 15 pacientes (Mediana de edad de 73 años (57-76) y 6,7% de mujeres) con FE disminuida. Las indicaciones fueron 46,7% por ablación de nodo AV (taquimiocardiopatía), 20% por síndrome de marcapasos, 20% por fallo de implante de terapia de resincronización cardiaca y el 9,5% por indicación de estimulación con disfunción ventricular no severa. No hubo fallos de implante pero sí dos pacientes que no normalizaron el bloqueo de rama izquierda con la estimulación hisiana directa. La FE en el momento del implante y al final del seguimiento fue de 28% (18,5-37,5%) vs. 51,5% (30-55%) respectivamente (p = 0,025). No hubo éxitos y mejoraron la FE el 100% de ellos.



Comunicación 431/13 Figura 1

Conclusiones: La estimulación fisiológica del haz de his mejora la FE en esta población seleccionada de pacientes con DV izquierda, candidatos a implante de marcapasos.

431/15. PARÁMETROS DE ESTIMULACIÓN AGUDOS Y CRÓNICOS EN PACIENTES CON ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN EL HAZ DE HIS DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN CANARIAS

L. Álvarez Acosta¹, D. Valdivia Miranda², A. Vargas Díaz², N. Afonso Rodríguez², M. Hernández Rodríguez², L. Martín-Fernández Martín², R. Bello Hernández², M. Rodríguez García², J. Azuaga Plasencia² y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La estimulación directa del haz de his (EDH) es una forma más fisiológica de estimulación ventricular aprovechando el sistema intrínseco de conducción. Una de las posibles desventajas son los peores parámetros de estimulación. **Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo en el que se describen las parámetros de estimulación agudos y crónicos de EDH.

Resultados: Se realizó el implante en 21 pacientes (Mediana de edad de 73 años [56-75] y 21% de mujeres) con una tasa de éxito del 100%. La mediana de tiempo de escopia utilizada fue de 12 min (4-21 min). El 79% de los pacientes presentaban disfunción ventricular en el momento del implante (Mediana de FE 35% [23-57%]) y 8 se sometieron a ablación del nodo AV. Los resultados de umbral agudos fueron: bipolar selectivo (UBSH) = 0,9 V (0,65-1,35); no selectivo (UBNS) = 1,5 V (0,7-1,45V); umbral monopolar selectivo (UMSH) = 1,18 V (0,7-1,45) y umbral monopolar no selectivo (UMNSH) = 1,55 V (1,35-2). A los tres meses fueron: UBSH = 0,875 V (0,5-1,5); UBNS = 2,25 V (1-2,4V); UMSH = 1 V (1,2-1,25) y UMNSH = 2 V (1-2,2V), siempre con 1 ms de anchura y sin diferencias entre los dos periodos (p = ns).

Conclusiones: Los parámetros agudos de estimulación del haz de his son buenos y se mantienen a los tres meses de seguimiento en un centro con poca experiencia. Estos datos pueden ser reproducibles en otros centros de similares características.

431/16. PARÁMETROS DE ESTIMULACIÓN AGUDOS Y CRÓNICOS EN PACIENTES CON ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN EL HAZ DE HIS Y CON ABLACIÓN DEL NODO AV E IMPLANTE DE MARCAPASOS

L. Álvarez Acosta¹, D. Valdivia Miranda², L. Martín-Fernández Martín², N. Afonso Rodríguez², R. Bello Hernández², A. Vargas Díaz², M. Hernández Rodríguez², M. San Blas Díaz², M. Rodríguez García² y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La estimulación directa del haz de his (EDH) es una forma más fisiológica de estimulación ventricular aprovechando el sistema intrínseco de conducción. Valoramos los parámetros de estimulación (PE) tras su implante en pacientes que se someten a ablación del nodo AV (ANAV).

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo en el que se describen las PE agudos y crónicos de EDH tras ANAV.

Resultados: Se estudiaron 8 pacientes (Mediana de edad de 73,5 años [67,5-77,2] y 25% de mujeres) con una tasa de éxito del 100%. La mediana de tiempo de escopia fue de 10 min (2-16 min). El 85,7% de los pacientes presentaban disfunción ventricular (mediana de FE 28% [25-47%]) y el 50% a los 3 meses (mediana de FE 47% [28-64%]) (p = ns). Los resultados de umbral agudos fueron: bipolar selectivo (UBSH) = 1,1 V (0,7-1,3); no selectivo (UBNS) = 1,8 V (1,3-1,9V); umbral monopolar selectivo (UMSH) = 1,3 V (1,1-1,3) y umbral monopolar no selectivo (UMNSH) = 1,7 V (1,3-1,9). A los tres meses fueron: UBSH = 1,2 V (0,7-1,5); UBNS = 2,25 V (2,1-2,4V); UMSH = 1,3 V (1,2-1,3) siempre con 1 ms de anchura (p = ns). La ablación se hizo el mismo día del implante en 3 pacientes y el día después en 5.

Conclusiones: Los parámetros EDH se mantienen a pesar de la ANAV.

431/17. PCR: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y SECUELAS A LARGO PLAZO

E. Capín Sampedro¹, L. García Pérez¹, L. Fernández García², R. Álvarez Velasco¹, M. Vigil-Escalera¹, A. Adeba³, A. Flórez¹, A. Martínez León¹, L. Gutiérrez de la Varga¹ y C. Moris de la Tassa¹

¹Cardiología; ²Biología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Conocer los principales factores de riesgo, determinantes y la evolución de los pacientes diagnosticados de PCR en nuestro medio.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PCR (al ingreso en el hospital y/o en las UCI) entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2016. Se revisan 1018 historias, sólo corresponden a PCR real 875 pacientes (86%). Se excluyen PCR no reales y pediátricas, menores de 16 años.

Resultados: La principal causa de muerte fue cardiológica (79%). Mayor número de varones respecto a mujeres 73,8%. El FRCV más frecuente fue HTA (67%) seguido de tabaquismo. El pronóstico fue malo con una supervivencia del 41% y con recuperación total 3% de todos los pacientes. Vida independiente en sólo el 30%, siendo grandes dependientes el 54% de los mismos. Fallecen el 59.1% de los infartados. El 80% son PCR extrahospitalaria, la mortalidad en los recintos públicos fue menor. El ritmo inicial en la mayoría fue la fibrilación ventricular (83%), seguido de asistolia, ritmo que registra la mayor tasa de éxitus. Se colocó DAI en 11% de los pacientes.

Conclusiones: El principal FR presente en la mayoría de pacientes que sufren una PCR es la HTA. La PCR tiene mal pronóstico a corto y medio plazo, fundamentalmente en pacientes con cardiopatía previa, de ahí la importancia del control de los FRCV. La única variable que influye para la recuperación es el tiempo.

431/18. LA IMPORTANCIA DEL INR EN URGENCIAS

I. Pulido González, M. León Mazorra, H. Rosario Mendoza, I. Ramos Gómez, A. Merlán Hermida, J. Martín Armas y A. Conde Martel

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La FA es la arritmia sostenida más frecuente y la que ocasiona mayor hospitalización. Se considera la escala CHA2DS2Vasc para indicar un tratamiento anticoagulante, en su mayoría antivitamina k (AVK). Se describe en la litera-

tura un porcentaje alto fuera de rango. Nos planteamos determinar la relación entre INR > 3 y mortalidad. Determinar su prevalencia, los factores a los que se asocia, si se relaciona con mayor estancia y modificación del tratamiento anticoagulante al alta.

Métodos: Estudio longitudinal observacional. Se recogieron consecutivamente a los pacientes ingresados en medicina interna procedentes de urgencias durante 2014 a 2016 y con seguimiento hasta 2018. Se seleccionaron aquellos con una determinación de INR en urgencias, se estableció un grupo con INR > 3 y se comparó con los pacientes en rango terapéutico.

Resultados: El 55% de los pacientes que consultaron presentan INR > 3. Los pacientes con INR > 3 tuvieron mayor estancia media (16,3 vs. 12,9), mortalidad intrahospitalaria (13,6% vs. 5,26%) y durante el seguimiento (66% vs. 41,59%). No se encontraron diferencias significativas en la edad media, género, pluripatología ni reingresos. El 73% de los pacientes mantuvieron el tratamiento con AVK y solo cambiaron a ACOD el 4,8%.

Conclusiones: El elevado porcentaje de pacientes con INR > 3, su mayor estancia media y mortalidad nos impulsan a incidir en la importancia de la determinación del INR en el servicio de urgencias. Se observa un bajo número de casos en los que se modifica el tratamiento anticoagulante al alta.

431/20. MUJER JOVEN CON PALPITACIONES, ¿CUÁNDO DEJA DE SER UN SÍNTOMA “INOCENTE”?

A. Martínez León¹, P. Flórez Llano², A. Flores Fuentes², L. Gutiérrez de la Varga², M. Vigil-Escalera Díaz², R. Álvarez Velasco², M. Almendárez Lacayo², L. Díaz-Chirón Sánchez², A. Adeba García² y C. Corros Vicente²

¹Medicina Interna; ²Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Mujer de 40 años, sin FRCV ni otros antecedentes remitida a Cardiología por palpitaciones.

Métodos: Auscultación cardiaca: soplo sistólico mitral de regurgitación irradiado a axila. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm con EV y ESV aisladas. Holter 24 h: extrasistolia ventricular y taquicardia ventricular no sostenida. Ecocardiograma transtorácico: válvula mitral de aspecto mixomatoso, con prolapso de ambos velos, condicionando insuficiencia mitral moderada-severa. RM cardiaca: llama la atención realce tardío subendocárdico en segmento inferomedial y en músculo papilar posterior.

Resultados: Estudio electrofisiológico (EEF) electivo por extrasistolia ventricular (EV) frecuente, sintomática y sin respuesta a beta-bloqueante. Destaca EV con morfología de BRDHH y eje superior con origen en la proximidad del músculo papilar inferior (zona inferolateral y apical de VI). Se procede a ablación sustrato arrítmico. Cinco años después, sufre síncope de perfil cardiogénico. En un nuevo EEF, se induce FV autolimitada y se implanta DAI como prevención secundaria.

Conclusiones: El prolapso mitral todavía presenta muchos aspectos sin comprender. Se ha descrito asociación con muerte súbita en un pequeño porcentaje, definiéndose una entidad específica: el prolapso maligno de la válvula mitral. El realce tardío con gadolinio en el músculo papilar posteromedial y pared ventricular adyacente (por tracción repetida por el prolapso), ha demostrado en modelos experimentales menor umbral para desarrollo de arritmias. Su significado clínico está aún por establecer. Casos como éste, nos ayudan a avanzar en la evidencia de una entidad específica cuyo diagnóstico clínico precoz apoyado en la RM cardiaca, podría prevenir la muerte súbita en un grupo concreto de pacientes.

431/21. DIFERENCIAS ENTRE LA LONGEVIDAD REAL DEL MARCAPASOS SEGÚN LA CASA COMERCIAL EN PACIENTES CANDIDATOS A RECAMBIO

S. Hernández Castellano¹, V. Ramos Reyes¹, L. Álvarez Acosta¹, D. Valdivia Miranda², R. Bello Hernández², A. Vargas Díaz², L. Martín-Fernández Martín², N. Afonso Rodríguez², M. García Rodríguez² y J. Hernández Afonso¹

¹Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Existen diferencias entre las longevidades previstas de marcapasos según la vida real y la estimada por la casa comercial. Principalmente esto se debe a la diferencia entre los parámetros (salida, porcentaje de estimulación, etc.) con que las diferentes casas comerciales reportan sus estimaciones de longevidad, además de a la propia tecnología del sistema de estimulación.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en vida real de pacientes a los que se le realiza recambio de marcapasos por agotamiento de la batería con la intención de evaluar la longevidad real según tipo de marcapasos y casa comercial.

Resultados: Desde el año 2017 se recogieron 97 pacientes a los que se les realizó recambio de marcapasos. De los 40 marcapasos VVI que se analizaron, las longevidades medianas fueron: 137 (108,5-143,5) meses para Vitatron (V); 120,5 (106-127,5) meses en Biotronik (Bi), 51 (40-85) meses en dispositivos Boston (Bo), 79 (79-87) meses en Sorin (S), 67 (53-67) meses en St. Jude (StJ) y 60,5 (27-60,5) meses en Medtronic (M) (p = 0,048 comparando los dos de mayor longevidad). En los 57 marcapasos DDD fueron: 110 (106,75-117) meses para V; 109 (94,5-139) meses en Bi, 88 (68-93,75) meses en Bo y 94 (86-114) meses en M (p = ns).

Conclusiones: Los marcapasos Vitatron VVI tuvieron una longevidad mucho mayor que el resto. No se encuentran diferencias entre los marcapasos DDD.

431/22. DIFERENCIAS ENTRE LA LONGEVIDAD REAL DE LOS DESFIBRILADORES SEGÚN LA CASA COMERCIAL EN PACIENTES CANDIDATOS A RECAMBIO

V. Ramos Reyes¹, S. Hernández Castellano¹, L. Álvarez Acosta¹, D. Valdivia Miranda², R. Hernández Bello², A. Vargas Díaz², L. Martín Fernández², N. Afonso Rodríguez², M. García Rodríguez² y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Existen diferencias entre las longevidades previstas de desfibriladores según la vida real y la estimada por la casa comercial. Principalmente esto se debe a la diferencia entre los parámetros con que las diferentes casas comerciales reportan sus estimaciones de longevidad, además de a la propia tecnología del sistema.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en vida real de pacientes a los que se les realiza recambio de desfibrilador no resincronizador por agotamiento de la batería con la intención de evaluar la longevidad real según tipo de marcapasos y casa comercial.

Resultados: Desde el año 2017 se recogieron 54 pacientes a los que se les realizó recambio de desfibrilador no resincronizador. De los 26 desfibriladores monocamerales que se analizaron, las longevidades medianas fueron: 95,5 (66-98) meses en Biotronik (Bi), 81,5 (78-81,5) meses en dispositivos Boston (Bo), 79 (79-87) meses en Guidant (G), 105,5 (93,75-110,5) meses en St. Jude (StJ) y 63 (53,5-104,25) meses en Medtronic (M) (p = ns). En los 28 bicamerales fueron: 109,5 (101-109,5) meses en Bi, 73 (52-73) meses en Bo, 93 (87-98) meses en StJ y 72 (69,75-83) meses en M (p = 0,006 comparando los dos de mayor longevidad).

Conclusiones: Los desfibriladores bicamerales de Biotronik tuvieron una longevidad mayor que el resto en los modelos analizados. No hubo diferencias entre los modelos monocamerales.

431/23. VARIACIÓN DEL PATRÓN ECOGRÁFICO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA MONITORIZADOS MEDIANTE ECOGRAFÍA PULMONAR DURANTE EL INGRESO

S. Hernández Castellano, V. Ramos Reyes, M. Ramos López, L. Shihadeh Musa, J. Lorenzo González, M. Rodríguez Esteban y J. Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La ecografía pulmonar posee alta sensibilidad y especificidad para diagnosticar insuficiencia cardíaca. Sería interesante conocer si la variación del patrón ecográfico pulmonar durante el ingreso es útil para monitorizar la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Valorar la evolución del patrón ecográfico pulmonar en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca entre noviembre de 2018 y marzo de 2019. Se realizó ecografía pulmonar a las 24 horas del ingreso y previa al alta. El estudio de líneas B se realizó mediante la metodología de Volpicelli, considerándose no valorable si no se podía escanear 2 o más regiones. El grado de congestión se clasificó en cuatro subgrupos: no congestión (0-5 líneas), congestión ligera (6-14 líneas), congestión moderada (15-30 líneas) y congestión severa (> 30 líneas).

Resultados: Se obtuvo una N de 77 pacientes (61% hombres). Edad media de 66,33 años. El 57,1% presentaba alguna comorbilidad: 45,5%, DM, 19,5%, EPOC, 6,5%, SAHOS y 52%, insuficiencia renal. La mediana de ingreso fue de 8 días. El 51,9% de los pacientes sufrió deterioro de la función renal durante el ingreso.

Conclusiones: La variación del patrón ecográfico pulmonar durante el ingreso es dinámica e inmediata. Podría ser útil para monitorizar la respuesta al tratamiento en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca y disminuir la incidencia de complicaciones como empeoramiento de la función renal.

431/24. COMPARACIÓN DE LA CARGA ASISTENCIAL PRESENCIAL Y REMOTA DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO REMOTO DE DISPOSITIVOS (SRD) AL COMIENZO Y EN LA ACTUALIDAD TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO REMOTO

L. Álvarez-Acosta¹, D. Valdivia Miranda², L. Martín-Fernández Martín², R. Bello Hernández², A. Vargas Díaz², N. Afonso Rodríguez², M. Hernández Rodríguez², M. Rodríguez García², M. San Blas Díaz² y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El SRD es especialmente atractivo para regiones como Canarias por evitar desplazamiento a pacientes. Nos proponemos valorar la carga asistencial de este tipo de seguimiento tras 5 años de implementación de un protocolo específico de SRD.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de la tasa de éxito de funcionamiento y carga de trabajo tanto remota como presencial para pacientes con marcapasos, DAI y Holter basadas en un protocolo específico de MRD que se instaura el 1 de enero de 2014 en nuestro centro, comparándolo con el año 2018.

Resultados: El porcentaje de éxito de la activación del seguimiento remoto fue 64,6 vs. 95,4% (p = 0,0001) comparando 2014 con 2018 respectivamente. En este tiempo se realizaron 1.649 implantes. La carga de trabajo presencial en el año 2014 fue de 3.352 visitas y de 3.050 en 2018. Con respecto a la remota, en el año 2014 se vieron 721 visitas remotas y 4.937 en 2018.

Conclusiones: Tras 5 años de utilización de un protocolo específico basado en monitorización remota, se consiguió que la mayoría de los pacientes implantados fueran seguidos según el protocolo, aumentando la carga de trabajo remota y disminuyendo la presencial a pesar de aumentar enormemente el número de pacientes que se siguen en la consulta.

431/25. ¿INFRADOSIFICAMOS LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

I. Ramos Gómez, H. Rosario Mendoza, I. Pulido González, A. Merlán Hermida, J. Martín Armas y A. Conde Martel

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) ingresados en un servicio de Medicina Interna (MI) tratados con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) y si la dosis prescrita es adecuada.

Métodos: Estudio observacional longitudinal que incluyó a los pacientes ingresados entre 2014-2016 con diagnóstico de FANV. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales y tratamiento anticoagulante al ingreso y alta. Se realizó seguimiento hasta marzo de 2018, considerando la mortalidad al final del período. Se analizaron las características de los pacientes anticoagulados con ACOD y la dosis prescrita según peso, edad y función renal.

Resultados: Se incluyeron 1.021 pacientes, recibiendo anticoagulación al alta 474 (112 ACOD). De los anticoagulados con ACOD, 51,8% eran varones con edad media de 78,8 (± 7,1) años. El CHA2DS2 VASc medio fue de 5,1 ± 1,4 y el HASBLED, de 2,5 ± 1,2. El 94,6% presentaba HTA, 58%, diabetes mellitus, 75%, insuficiencia cardíaca (70,8% FEVI preservada), 36,6%, C. isquémica, 43,8%, ERC y 17,9%, ACV previo. Las cifras medias de creatinina eran 1,35 mg/dl y FGE (CKD-EPI), 54,17 ml/min. Los fármacos más prescritos fueron sucesivamente apixabán (n = 53), rivaroxabán (n = 36) y dabigatrán (n = 21). Solo el 69,3% (n = 63) recibieron dosificación correcta; observándose error de dosis en 38,46% (n = 20) de los tratados con apixabán,

Comunicación 431/23 Tabla – Grado de congestión al ingreso y al alta en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca

No congestión, (0-5 líneas B)		Congestión ligera, (6-14 líneas B)		Congestión moderada, (15-30 líneas B)		Congestión severa, (> 30 líneas B)	
Ingreso	Alta	Ingreso	Alta	Ingreso	Alta	Ingreso	Alta
2,8% (media 2,5 ± 0,7)	27,7% (3,8 ± 1,15)	15,3% (media 10,4 ± 2,96)	46,2% (9,9 ± 2,54)	29,2% (media 24,11 ± 4,37)	20% (18,8 ± 4,75)	52,8% (media 30 ± 0)	6,2% (30 ± 0)

42,85% (n = 9) dabigatrán y 50% rivaroxabán. La supervivencia media fue de 611,94 días, falleciendo durante el seguimiento un 34,2% de los pacientes.

Conclusiones: Una tercera parte de nuestros pacientes no recibe dosis correctas de ACOD al alta, siendo apixabán el ACOD más prescrito y el rivaroxabán el más erróneamente prescrito.

431/26. LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HbA1C) Y EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP) SON PREDICTORES INDEPENDIENTES Y COMPLEMENTARIOS DE LA CAPACIDAD AERÓBICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

R. Arroyo-Espliguero¹, G. Uribe-Heredia¹, M. Viana-Llamas¹, L. Piccone-Saponara², C. Torán-Martínez³, B. García-Magallón¹, H. Álvaro-Fernández⁴ y A. Castillo-Sandoval¹

¹Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara. ² Nefrología, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³Cuidados Intensivos; ⁴Rehabilitación, Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: El control glucémico ha sido asociado a un deterioro ventilatorio que disminuye la capacidad aeróbica cardiopulmonar. El objetivo de este estudio fue valorar el valor complementario de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) y del péptido natriurético tipo B (BNP) en la capacidad aeróbica de pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC).

Métodos: Estudio transversal retrospectivo en 91 pacientes (57 ± 10 años, 90% varones) consecutivos sometidos a una ergoespirometría al inicio de la fase II del programa de rehabilitación cardiaca tras un SCA.

Resultados: La HbA1c se correlacionó con parámetros ventilatorios (tabla) y fue predictor de la ventilación minuto (VE) (P = 0,001) y del volumen corriente (VT) (P = 0,007), independientemente de la edad y de la obesidad central. El BNP se correlacionó con parámetros de ventilación-perfusión (V/Q) y respuesta cronotrópica (tabla) y fue predictor del VE/VCO₂-slope (P = 0,037), independientemente de la edad, la FEVI y el tratamiento β-bloqueante. HbA1c y BNP se correlacionaron con el consumo de O₂ (VO₂) pico (P < 0,001 y P = 0,005, respectivamente), umbral anaeróbico (UA) (P = 0,001 y P = 0,009, respectivamente) y pulso de O₂ (P = 0,001 y P = 0,025, respectivamente). El

VO₂ pico (P < 0,001) y el UA (P < 0,001) fueron significativamente menores con ambos niveles de HbA1c y BNP superiores a 6,5% y 44,6 pg/ml (mediana), respectivamente (figura).

Conclusiones: La HbA1c y el BNP se asociaron a una capacidad aeróbica cardiopulmonar disminuida en pacientes con EAC, mediado por un deterioro muscular respiratorio y una alteración de la relación V/Q, respectivamente. La HbA1c y el BNP son predictores independientes y complementarios de la capacidad aeróbica cardiopulmonar.

Correlaciones entre parámetros ergoespirométricos y niveles de BNP y HbA1c en 91 pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el estudio

	HbA1c (%)*		BNP (pg/ml)*	
	r	P	r	P
VE (l/min)	-0,377	< 0,001	-	NS
VT (l)	-0,348	0,001	-	NS
VE/VCO ₂ -slope	-	NS	0,375	< 0,001
PETCO ₂ (mmHg)	-	NS	-0,315	0,002
HR/VO ₂ -slope	-	NS	0,307	0,003

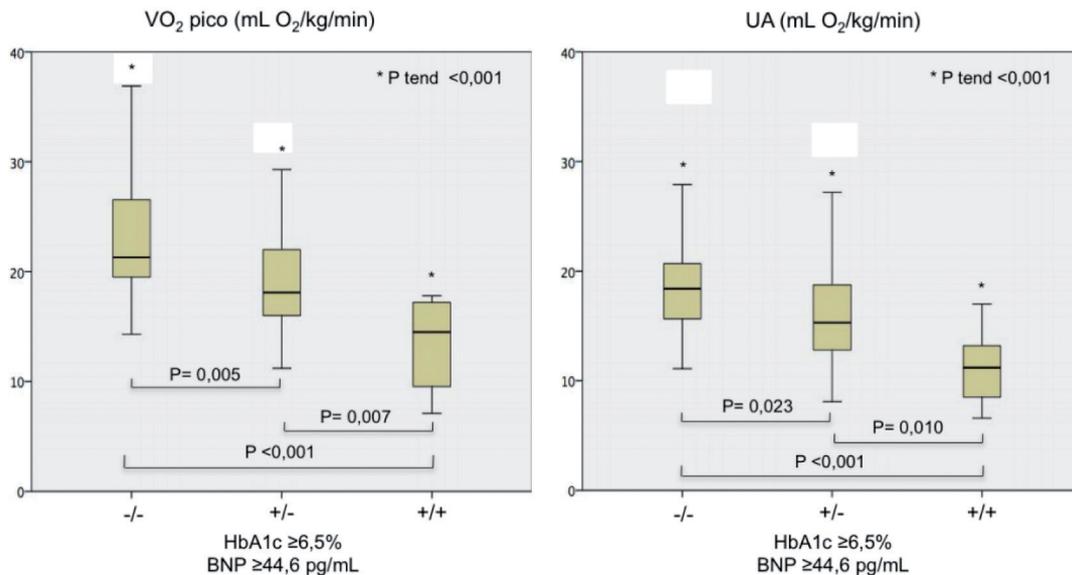
NS: no significativo; r: coeficiente de correlación; *transformación logarítmica.

431/27. LA FRAGILIDAD SE ASOCIA A UNA MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON UN SCACEST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, GRAVEDAD CLÍNICA Y FUNCIÓN VENTRICULAR

R. Arroyo-Espliguero¹, M. Viana-Llamas¹, A. Silva-Obregón², A. Estrella-Alonso², S. Saboya-Sánchez³, G. Uribe-Heredia¹, A. Castillo-Sandoval¹, Z. Eguileor-Marín², N. Arriero-Fernández² y C. Marian-Crespo²

¹Cardiología; ²Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Guadalajara. ³Enfermería, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La fragilidad es un síndrome geriátrico de aumento de vulnerabilidad por disminución de las reservas



Comunicación 431/26 Figura. Distribución de VO₂ pico y umbral anaeróbico (UA) en los 91 pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el estudio, en función de los niveles de HbA1c (6,5%) y BNP (mediana 44,6 pg/ml).

fisiológicas. La sarcopenia, uno de sus componentes fisiopatológicos, se ha asociado a disfunción cardíaca. Nuestro objetivo fue analizar el impacto pronóstico de la fragilidad tras una angioplastia primaria (AP) por un SCACEST.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (64 años [55-75]; 22%, mujeres) ingresados en una UVI general tras una AP por un SCACEST. Se analizó la supervivencia al año de seguimiento mediante el método de Kaplan-Meier y regresión de Cox. Se analizó la fragilidad mediante el Clinical Frailty Scale (CFS). Se consideraron vulnerables a aquellos pacientes prefrárgiles (CFS = 4) y frárgiles (CFS ≥ 5).

Comparación de las características clínicas, bioquímicas y mortalidad al año de seguimiento entre pacientes vulnerables (CFS ≥ 4) y robustos (CFS 1-3)

	Vulnerables (CFS ≥ 4) (n = 60)	Robustos (CFS 1-3) (n = 367)	P
Edad	78 [67,3-84,5]	61,2 [54,2-71,5]	< 0,001
Sexo femenino, n (%)	28 (46,7)	65 (17,7)	< 0,001
Mortalidad, n (%)	15 (25)	15 (4,1)	< 0,001
Hipertensión arterial, n (%)	47 (78,3)	156 (42,5)	< 0,001
DM tipo 2, n (%)	31 (51,7)	79 (21,5)	< 0,001
GRACE 2.0	150 [129-170,8]	112 [93-136]	< 0,001
Localización (anterior), n (%)	26 (43,3)	168 (45,8)	0,781
Uso de catecolaminas, n (%)	11 (18,3)	29 (7,9)	0,010
CPK (UI/l)	921 [286,8-2.072]	1.496 [607-2.786]	0,011
Troponina I (as) (pg/ml)	3.699,5 [38-47.968,1]	8.789,8 [65,8-61.969,8]	0,537
FEVI (%)	52 [40-60]	55 [45-60]	0,151
BNP (pg/ml)	267,9 [117,3-901,6]	104,3 [29,5-268,7]	< 0,001
Albumina (g/l)	34,9 [32,8-37,4]	38,4 [35,7-40,4]	< 0,001

Los datos son expresados como número (%) para variables categóricas y como mediana [rango intercuartílico] para variables con distribución no normal.

Resultados: Los pacientes vulnerables presentaban mayor edad, mayor comorbilidad y un GRACE 2.0 más alto. Presentaban CPK y albúmina más bajos, con BNP más alto, a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto. Precisarón más frecuentemente catecolaminas durante el ingreso (tabla). La mortalidad al año fue mayor en los pacientes vulnerables (25% vs. 4,1%; P < 0,001). Los predictores independientes de mortalidad al año fueron la fragilidad (HR, 3,37 [1,59-7,15]; P = 0,002), el sexo femenino, el índice GRACE 2.0, la FEVI y la necesidad de catecolaminas durante el ingreso (figura).

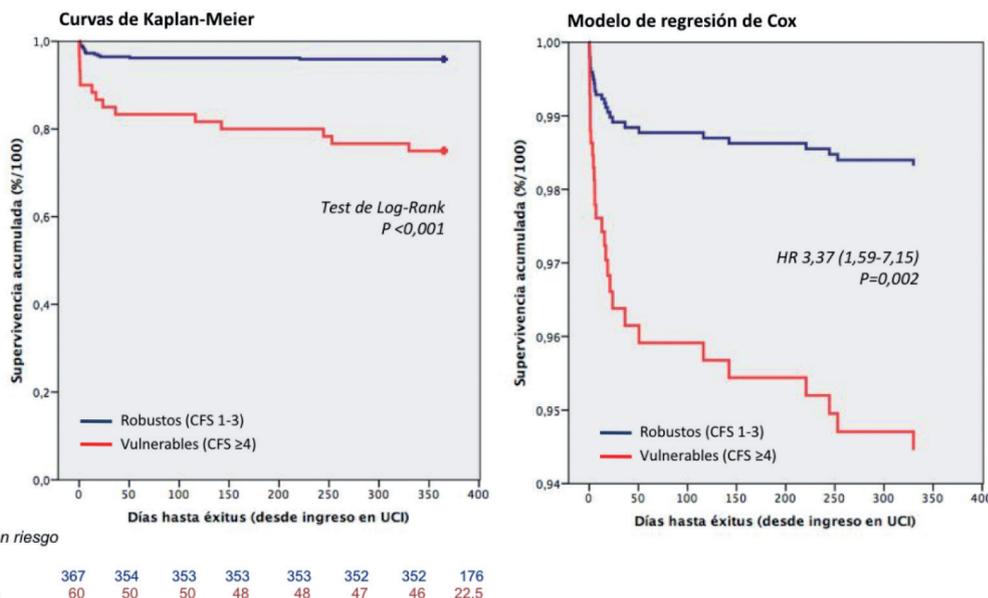
Conclusiones: La fragilidad se asocia a una mayor mortalidad a largo plazo tras un SCACEST, independientemente de la edad, la gravedad clínica y la FEVI. El análisis de la fragilidad debería ser incluida en la valoración clínica global del paciente con un SCACEST, dado su significativo impacto pronóstico.

431/28. PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DE LOS ÍNDICES APACHE II, SAPS II Y GRACE 2.0

A. Silva-Obregón¹, R. Arroyo-Espliguero², M. Viana-Llamas², A. Estrella-Alonso¹, S. Saboya-Sánchez³, G. Uribe-Heredia², N. Arriero-Fernández¹, C. Torán-Martínez⁴, Z. Eguileor-Marín¹ y C. Marian-Crespo¹

¹Medicina Intensiva; ²Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara. ³Enfermería, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ⁴Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: Diferentes índices pronósticos han sido específicamente validados para pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA), como el GRACE 2.0. Existen otros índices pronósticos generales utilizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI), como el Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE) II y el Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II. El objetivo de este estudio fue comparar la capacidad de estos tres índices para predecir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con un SCACEST sometidos a ACTP primaria (AP).



Comunicación 431/27 Figura. Curvas de supervivencia por fragilidad al año de seguimiento tras un SCACEST sometido a ACTP primaria.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (64 años [55-75]; 78% varones) ingresados en una UCI general tras una AP desde noviembre-2013 a febrero-2017. La capacidad pronóstica fue analizada mediante el área bajo la curva (AUC) ROC (receiver-operating-characteristic). La razón estandarizada de mortalidad (REM) y la bondad de ajuste (test de Hosmer-Lemeshow (HL) y R2 de Nagelkerke) fueron calculados mediante regresión logística.

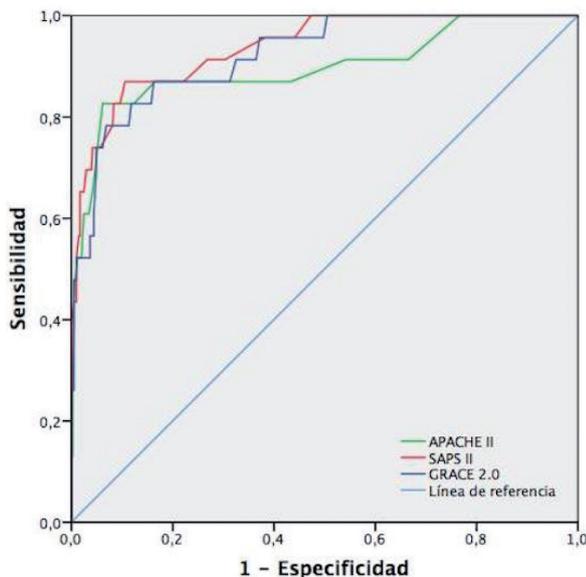
Resultados: La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,4%. Todos los índices de riesgo se asociaron significativamente a la mortalidad intrahospitalaria ($P < 0,001$). El índice SAPS II tenía la mayor sensibilidad (87%), exactitud (96%), AUC (0,938 [0,910-0,959]), calibración (valor P del test HL: 0,969) y la menor REM (1,64).

Conclusiones: SAPS II representa el mejor modelo para estimar la mortalidad intrahospitalaria, con una adecuada calibración y con la menor infraestimación de la mortalidad. La infraestimación de la mortalidad que muestran todos los índices pronósticos analizados sugiere la necesidad de desarrollar nuevos modelos de predicción de riesgo que mejoren la identificación de los pacientes de alto riesgo tras un SCACEST.

Comparación del análisis de curva ROC, calibración y bondad de ajuste de los índices GRACE 2.0, SAPS II y APACHE II para la estimación de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con un SCACEST

	APACHE II	SAPS II	GRACE 2.0
Índice J de Youden	17	32	172
Sensibilidad (%)	82,6	87	78,3
Especificidad (%)	93,8	89,4	93,1
Exactitud (%)	94,9	96	93,9
AUC (IC 95%)	0,896 (0,863-0,923)	0,938 (0,910-0,959)	0,922 (0,893-0,946)
R2-Nagelkerke	0,489	0,558	0,490
Hosmer-Lemeshow (P)	11,992 (0,152)	1,824 (0,969)	8,125 (0,421)
REM	1,92	1,64	1,77

AUC: área bajo la curva ROC; REM: razón estandarizada de mortalidad.



Curvas ROC de los índices de riesgo GRACE 2.0, SAPS II y APACHE II para estimación de la mortalidad intrahospitalaria tras un SCACEST.

431/29. LAS MUJERES PRESENTAN UNA MAYOR MORTALIDAD TRAS UN SCACEST SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD, LA GRAVEDAD CLÍNICA Y LA FRAGILIDAD BIOLÓGICA

M. Viana-Llamas¹, A. Silva-Obregón², R. Arroyo-Espiguero¹, A. Estrella-Alonso², S. Saboya-Sánchez³, G. Uribe-Heredia¹, Z. Eguileor-Marín², B. García-Magallón¹, N. Arriero-Fernández² y C. Marian-Crespo²

¹Cardiología; ²Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Guadalajara. ³Enfermería, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Las mujeres presentan mayor mortalidad tras un SCACEST, pero existen dudas sobre esta asociación al ajustar por características clínicas y factores de riesgo. Nuestro objetivo fue analizar el impacto que el sexo femenino tiene en la mortalidad tras un SCACEST.

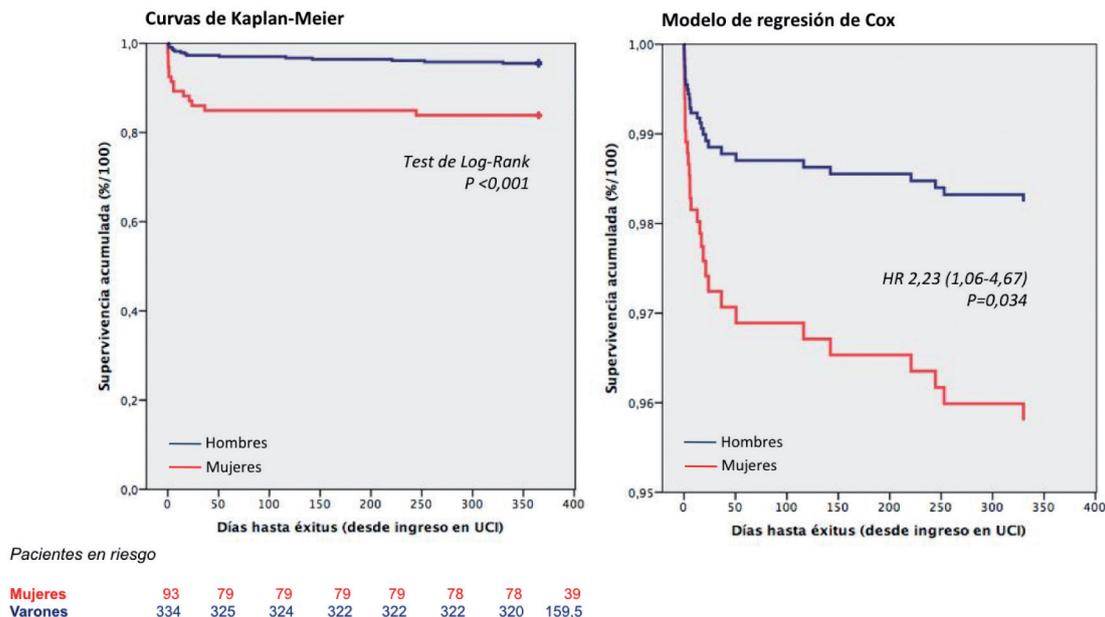
Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 427 pacientes (64 años [55-75]; 22% mujeres) ingresados en una UVI general tras un SCACEST. La supervivencia (SPV) se analizó con el método de Kaplan-Meier y regresión de Cox. La fragilidad se analizó mediante Clinical Frailty Scale (CFS).

Resultados: Las mujeres eran de mayor edad, con mayor prevalencia de HTA, un GRACE 2.0 más alto y mayor fragilidad (CFS ≥ 4). Presentaban CPK y albúmina más bajos y BNP más altos, a pesar de no existir diferencias en la FEVI, localización y tamaño del infarto. Precisaron más ventilación mecánica no invasiva y catecolaminas durante el ingreso (tabla). La mortalidad al año fue mayor en las mujeres (16,1% vs. 4,5%; $P < 0,001$), especialmente durante el ingreso hospitalario y el 1.º mes de seguimiento, frecuentemente por shock cardiogénico. Los predictores independientes de mortalidad al año fueron la fragilidad, el sexo femenino (HR, 2,23 [1,06-4,67]; $P = 0,034$), el índice GRACE 2.0, la FEVI y la necesidad de catecolaminas (figura).

Comparación de las características clínicas, bioquímicas y mortalidad al año de seguimiento entre hombres y mujeres

	Mujer (n = 93)	Varón (n = 334)	P
Mortalidad al año, n (%)	15 (16,1)	15 (4,5)	< 0,001
Shock cardiogénico, n (%)	10 (62,5)	6 (37,5)	< 0,001
Edad (años)	70,8 [51,2-80,3]	61,9 [54,2-71,8]	< 0,0001
Hipertensión, n (%)	54 (58,1)	149 (44,6)	0,022
DM tipo 2, n (%)	30 (32,3)	80 (24,0)	0,105
GRACE 2.0	129 [104,5-156]	112 [94-139]	0,001
Fragilidad (CFS ≥ 4), n (%)	28 (30,1)	32 (9,6)	< 0,0001
Localización (anterior), n (%)	42 (45,2)	152 (45,5)	0,953
CPK (UI/l)	1.040 [300,5-2.134,0]	1.517 [620,5-2.852,8]	0,004
Troponina I (as) (pg/ml)	4.003 [62,1-48.526,6]	9.070 [65,8-65.893]	0,473
FEVI (%)	52 [40-60]	55 [45-60]	0,465
BNP (pg/ml)	241,1 [99,9-896,9]	103,6 [28,3-259,2]	< 0,0001
Albúmina (g/l)	36,1 [34,3-38,5]	38,4 [35,6-40,5]	< 0,0001
VMNI, n (%)	5 (5,4)	4 (1,2)	0,013
Catecolaminas, n (%)	14 (15,1)	26 (7,8)	0,033

Los datos son expresados como número (%) para variables categóricas y como mediana [rango intercuartílico] para variables con distribución no normal.



Comunicación 431/29 Figura. Curvas de supervivencia por sexo al año de seguimiento tras un SCACEST sometido a ACTP primaria.

Conclusiones: Las mujeres presentan una mayor mortalidad tras un SCACEST, independientemente de la edad y de la gravedad clínica. Una potencial disfunción miocárdica no relacionada con el evento isquémico agudo, y mediada en parte por una mayor fragilidad biológica, puede jugar un papel en el aumento de la mortalidad en las mujeres.

431/30. FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (FANV) EN PACIENTES NONAGENARIOS. DATOS DEL REGISTRO RUFIAN

H. Rosario Mendoza, A. Merlán Hermida, I. Ramos Gómez, J. Martín Armas, I. Pulido González y A. Conde Martel

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Analizar las características de los pacientes nonagenarios con FANV, la prescripción de anticoagulación y los factores relacionados con la misma.

Métodos: Estudio longitudinal observacional que incluyó a pacientes ingresados entre 2014-2016 con FANV. Se recogieron aquellos ≥ 90 años, sus datos demográficos, antecedentes personales, situación funcional, resultados analíticos, tratamiento al ingreso y al alta y la mortalidad, con seguimiento hasta 2018. Se analizó el tratamiento antitrombótico prescrito y los factores relacionados con su utilización.

Resultados: Se incluyeron 1.021 pacientes, 107 (10,5%) nonagenarios (edad media 92,7 años; 62% mujeres). El IB fue de 63,5, el CHA2DS2VASc 4,5, el HASBLED 2,5 y el INR en urgencias 4. Durante el seguimiento falleció el 74% (21,5% durante el ingreso). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (93%), IC (72%; FEVip, 80%), ERC (41%) y DM (32%). El 33% estaban anticoagulados (25%, antivitK, 5%, ACOD, 3%, HBPM) y el 50% tomaban antiagregación exclusiva. Al alta, 29 (34,5%) recibieron anticoagulación (21,4% antivitK, 7,1%, ACOD, 6%, HBPM) y el 46,6%, antiagregación exclusiva. En el análisis univariante se objetivó mayor prescripción de anticoagulación en aquellos con mayor Hb ($p = 0,01$), FGE ($p = 0,005$), más jóvenes ($p = 0,008$), menor HASBLED ($p = 0,05$), sexo femenino ($p = 0,005$) y la IC ($p = 0,043$). En el análisis multivariante se mantuvieron como factores independientes el sexo masculino ($p = 0,022$), la IC ($p = 0,013$) y el menor HAS-

bled ($p = 0,031$) y de forma casi significativa la menor edad ($p = 0,056$).

Conclusiones: La antiagregación exclusiva es muy elevada. El 25% de los nonagenarios recibe anticoagulación, relacionándose de forma independiente con el sexo masculino, la IC y el menor riesgo de sangrado.

431/31. IMPLANTE DE DESFIBRILADOR SUBCUTÁNEO: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

S. Rodríguez Fuster¹, J. Umaña Monzón¹, C. Gil Guillén¹, K. Álvarez Ruiz¹, L. González Moujir¹, A. Gandolfo Arencibia², R. Zerpa Santana², N. Marrero Negrín¹, F. Segura Villalobos¹ y O. Medina Moreno¹

¹Cardiología; ²Enfermería, Unidad de Arritmias, Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El uso del desfibrilador automático implantable (DAI) ha revolucionado el manejo de los pacientes con riesgo de muerte súbita, no estando exento de complicaciones potencialmente graves, inherentes al uso de electrodos transvenosos.

Valoramos nuestra experiencia inicial.

Métodos: Presentamos los DAI subcutáneos implantados en nuestro hospital desde 2015 hasta la actualidad.

Resultados: Se implantó a 14 pacientes, el 85,7% (12), hombres. La edad media fue 43 ± 16 años. Las indicaciones: 35,7% (5) miocardiopatía dilatada isquémica; 21,4% (3) miocardiopatía hipertrófica; 14,2% (2) cardiopatía congénita; 7,1% (1) Miocardiopatía dilatada idiopática; 7,1% (1) Fibrilación ventricular idiopática; 7,1% (1) síndrome de Brugada; 7,1% (1) taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica. El 85,71% (12) se implantaron como prevención primaria. La técnica empleada fue dos incisiones en nueve de ellos y el resto con tres incisiones. Todos bajo anestesia general. El implante fue intermuscular. Se realizó siempre test de desfibrilación con 65 julios. Se presentaron dos complicaciones, ambas infecciones del electrodo. Una infección fue tardía (después de los treinta días), requirió retirada del dispositivo y nuevo implante posterior. La otra fue precoz, también requirió retirada e implante de nuevo electrodo. El seguimiento se realiza por monitorización remota en el 100%. No se ha producido descar-

ga en ninguno de ellos ni se ha detectado ningún evento arritmico.

Conclusiones: El DAI subcutáneo supone una buena opción en el manejo de los pacientes con riesgo de muerte súbita. No está exenta de complicaciones, pero evitamos algunas graves como la endocarditis o fractura de electrodos a largo plazo.

431/32. CORRELACIÓN ENTRE EL NT-PRO-BNP Y LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

V. Ramos Reyes, S. Hernández Castellano, M. Ramos López, M. Rodríguez Esteban, L. Shihadeh Musa, J. Lorenzo González y J. Hernández Afonso

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La ecografía pulmonar, como el NT-pro-BNP, han demostrado precisión para diagnosticar insuficiencia cardíaca (IC). Pero poco sabemos sobre su valor pronóstico y la correlación entre estas dos herramientas.

Métodos: Estudio prospectivo observacional que incluye pacientes ingresados consecutivamente por IC entre noviembre de 2018 y marzo de 2019. Se realizó ecografía pulmonar a las veinticuatro horas de ingreso y previa al alta, según la técnica de Volpicelli, junto a determinación analítica del NT-pro-BNP en el mismo día. El grado de congestión se clasificó en cuatro subgrupos: no congestión (0-5 líneas), congestión ligera (6-14 líneas), congestión moderada (15-30 líneas) y congestión severa (> 30 líneas). Se aplicó la correlación de Spearman.

Resultados: Se obtuvo una N de 77 pacientes (61% hombres). Edad media de 66,33 años. El 57,1% presentaba alguna comorbilidad: 45,5% DM, 19,5% EPOC, 6,5% SAHOS y 52% insuficiencia renal. La edad media fue de 66,33 años. Tabla 1: correlación entre la ecografía pulmonar (grado de congestión) y el NT-pro-BNP a las 24 horas de ingreso. Tabla 2: correlación entre la ecografía pulmonar (grado de congestión) y el NT-pro-BNP al alta.

Conclusiones: Existe una correlación débil entre la ecografía pulmonar y los niveles de NT-pro-BNP en pacientes ingresados por IC. Probablemente los niveles de NT-pro-BNP dependen de la compleja activación neuro-hormonal-endocrina en

estos pacientes, mientras que las líneas B denotan solo congestión a nivel pulmonar.

431/33. ABLACIÓN DE FLUTTER AURICULAR TÍPICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

V. Barreto Cáceres, A. Iriarte Plasencia, L. Anmad Shihadeh, J. Lorenzo González, L. Álvarez Acosta, J. Valdivia Miranda y J. Hernández Afonso

Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El estudio electrofisiológico ha cambiado la perspectiva clínica del paciente con flutter auricular. El conocimiento de la estructura del circuito del flutter típico, siendo el mecanismo del 75-80% de las taquicardias macrorreentrantes auriculares, ha permitido desarrollar técnicas de ablación que eliminan las recidivas en > 90% de los casos.

Métodos: Estudio retrospectivo de 147 pacientes con diagnóstico de flutter auricular típico en los que se realizó ablación con radiofrecuencia del istmo cavotricuspídeo (ICT) entre enero del 2014 y diciembre del 2018, con un seguimiento mínimo de 3 meses.

Resultados: En el período comprendido entre 2014-2018, se realizó la ablación del ICT en un total de 147 pacientes, con edad media de 62 años (23,8% mujeres; 76,2% hombres). En nuestra serie, hubo un 18,4% de recurrencias, realizándose reablación en el 12,9%, con un éxito al final del seguimiento del 89,8%. El 19,7% presentó fibrilación auricular (FA) posablación en relación a mayor puntuación CHA2DS2-VASc (p, 0,015), realizándose crioablación de venas pulmonares en el 1,5% de los casos. A pesar de la alta tasa de éxito del procedimiento, el 76,2% persistía con terapia anticoagulante al final del seguimiento, correlacionado en mayor medida con la puntuación CHA2DS2-VASc (mediana de 2).

Conclusiones: La ablación con radiofrecuencia es un tratamiento eficaz del flutter, con una tasa de recurrencia baja. La FA puede ser un problema en la posablación del ICT. Se debería considerar mantener el tratamiento anticoagulante en pacientes con indicación por puntuación CHA2DS2-VASc dado el mayor riesgo de presentar en el seguimiento FA.

Comunicación 431/32 Tabla 1 – Correlación entre la ecografía pulmonar (grado de congestión) y el NT-pro-BNP a las 24 horas de ingreso

NT-pro-BNP	No congestión (0-5 líneas B), n = 18	Congestión ligera (6-14 líneas B), n = 30	Congestión moderada (15-30 líneas B), n = 13	Congestión severa (>30 líneas B), n = 4
Mediana	988,5	2.235,5	3.946	4.526,5
Rango intercuartílico *coef. correlación: 0,46	(25-75): 542,25-1.895,25	(25-75): 1.254,75-4.317	(25-75): 2.480-9.983,5	(25-75): 1.155,5-17.568,75

Comunicación 431/32 Tabla 2 – Correlación entre la ecografía pulmonar (grado de congestión) y el NT-pro-BNP al alta

NT-pro-BNP	No congestión (0-5 líneas B), n = 18	Congestión ligera (6-14 líneas B), n = 30	Congestión moderada (15-30 líneas B), n = 13	Congestión severa (> 30 líneas B), n = 4
Mediana	988,5	2.235,5	3.946	4.526,5
Rango intercuartílico *coef. correlación: 0,46	(25-75): 542,25-1.895,25	(25-75): 1.254,75-4.317	(25-75): 2.480-9.983,5	(25-75): 1.155,5-17.568,75

431/35. IMPACTO EN LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS SU PASO POR UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

C. Gamba Michel¹, R. Pimienta González¹, Z. Hernández Carballo², R. Hernández Hernández², J. Grillo Pérez¹, L. Álvarez Acosta¹, A. Fariña Ruiz¹ y J. Hernández Afonso¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ²Estudiante de Medicina, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) constituye un creciente problema de salud pública. Se cree que parte de las descompensaciones podrían evitarse si se fomenta el conocimiento de las medidas de autocuidado. Con todo ello, nos proponemos evaluar el impacto en el conocimiento de la enfermedad y en el autocuidado que supone el paso por una Unidad de IC.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen los pacientes con diagnóstico reciente de IC remitidos a la Unidad de IC de nuestro hospital. Para evaluar las medidas de autocuidado utilizamos la European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS), que los pacientes autocumplimentaron a su llegada a la unidad y 3 meses después.

Resultados: Entre septiembre y diciembre de 2018, fueron remitidos 32 pacientes, de los que el 75% eran hombres con una edad media de 68 años. Cabe destacar que un 75% eran hipertensos, un 50% presentaban diabetes mellitus y un 53% tenía un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min. Más de la mitad de los pacientes (56%) presentaban una IC con fracción de eyección reducida. Los pacientes obtuvieron una puntuación media de 33/79 en la EHFScBS en su primera visita; a los tres meses se observó una mejoría significativa en las medidas de autocuidado con un puntuación media de 22,28 ($p < 0,001$). No encontramos diferencias en función del nivel educativo o de si los cuidados eran prestados por el propio paciente o por un cuidador.

Conclusiones: Los pacientes con IC mejoran el grado de autocuidado tras su seguimiento en una Unidad de IC.

431/36. IMPLANTE DE MARCAPASOS TRANSITORIO EMPLEANDO ELECTRODO DE FIJACIÓN ACTIVA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO

D. Valdivia Miranda¹, L. Álvarez Acosta², R. Bello Hernández³, A. Vargas Díaz³, L. Martín-Fernández Martín³, N. Afonso Rodríguez³, M. Hernández Rodríguez³ y J. Hernández Afonso²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ²Cardiología; ³Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El uso de marcapasos transitorios conlleva diversas desventajas como el desplazamiento del electrodo (pérdida de estimulación), inmovilización prolongada, disconfort del paciente y aumento del riesgo de infecciones.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo en el que se describen las características de los pacientes en los que se realizó este tipo de estimulación y su evolución. El implante del electrodo de fijación activa se realizó según la técnica habitual, en septo interventricular, fijándose el electrodo directamente a la piel con un punto de sutura y conectándose a un generador externo, con capacidad de estimulación bipolar. Tras el implante, se permitió la deambulación libre en la planta.

Resultados: Se implantaron 10 marcapasos transitorios por vía yugular (80%), siendo la causa más frecuente la infección del sistema previo (80%) y sospecha de infección en paciente con bradicardia severa (20%). La edad promedio fue de 72 ± 9 años, siendo 60% de los pacientes de sexo masculino. El marcapasos transitorio permaneció implantado durante una me-

diana de 14 días (3-16), con una mediana de seguimiento de 16 meses (8-23). Todos los pacientes con autonomía para la deambulación lo hicieron, no hubo fallo de captura o dislocación del electrodo en ninguno de ellos, ni se registraron otras infecciones asociadas al dispositivo durante el seguimiento.

Conclusiones: La terapia de estimulación cardiaca de forma transitoria con un electrodo de fijación activa puede realizarse de forma segura y potencialmente evitando el disconfort y potenciales complicaciones debido a la inmovilidad prolongada del paciente.

431/37. AMILOIDOSIS CARDIACA POR DEPÓSITO DE TRANSTIRETINA WILD-TYPE: UN NUEVO HORIZONTE POR EXPLORAR

A. Martínez León¹, J. Rodríguez Reguero², M. Martín Fernández², P. Flórez Llano², A. Flores Fuentes², A. Adebá García², M. Vigil-Escalera Díaz², R. Álvarez Velasco², L. Gutiérrez de la Varga² y M. Almendárez Lacayo²

¹Medicina Interna; ²Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La amiloidosis cardiaca por depósito de transtiretina wild-type es causa no infrecuente de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada (ICFep) en pacientes de edad avanzada. La gammagrafía con ^{99m}Tc-DPD (tecnecio-3,3-difosfeno-1,2-propanodocarboxílico) permite su diagnóstico con alta sensibilidad y especificidad cuando la captación es de grado 2-3.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan todos los pacientes con diagnóstico final de amiloidosis wild-type entre febrero de 2017 y febrero de 2018 en la unidad de miocardiopatías familiares.

Resultados: 10 pacientes diagnosticados. Todos debutaron con ICFep y presentaban Hipertrofia severa de VI (HVI). Todos varones y edad media de 83,86 años ($\pm 5,14$). HTA presente en el 50%, un 60% presentaba fibrilación auricular. Media de NT-proBNP de 3370,75 pg/ml. FEVI promedio del 56%. Hallazgos ecocardiográficos: grosor del septo de 21 mm ($\pm 3,94$) y de pared posterior de 15 mm ($\pm 4,97$). 70% dilatación biauricular. El 20% presentaba disfunción diastólica grado III (ninguno de ellos con patrón diastólico normal). Diagnóstico final por gammagrafía ^{99m}Tc-DPD positiva (grado 2-3) y estudio genético para mutación en el gen de la transtiretina negativo.

Conclusiones: La ATTR wild-type es una entidad a considerar en el paciente anciano con ICFep. Los nuevos avances podrían aportar un tratamiento específico siendo importante identificarla precozmente. En nuestro centro, los pacientes diagnosticados, fueron todos varones con una media de edad mayor de 80 años, debut de ICFep con hipertrofia severa de VI de predominio septal de media 21 mm, NTproBNP elevado y dilatación biauricular con patrón diastólico alterado.

431/38. INDICACIONES Y RENTABILIDAD DEL HOLTER SUBCUTÁNEO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

K. Álvarez¹, C. Gil Guillén², F. Segura Villalobos³, J. Rodríguez Pérez², O. Medina Moreno², J. Umaña Monzón², A. Gandolfo Arencibia² y R. Zerpa Santana²

¹Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. ²CHUIMI, Las Palmas de Gran Canaria. ³Cardiología, Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El Holter subcutáneo (HS) es una herramienta válida para el estudio de eventos arrítmicos paroxísticos. Aportamos los resultados de su uso en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, en el que analizamos los implantes de HS en nuestro centro desde 2010 hasta 2018. Datos obtenidos mediante interrogación remota e historia clínica electrónica. Se definió el evento de interés como la asociación de arritmia significativa que generaba una prueba diagnóstica o tratamiento por parte de su médico.

Resultados: Se implantaron en el período de estudio 52 HS, se analizaron un total de 46. Presentaban cardiopatía estructural un 23,9% (características basales en tabla 1).

La principal indicación fue el síncope (65%) (ver tabla 2), principalmente con EKG normal, e indicados por cardiólogos (78,3%). Con un seguimiento medio de 28 meses, se registraron un total de 14 (30%) eventos relevantes (ver tabla 3); principalmente pausas significativas (36%) y FA > 6 minutos (28%). El tiempo

Tabla 1 – Características generales de la población incluida en el estudio

Implante de HS (n = 46)		
Edad (media)	50,07	
Sexo (%)	Varones	52,2
	Mujeres	47,8
Hábito tabáquico (%)	No	73,9
	Sí	13
	Exfumadores	13
Alcohol	No	95,7
	Sí	2,2
	Exbebedor	2,2
Diabéticos (%)	Sí	15,2
	No	84,8
HTA (%)	Sí	52,2
	No	47,8
Dislipémicos (%)	Sí	50
	No	50
FEVI	≥ 50%	95,7
	40-49%	2,2
	< 40%	2,1
Enfermedad renal (%)	GFR > 60	93,5
	GFR 45-60	6,5
	GFR 30-45	0
	GFR < 30 o diálisis	0
Cardiopatía estructural (%)	Sí	23,9
	No	76,1
Tipo cardiopatía (N, %)	Isquémica	4 (36,4)
	Hipertrófica	2 (18,2)
	Cardiopatía congénita	4 (36,4)
	Otra	1 (9,1)

Tabla 2 – Aspectos relacionados con la indicación del Holter sc.

Implante Holter sc. (n = 46)		
Motivo de implante (%)	Síncope	65,2
	Ictus criptogénico	21,7
	Palpitaciones	8,7
	Presíncopes	4,3
EKG basal en los pacientes con síncope (%)	BCRIHH + intervalo hv normal en EEF	9,1
	BCRDHH	6,1
	PR largo	15,2
	Otros EKG (extrasístoles ventriculares, qt largo, etc.)	12,1
	EKG normal	54,5
¿Quién solicita su implante? (%)	Cardiólogo	78,3
	Neurólogo	21,7

Tabla 3 – Aspectos relacionados con los eventos

Implante Holter sc. (n = 46)		
Tiempo de seguimiento (media en meses)	28,74	
Pacientes excluidos del seguimiento (pérdida de seguimiento) (%)	19,56	
Eventos (%)	Sí, relevantes	30,4
	Sí, poco relevantes	2,2
	No	67,4
Tipo de evento (%)	BAV de alto grado	6,7
	Pausas significativas	33,3
	TSV	6,7
	FA > 6 minutos	26,7
	TVNS	20
	Bradi-taqui	6,7
Media de tiempo hasta evento (días)	168,58	
Forma detección eventos (%)	Visita presencial	16,7
	Remoto	83,3
Actitud que motivó los eventos (%)	Iniciar ACO	21,4
	Implante de MCP	42,9
	Implante de DAI	7,1
	Realizar EEF	21,4
	Implante de MCP + ACO	7,1

medio hasta el evento fue de 169 días, se detectaron fundamentalmente por remoto (83,3%) y la principal actitud que se tomó fue implante de marcapasos (42,9%). Hubo 15 (33%) pacientes con activaciones recurrentes por síntomas sin eventos. Se encontró asociación significativa entre los eventos de interés y la presencia de bloqueo de rama. Solo hubo una complicación menor (2%) (infección cutánea) que requirió recambio.

Conclusiones: En nuestra serie, se encontró una rentabilidad (en cuanto a detección de eventos) de un tercio de los pacientes. Además, otro tercio muestran síntomas sin hallazgos relevantes lo que permite descartar el origen cardiológico de los mismos.

431/39. HIPERTIROIDISMO Y FUNCIÓN VENTRICULAR, ¿CÓMO SE RELACIONAN?

S. Cabrera Huerta, J. Medina Gil, L. González Moujir y F. Jiménez Cabrera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Se presenta un caso inusual de disfunción biventricular, severa derecha y moderada izquierda, para ilustrar el diferente efecto del hipertiroidismo sobre las cavidades cardíacas.

Métodos: Mujer de 49 años, con enfermedad de Graves-Baseadow, sin otros antecedentes, mal controlada con antitiroideos. Ingresa por insuficiencia cardíaca derecha, con fibrilación auricular (FA) rápida. La ecocardiografía evidencia disfunción ventricular izquierda moderada y derecha severa, con dilatación del ventrículo derecho (VD), aplanamiento septal diastólico e insuficiencia tricuspídea severa. Se realiza ETE, TAC cardíaco y RMN cardíaca, descartándose shunts o áreas de realce tardío de gadolinio. Tras ablación tiroidea con yodo radiactivo, las alteraciones cardíacas se normalizan.

Resultados: El hipertiroidismo produce un estado hiperdinámico, con aumento de la función ventricular por mayor contractilidad, disminución de resistencias vasculares periféricas

y aumento de la precarga. La insuficiencia cardíaca izquierda es rara en pacientes jóvenes sin cardiopatía, pero cuando está presente, el 95% de las veces se asocia a taquiarritmias. La hipertensión pulmonar (HTP) se explica por el aumento de la precarga y de la función cardíaca inicial, pero sin disminución de las resistencias vasculares pulmonares por alteraciones endoteliales, generando sobrecarga de presión derecha que produce dilatación y disfunción del VD.

Conclusiones: Cuando aparece insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular en el hipertiroidismo, debemos descartar taquiarritmias (disfunción VI) o HTP (disfunción VD). La diferencia en la severidad de la disfunción entre VI y VD se explica por una fisiopatología diferente. En casos de personas jóvenes sin cardiopatía, con insuficiencia cardíaca, FA o HTP primaria, se debe descartar el hipertiroidismo.

431/40. DAÑO MIOCÁRDICO ASOCIADO A PROPOFOL

A. Flores Fuentes, A. Martínez León, P. Flórez Llano, M. Vigil-Escalera Díaz, A. Adeba García, R. Álvarez Velasco, L. Gutiérrez de la Varga, M. Almendárez Lacayo, L. Díaz-Chirón Sánchez y J. Martínez González

Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Varón de 25 años sin antecedentes de importancia. En marzo de 2018 presenta traumatismo ocular izquierdo con desprendimiento de retina realizándose cerclaje, vitrectomía e inyección de aceite de silicona.

Métodos: En octubre de 2018 precisa 2.^a intervención quirúrgica ocular. Después de la intervención cursa con dolor centro-torácico opresivo, hemoptoicos y desaturación de oxígeno. Se documenta uso de propofol como anestésico. A la exploración física destaca PA 97/60 mmHg, crepitantes inspiratorios en campos pulmonares. ECG en RS con T negativa en V1, V2 y I y aVL. En TC tórax existe infiltrado alveolar bilateral. Analítica destaca CPK pico de 514 UI/L y TnT pico de 2598 ng/ml. Gasometría arterial: pH: 7,40, pO₂: 51 mmHg, pCO₂: 40 mmHg. ECOTT con FEVI conservada sin alteraciones segmentarias de la contractilidad.

Resultados: Ingresa en U. Coronaria por cuadro de lesión pulmonar aguda (LPA). Evoluciona de manera favorable con disminución de los marcadores de daño, sin eventos en telemetría y resolución del cuadro respiratorio.

Conclusiones: La lesión pulmonar aguda por propofol se explica fisiopatológicamente por incremento de la permeabilidad alveolocapilar permitiendo el paso del anestésico al alveolo. El daño miocárdico es secundario a la vasodilatación, hipotensión e hipoxia que se produce en este contexto, aunque también esta descrito que el propofol afecta la cadena respiratoria mitocondrial, bloquea receptores beta-adrenérgicos y los canales de calcio a nivel cardíaco produciendo en ocasiones arritmias, deterioro hemodinámico o choque cardiogénico por lo cual es necesario la vigilancia estrecha en una unidad de cuidados intensivos.

431/41. ¿PODEMOS MONITORIZAR CON TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA A LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL A LOS QUE SE REALIZA UN CATETERISMO?

R. Pimienta González, M. Rodríguez Esteban, J. Grillo Pérez, C. Rubio-Iglesias García y J. Hernández Afonso

Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Un 5% de los pacientes remitidos a cateterismo llevan tratamiento con anticoagulación oral y su manejo para

minimizar las complicaciones hemorrágicas y trombóticas supone un reto. Nos planteamos si existe algún tipo de relación entre la relación normalizada internacional (INR) y el tiempo de coagulación activada (ACT) y si solo la anticoagulación oral con un INR > 2,5 es suficiente para realizar procedimientos terapéuticos.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen los pacientes anticoagulados con acenocumarol remitidos para cateterismo, a los que se practica un control de INR y ACT basal. **Resultados:** Entre el 1 de diciembre de 2016 y el 31 de enero de 2018, se incluyeron 43 pacientes, de los que un 67,4% eran hombres con una edad media de 69,8 años. Un 30,2% de ellos eran hipertensos, un 39,5% presentaban diabetes mellitus y tenían un aclaramiento de creatinina medio de 71,9 ml/min/m². El motivo más frecuente de anticoagulación fue la fibrilación auricular (95,5%). Un 90,7% de los procedimientos se realizaron vía radial. El INR medio previo fue de 2,01. Encontramos una correlación positiva moderada entre los niveles preprocedimiento de INR y ACT ($r = 0,664$). Sin embargo, los pacientes no alcanzaban los niveles de ACT que se requieren para la realización de un cateterismo terapéutico, incluso aquéllos con un INR > 2,5.

Conclusiones: Existe una correlación positiva moderada entre el INR y el ACT en pacientes anticoagulados con acenocumarol, pero por sí sola probablemente sea insuficiente para llevar a cabo un cateterismo terapéutico.

431/42. COMPLICACIONES VASCULARES FEMORALES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACCESO RADIAL PARA EL CATETERISMO CARDÍACO

A. Iriarte Plasencia¹, M. Rodríguez Esteban², J. Lorenzo González², V. Barreto Cáceres², R. Pimienta González², C. Rubio-Iglesias García², J. Grillo Pérez², N. Torres González², L. Anmad Shihadeh² y J. Hernández Afonso²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ²Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Desde febrero de 2014 se implementó en nuestro centro un programa de cateterismo cardíaco izquierdo por vía radial, pasando el porcentaje de accesos femorales de un 100% a un 15% del total de procedimientos. Nuestro objetivo es comprobar si existe un aumento significativo de complicaciones vasculares femorales y los posibles motivos para ello.

Métodos: Se compararon dos cohortes prospectivas de pacientes consecutivos: la primera, de 917 pacientes con cateterismos realizados por vía femoral antes de la implementación del programa de acceso radial y la segunda, de 166 pacientes, 5 años después de la implementación del mismo. Realizamos un test de regresión logística binaria incluyendo las variables potencialmente relacionadas con la aparición de complicaciones.

Resultados: En el segundo periodo hemos experimentado un aumento de las complicaciones vasculares femorales (3,7 vs. 9,0%, $P = 0,002$). En el análisis de regresión, además del uso simultáneo de dos heparinas (OR, 3,01, IC 95%: 1,49-6,07, $P = 0,002$) y del acceso con introductores > 6F (OR, 3,29, IC 95%: 1,49-6,07, $P = 0,034$), el segundo periodo (OR, 2,63, IC 95%: 1,15-6,00, $P = 0,02$) se relacionó de forma independiente con la aparición de complicaciones.

Conclusiones: Tras la implementación de un programa de acceso radial, hemos experimentado un incremento llamativo en el número de complicaciones vasculares femorales que no pueden explicarse sólo por aspectos técnicos o del paciente y

que nos obligan a profundizar sobre la posible pérdida de experiencia.

431/43. HEMOCULTIVOS NEGATIVOS QUE LO COMPLICAN TODO

N. Torres González, A. Quijada Fumero, A. Laynez Carnicero, M. Rivera Zambrano, A. Iriarte Plasencia, L. Anmad Shihadeh, J. Lorenzo González, M. Facenda Lorenzo, M. Farrais Villalba y J. Hernández Afonso

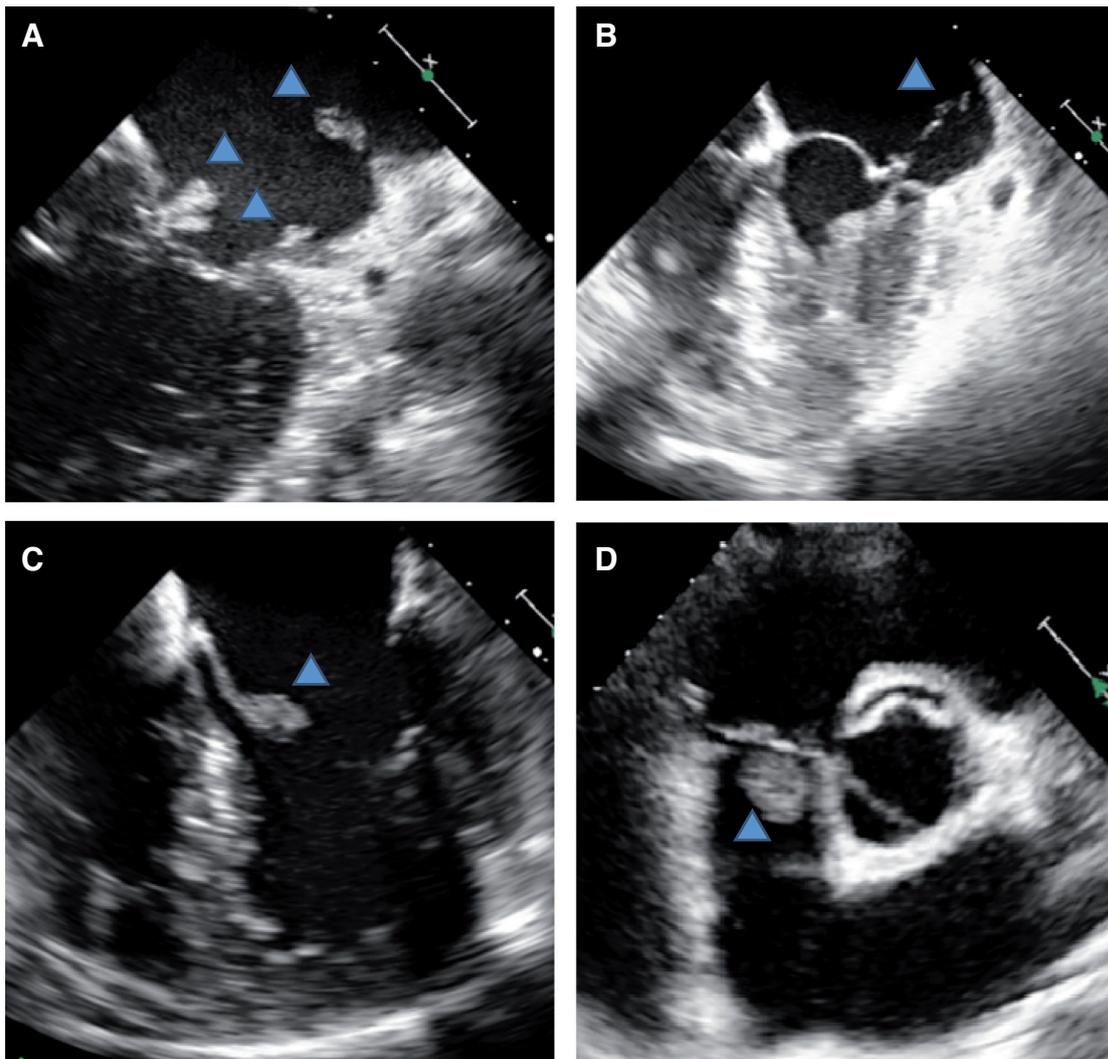
Cardiología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La endocarditis trombótica no bacteriana (ETNB) se caracteriza por la formación de vegetaciones estériles de fibrina, hematíes y plaquetas sobre las válvulas cardíacas, relacionándose con neoplasias y cuadros autoinmunes. Su patogénesis y tratamiento no están del todo claros. Nuestro objetivo es evaluar las características y el manejo terapéutico en un grupo de pacientes, y compararlo con la evidencia actual sobre esta enfermedad.

Métodos: Se reporta una serie de cinco pacientes con diagnóstico de ETNB en nuestro centro entre 2014 y 2018.

Resultados: Se trata de cuatro mujeres y un varón, de entre 39 y 55 años. Todos padecían enfermedades autoinmunes: cuatro lupus eritematoso sistémico (tres de ellos Ac anticardiolipina positivo) y uno artritis reumatoide. En tres pacientes el ecocardiograma transtorácico permitió identificar las vegetaciones. Todos tenían afectación del corazón izquierdo, asociando uno además afectación tricúspide. La válvula más frecuentemente implicada fue la mitral. Cuatro pacientes presentaban embolismos periféricos en el momento del diagnóstico, existiendo en todos ellos embolización cerebral. El debut clínico más frecuente fue el ictus. Sólo en una paciente los hemocultivos fueron positivos, interpretándose como endocarditis marántica sobreinfectada. Se remitió un único caso a cirugía, por insuficiencia aórtica severa, sin que dicha valvulopatía guardara relación con la ETNB. De los pacientes que sobrevivieron, dos se trataron al alta con acenocumarol, y otro con AAS.

Conclusiones: La ETNB es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada cuya fisiopatología y manejo clínico siguen generando dudas. Debe sospecharse en pacientes con enfermedad crónica debilitante y embolismos periféricos. Si se desconoce una patología predisponente, debe descartarse.



Comunicación 431/43 Figura. A: Vegetaciones sobre velo posterior mitral y pared posterolateral de la aurícula izquierda. B: Material trombótico anclado al músculo papilar posteroinferior que protruye hacia la aurícula durante la sístole ventricular. C: Masa adherida a borde libre de velo anterior mitral. D: Vegetación en velo septal de válvula tricúspide.

Comunicación 431/43 Tabla - Resumen de las características de los pacientes

Edad	Sexo	Enfermedad base	aCL	Otros Ac+	ACO previa	Debut	ETT diagnóstico	Válvula afectada	IM	Embolización	Qx	Tratamiento alta	Éxito
39	V	LES	Sí	-	No	Ictus	No	VAM	No	Cerebral	No	AAS	No
54	M	LES, trombopenia autoinmune	No (+ en el pasado)	Anticoagulante lúpico	No	Fiebre y dolor abdominal	No (se interpretó rotura cuerda)	MP posteroinferior	III	Cerebral, esplénica y renal	No	Aceno-cumarol	No
54	M	LES, anemia hemolítica	Sí	ANA	Aceno-cumarol y ETNB previa	Síndrome constitucional	Sí	VPM y pared aurícula	IV	Cerebral	No	-	Sí, (ictus)
50	M	LES, trombopenia autoinmune	Sí	Anti-DNA, ANA	Apixabán por TVP y TEP	Ictus	Sí	VPM	I	Cerebral y esplénica	No	Aceno-cumarol	No
45	M	AR	No	FR, antipéptido citrulinado	No	IC	Sí	VPM y velo septal tricúspide	IV	Mesentérica (pos-Qx)	Sí la Ao severa	-	Sí, (isq. intestinal pos-Qx)

aCL: anticuerpos anticardiolipina. ACO: anticoagulación oral. ANA: anticuerpos antinucleares. AR: artritis reumatoide. ETT: ecocardiograma transtorácico. IM: insuficiencia mitral (grado). LES: lupus eritematoso sistémico. M: mujer. MP: músculo papilar. V: varón. VAM: velo anterior mitral. VPM: velo posterior mitral.

431/45. SEGURIDAD DEL SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN LOS PACIENTES NAÏVE. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO SAVE-RLIFE

M. Fernández de Sanmamed Girón, M. Galván Ruiz, M. Singh, P. Peña Ortega, B. Hernández Meneses, M. Blanco Nuez, H. Mendoza Lemes, M. Groba Marco, A. García Quintana y E. Caballero Dorta

Cardiología, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Existe poca evidencia en vida real sobre la seguridad del inicio de sacubitrilo-valsartán (SV) en pacientes naïve (sin IECA/ARAII previo al inicio del SV), por lo que analizaremos la seguridad, tolerabilidad y eficacia del fármaco en este subgrupo.

Métodos: Se analizaron 307 pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida incluidos en el registro SAVE-RLIFE (Evidencias en vida real con sacubitrilo-valsartán). Se clasificó a los pacientes según tuvieran o no IECA/ARAII previo al inicio del SV: grupo naïve y grupo control respectivamente.

Características basales, datos analíticos y evolución clínica en ambos grupos

	Pacientes IECA/ARA II basal, N = 269 (87,6%)	Pacientes naïve, N = 38 (12,4%)	P valor
Seguimiento	342 (189; 537)	161 (40; 359)	< 0,001
Edad	65,95 ± 10,45	66,24 ± 11,99	0,887
Mujeres	67 (24,9%)	10 (26,3%)	0,851
Cardiopatía Isquémica	142 (53%)	17 (44,7%)	0,341
HTA	195 (72,8%)	23 (60,5%)	0,119
DM tipo 2	118 (44%)	15 (39,5%)	0,596
DLP	149 (55,6%)	20 (52,6%)	0,731
FA	99 (37,1%)	12 (31,6%)	0,510
TRC	38 (14,2%)	0 (0%)	0,042
DAI	55 (20,6%)	4 (10,5%)	0,141
Presión arterial sistólica (PAS) previa	123 (109; 138)	118,5 (95; 129)	0,182
PAS pos-PAS última	118,5 (102; 133)	108 (100; 117,5)	0,029
GFR previo	120,5 (101; 133)	105 (99; 131)	0,108
GFR último	68,18 (54,82; 83,65)	64,91 (56,75; 87,51)	0,843
Pro-BNP previo	62,55 (47,54; 80,8)	63,24 (46; 87,3)	0,653
Pro-BNP último	2.368 (1.023; 5.189)	2716 (886; 4135)	0,654
Diferencial pro-BNP (último - previo)	1.023 (364; 3.568)	735 (438; 2.373)	0,820
Visitas o ingresos por IC tras inicio del SV	-1.345	-1.935	0,698
Efectos secundarios	0,45 ± 1,02	0,08 ± 0,27	0,024
Fracaso renal agudo	45 (16,9%)	3 (7,9%)	0,156
Hipo-TA sintomática	26 (9,7%)	3 (7,9)	0,717
Hipo-TA asintomática	26 (9,7%)	6 (15,8%)	0,255
Hiperpotasemia	41 (15,4%)	6 (15,8%)	0,945
Discontinuación			
Temporal	12 (4,5%)	1 (2,6%)	0,546
Definitiva	18 (6,7%)	0 (0%)	0,099
Éxito	25 (9,4%)	0 (0%)	0,049

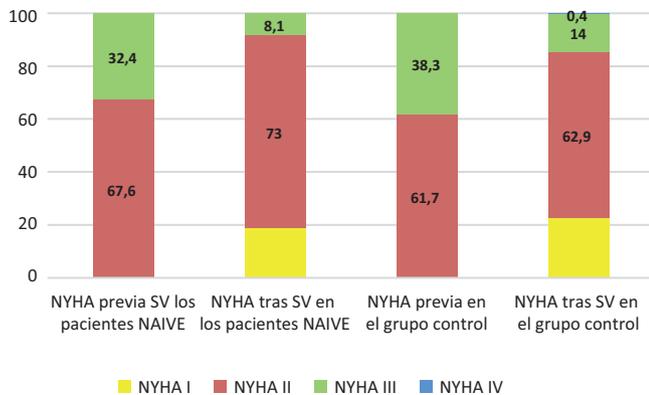


Figura 1. Evolución de la NYHA en los diferentes subgrupos.

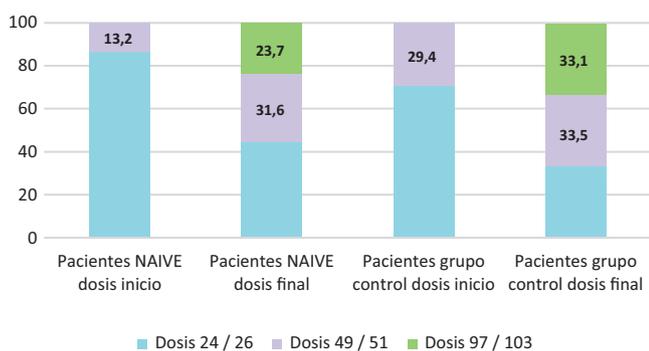


Figura 2. Titulación del sacubitrilo-valsartan en ambos grupos.

Resultados: En el grupo naïve hubo 38 pacientes (12,4%), 26,3% mujeres, con una mediana de seguimiento de 161 días. No existieron diferencias significativas en cuanto a las características basales en ambos grupos (tabla), si bien no hubo ningún paciente en el grupo naïve con dispositivos de resincronización cardiaca. Ambos grupos presentaron una mejoría en cuanto a la clase funcional (figura 1) y del NT-proBNP (tabla). La titulación del SV se muestra en la figura 2. No hubo diferencias significativas en cuanto a efectos secundarios. Un paciente en el grupo naïve discontinuó temporalmente el SV, y ningún paciente falleció en el seguimiento.

Conclusiones: A pesar del bajo tamaño muestral de los pacientes en el grupo naïve, sacubitrilo-valsartán parece un fármaco seguro y eficaz para empezar en pacientes sin IECA/ARAII previamente.

431/46. ADHERENCIA A LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA VS. LOS ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Gómez Pagés¹, M. Peña Bolaños², S. Luzardo Cabrera², Y. Ramos de León³, J. Vilar Rodríguez⁴, C. Estévez Bolaños⁵, R. Sierra Farinelli¹, C. Hernández Pantoja¹, M. García López⁵ y M. Gordillo Martín³

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Titerroy, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Valterra, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria. ³Hematología; ⁴Farmacia, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Tías, Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Cardiología, Hospital Dr. José Molina Orosa, Arrecife, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La adherencia al tratamiento anticoagulante es de vital importancia para evitar eventos tromboembólicos.

Métodos: Se comparó de manera prospectiva la adherencia al tratamiento anticoagulante entre los pacientes en tratamiento con antivitaminas K (AVK) y los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en un área de salud, mediante una escala de adherencia de 8 puntos que clasificaba a los pacientes en buena, moderada y baja adherencia. Se realizó una Ji cuadrado. El programa estadístico utilizado fue STATA en su versión 12.

Resultados: En octubre de 2018, de las 46.985 personas pertenecientes a un área de salud, 558 estaban en tratamiento anticoagulante (362 con AVK y 196 con ACOD). A marzo de 2019 se recogieron datos sobre la adherencia a la medicación de 312 pacientes. Según una escala de adherencia a la medicación el 45% de los pacientes en tratamiento con AVK tenían una buena adherencia al tratamiento, el 38% una adherencia moderada y el 17% una mala adherencia. Por su parte el 51% de los pacientes en tratamiento con ACOD tenían una buena adherencia, el 37% una moderada adherencia y el 12% una mala adherencia. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,45)

Conclusiones: No se objetivó una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia al tratamiento entre los pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK y ACOD.

431/47. USO DEL SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN PACIENTES ANCIANOS. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO SAVE-RLIFE

M. Galván Ruiz¹, M. Singh¹, M. Fernández de Sanmamed Girón¹, M. Groba Marco¹, J. Medina Gil², D. Rúa Erausquin¹, C. Godoy Camacho¹, I. Menduïña Gallego³, E. Caballero Dorta¹ y A. García Quintana¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Cardiología, Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. ³Cardiología, Hospital HM Delfos, Barcelona.

Introducción: La edad media en el PARADIGM-HF fue de 63,8 años, estando la población anciana infrarrepresentada. Dado la escasez de datos analizamos la seguridad y eficacia de sacubitrilo-valsartán en esta población en vida real.

Métodos: Se realizó un subanálisis de 307 pacientes incluidos en el estudio SAVE-RLIFE (evidencias en vida real con SV), realizando en función de la edad tres grupos: < 65 años, de 65-74 años y ≥ 75 años.

Resultados: Un 43,6% tenían < 65 años, un 30,6% entre 65-74 años y el 25,7% más de 75 años; mediana de seguimiento > 300 días. El grupo de ≥ 75 años tenían significativamente

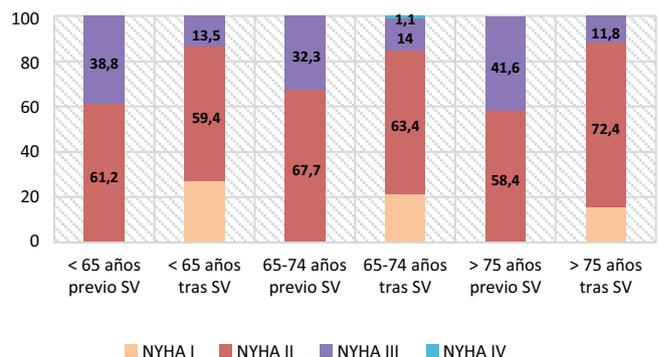


Figura 1. Evolución de la NYHA en los diferentes subgrupos.

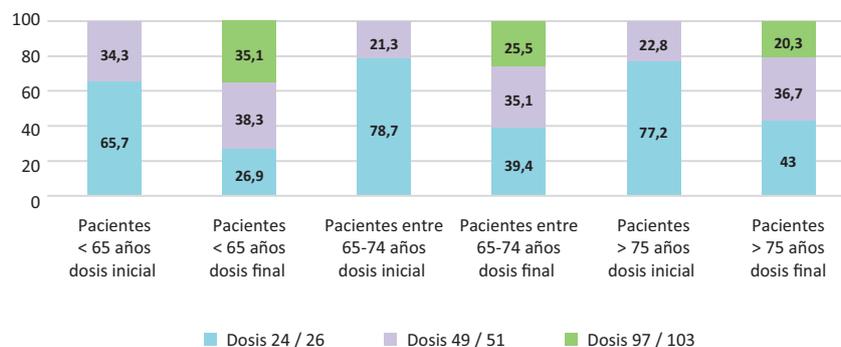


Figura 2. Titulación del sacubitrilo-valsartán en ambos grupos. En los pacientes ancianos (> 75 años) hay una menor prevalencia de uso al inicio del tratamiento de dosis media con SV ($p = 0,053$), así como una significativa menor titulación a la dosis alta durante el seguimiento ($p = 0,004$) con respecto a los otros subgrupos.

Características basales, datos analíticos y evolución clínica en ambos grupos				
	Pacientes < 65 años, 134 (43,6%)	Pacientes 65-74 años, 94 (30,6%)	Pacientes ≥ 75 años, 79 (25,7%)	P valor
Mujeres	28 (20,9%)	24 (25,5%)	25 (31,6%)	0,215
Cardiopatía Isquémica	65 (48,5%)	49 (52,1%)	45 (57%)	0,489
HTA	80 (59,7%)	74 (78,7%)	65 (82,3%)	< 0,001
DM tipo 2	50 (37,3%)	44 (46,8%)	40 (50,6%)	0,127
DLP	66 (49,3%)	58 (61,7%)	45 (57%)	0,164
FA	35 (26,1%)	38 (40,9%)	38 (48,1%)	0,003
TRC	16 (11,8%)	12 (12,8%)	10 (12,7%)	0,660
DAI	35 (26,1%)	15 (16,1%)	9 (11,4%)	0,020
Tratamiento basal				
Betabloqueantes	118 (87,8%)	77 (81,9%)	68 (86,1%)	0,500
IECA / ARA II	118 (87,8%)	78 (83%)	72 (91,1%)	0,233
Antialdosterónicos	94 (70,7%)	59 (62,8%)	45 (57%)	0,116
IVABRADINA	27 (19,6%)	12 (12,8%)	1 (1,3%)	0,003
ISGLT 2	20 (14,9%)	20 (21,3%)	12 (15,7%)	0,404
Datos analíticos				
GFR pre-	72,36 (60,3; 91,31)	64 (52,3; 79,6)	56,8 (43,3; 72,2)	< 0,001
GFR última	73,6 (58,9; 93,75)	57,44 (45,3; 72,2)	60,5 (40,98; 73,9)	< 0,001
Dif. GFR	+1,24	-6,56	+3,7	0,032
Pro-BNP pre-	1.495 (607; 3.504)	2.257 (895; 5.019)	2.883 (1.212; 5.410)	0,002
Pro-BNP último	719 (184; 2.168)	1.252 (571; 4.213)	2.042 (744; 6.719)	< 0,001
Dif. pro-BNP	-776	-1.005	-841	0,915
Visitas o ingresos por IC previo SV	0,72 ± 1,03	0,80 ± 1,16	1,00 ± 1,16	0,308
Visitas o ingresos por IC tras SV	0,37 ± 0,97	0,37 ± 0,953	0,49 ± 0,972	0,248
Fracaso renal agudo	19 (14,2%)	15 (16,1%)	14 (17,7%)	0,782
Hipo-TA sintomática	15 (11,2%)	8 (8,6%)	6 (7,6%)	0,647
Hipo-TA asintomática	14 (10,4%)	9 (9,7%)	8 (10,1%)	0,676
Hiperpotasemia	15 (11,2%)	21 (22,6%)	11 (13,9%)	0,059
Diarreas	6 (4,5%)	3 (3,2%)	1 (1,3%)	0,444
Mareos	4 (3,0%)	8 (8,5%)	5 (6,3%)	0,187
Nauseas/Vómitos	1 (0,7%)	2 (2,2%)	2 (2,5%)	0,547
Discontinuación definitiva	7 (5,2%)	5 (5,4%)	6 (7,7%)	0,927
Éxito	10 (7,5%)	7 (7,5%)	8 (10,1%)	0,762

más comorbilidades, mientras que el grupo < 65 años más dispositivos (tabla). El tratamiento basal es similar, excepto mayor prescripción de antialdosterónicos e ivabradina en el grupo de menor edad. Existe una mejoría en la clase funcional en todos los subgrupos, con una mayor prevalencia de NYHA I en < 65 años ($p = 0,152$) (figura 1). La titulación del SV se muestra en la figura 2. Se objetiva una reducción marcada del NT-pro-BNP (independiente del rango de edad) y un me-

nor filtrado glomerular basal y tras uso del SV (a medida que aumenta la edad) ($p = 0,032$). Los efectos adversos, las descompensaciones por IC, la discontinuación del SV y mortalidad son similares en los distintos subgrupos.

Conclusiones: El SV es bien tolerado y eficaz en pacientes de mayor edad (más representativos de la población que se atiende en la práctica clínica diaria), a pesar de tener más comorbilidades.

431/50. TERAPIA COMBINADA CON INHIBIDOR DE NEPRILISINA-RECEPTOR DE ANGIOTENSINA E INHIBIDOR DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2. REGISTRO DE VIDA REAL

M. Singh¹, M. Galván Ruiz¹, M. Fernández de Sanmamed Girón¹, M. Groba Marcos², E. Pérez Nogales³, J. Medina Suárez², P. Bujanda Morun², A. Cárdenes León², V. Quevedo Nelson² y A. García Quintana¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ³Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Inhibidor de neprilisina y receptor de angiotensina (INRA) e inhibidor de transportador sodio-glucosa tipo-2 (iSGLT2) han demostrado una reducción significativa de la mortalidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca. El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución clínica y analítica de los pacientes con insuficiencia cardíaca bajo terapia combinada con INRA e iSGLT2.

Métodos: SAVE-RLIFE (Sacubitril-Valsartan Evidence in Real Life) es un registro ambispectivo, multicéntrico de pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI deprimida bajo tratamiento con INRA entre SEP2016 y MAR2019. Se analizan 4 grupos de pacientes según si son diabéticos o no y si recibían terapia combinada o no.

Resultados: Se incluyeron 307 paciente en total, 46,9% son diabéticos y 16,9% de ellos recibían terapia combinada. No hubo diferencias significativas en edad ni etiología de la insuficiencia cardíaca, siendo la edad media de 66,26 ± 11,55 y cardiopa-

tía isquémica la etiología principal (significativamente más frecuente en grupo de diabéticos). La evolución clínica avaluada mediante clasificación NYHA fue similar. No hubo diferencias significativas en cuanto a la aparición de efectos secundarios (tabla). La tasa de filtrado glomerular no muestra reducción clínicamente relevante ni estadísticamente significativa a pesar de la terapia combinada (71,54 a 65 ml/min en grupo de terapia combinada, 63,42 a 62 ml/min en el grupo sin iSGLT2). No hay diferencias significativas en la mortalidad.

Conclusiones: INRA e iSGLT2 en terapia combinada parecen tener buen perfil de seguridad, sin aumento significativo de sus efectos adversos ni disminución de eficacia clínica. Un seguimiento prolongado de esto paciente es necesario.

431/51. EMPLEO DEL MAPA DE TENSIÓN ARTERIAL PARA LA DETECCIÓN DE PATRONES TENSIONALES ANÓMALOS PERSISTENTES EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y SU POSIBLE UTILIDAD EN EL AJUSTE TERAPÉUTICO ACORDE A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

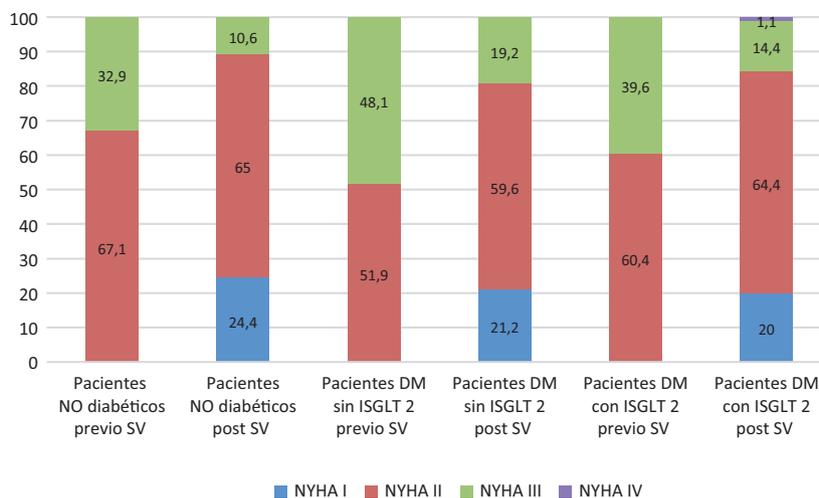
M. Gutiérrez Feijoo¹, F. Soto Loureiro², A. Escudero González², R. Guerola Segura², M. Basalo Carbajales², M. Vázquez Caamaño², R. Fernández Álvarez², M. Vilar Freire², A. Silveira Correa² y J. Arias Castaño²

¹Servicio de Cardiología, Hospital POVISA, Vigo. ²Hospital POVISA, Vigo.

Introducción: Estudiar la prevalencia de patrones alterados de tensión arterial y si el ajuste de tratamiento guiado por

Comunicación 431/50 Tabla

	Pacientes no diabéticos, N = 163 (53,1%) (grupo 1)	Pacientes diabéticos, N = 144 (46,9%) (grupo 2)	P valor (grupo 1 vs. grupo 2)	Pacientes diabéticos con ISGLT 2, N = 52 (16,9%) (grupo 3)	Pacientes diabéticos sin ISGLT 2, N = 92 (30%) (grupo 4)	P valor (grupo 3 vs. grupo 4)
Edad	64,72 ± 12,94	67,8 ± 10,16	0,002	66,63 ± 10,73	68,46 ± 9,82	0,444
Género femenino	45 (27,6%)	32 (22,2%)	0,277	12 (23,1%)	20 (21,7%)	0,853
Etiología						
Cardiopatía Isquémica	72 (44,2%)	87 (60,4%)	0,004	30 (57,7%)	57 (62%)	0,615
Características basales						
HTA	95 (58,3%)	124 (86,1%)	< 0,001	42 (80,8%)	82 (89,1%)	0,163
DLP	78 (47,6%)	91 (63,2%)	0,007	33 (63,5%)	58 (63%)	0,960
FA	55 (33,7%)	56 (39,2%)	0,325	20 (38,5%)	36 (39,6%)	0,897
TRC	19 (11,7%)	19 (13,2%)	0,516	10 (19,2%)	9 (9,8%)	0,105
DAI	36 (22,2%)	23 (16%)	0,167	13 (25%)	10 (10,9%)	0,026
Tratamiento basal						
Betabloqueantes	131 (80,4%)	132 (92,3%)	0,003	50 (96,2%)	82 (90,1%)	0,192
IECA / ARA II	141 (86,5%)	128 (88,9%)	0,526	48 (92,3%)	79 (86,9%)	0,316
Antialdosterónicos	109 (66,9%)	89 (62,2%)	0,397	36 (69,2%)	53 (58,2%)	0,192
Ivabradina	15 (9,2%)	25 (17,5%)	0,032	13 (25%)	12 (13,2%)	0,074
Datos analíticos						
GFR pre-	67,1 (53,3; 86,9)	65 (53,5; 77,7)	0,100	71,54 (57,56; 84)	63,42 (51; 72,69)	0,159
GFR última	67,19 (51,5; 81,63)	62,9 (47; 82,1)	0,344	65 (52,5; 86,7)	62 (44,57; 80,94)	0,215
Diferencial GFR	+ 0,09	-2,1	0,973	-6,54	-1,42	0,387
Pro-BNP pre-	2734 (763; 4.950)	2.325 (1.014; 5.189)	0,187	2.487 (739; 6.405)	2.201 (1.046; 5.134)	0,351
Pro-BNP último	894 (260; 2.587)	1.448 (577; 3.842)	0,052	1.217 (362; 4.478)	1.644 (623; 3.636)	0,729
Diferencial pro-BNP	-1.840	-877	0,143	-1.270	-557	0,867
Visitas al SUH tras SV	0,30 ± 0,862	0,51 ± 1,06	0,005	0,49 ± 0,987	0,52 ± 1,10	0,905
Efectos secundarios						
Fracaso renal agudo	22 (13,5%)	26 (18,2%)	0,261	10 (19,6%)	16 (17,4%)	0,742
Hipo-TA sintomática	14 (8,6%)	15 (10,5%)	0,571	8 (15,7%)	7 (7,6%)	0,131
Hipo-TA asintomática	19 (11,7%)	13 (9,1%)	0,464	7 (13,7%)	6 (6,5%)	0,151
Hiperpotasemia	21 (12,9%)	26 (18,2%)	0,200	11 (23,5%)	14 (15,2%)	0,217
Visitas al SUH tras SV	0,30 ± 0,862	0,51 ± 1,06	0,005	0,49 ± 0,987	0,52 ± 1,10	0,905



Comunicación 431/50 Figura. Evolución NYHA de los diferentes subgrupos.

MAPA de TA; permite corregir dichos patrones para conseguir objetivos terapéuticos así como evaluar su posible influencia en el pronóstico.

Métodos: Entre noviembre de 2015 y enero de 2018 se seleccionaron 101 pacientes a seguimiento en la consulta especializada de insuficiencia cardíaca, para realización de MAPA a criterio del clínico responsable.

Resultados: Encontramos un predominio de varones (83%), con edad media de 66,5 (\pm 10,52), 43% eran diabéticos; con mayoría de no isquémicos que corresponde a 50 pacientes (49,5%), presentaron al menos un ingreso por IC 73 pacientes (72,3%). Detectamos un patrón tensional normal únicamente en 25 pacientes (24,8%). En relación con el ajuste terapéutico previamente recibían betabloqueantes 92 pacientes (91,1%), IECA, 87 (86,1%) y ARM, 64 (63,4%) alcanzando dosis plena tras MAPA respectivamente 35 (34,7%), 42 (41,6%) y 27 (26,7%). Encontramos diferencias en niveles de Nt-pro-BNP, variación de niveles de creatinina, clase funcional y disminución de ingresos antes y después del ajuste guiado. La tolerancia a la prueba fue excelente consiguiendo lecturas satisfactorias en el registro en 95% e Interpretable las 24 horas en el 93%

Conclusiones: En nuestro estudio el MAPA es un método sencillo, bien tolerado y económico. Puede ser un instrumento adecuado para conseguir un ajuste más optimizado de la medicación y así corregir patrones patológicos persistentes a pesar del tratamiento convencional. Dicho ajuste podría influir en una mejora de la clase funcional, pronóstico e ingresos.

431/52. ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO Y TAMAÑO DEL INFARTO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

M. Rivera Zambrano¹, Y. Fernández Dávila¹, N. Torres González¹, V. Ramos Reyes¹, P. Cappellesso¹, S. Hernández Castellano¹, V. Barreto Cáceres¹, C. Martín Benito², A. Iriarte Plasencia¹ y J. Hernández Afonso¹

¹Cardiología; ²Enfermería, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El índice neutrófilo/linfocito (INL), definido como el recuento absoluto de neutrófilos dividido por el recuento de linfocitos, es un marcador inflamatorio de valor pronóstico en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

El objetivo de este estudio fue evaluar si el INL se relaciona con el tamaño del infarto en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST).

Métodos: Estudio retrospectivo, que incluye 83 pacientes con IAMCEST tratados con angioplastia primaria. El INL se obtuvo en el primer hemograma realizado generalmente tras la llegada al hospital. El tamaño del infarto se analizó según la mediana del pico de troponina (infarto extenso, por encima de la mediana; infarto no extenso, por debajo de la mediana). **Resultados:** De los 83 pacientes incluidos, 70 (84,3%) eran varones; 30 (36,1%) diabéticos, 41 (49,3%) hipertensos, 35 (42,1%) dislipémicos y 59 (71%) fumadores. Los pacientes con IAMCEST extensos presentaron una mediana de INL superior (8,75) comparado con los que tenían infartos no extensos (5,4) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,01$).

Conclusiones: En pacientes con IAMCEST un índice neutrófilo/linfocitos elevado sería un factor predictor del tamaño del infarto. Al ser un sistema económico, rápido y no invasivo nos ayudaría a identificar a pacientes con mayor riesgo.

431/54. ¿TIENEN LOS ISGLT2 UN PAPEL EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE EVENTOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y RENALES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2?

D. Báez Espino¹, N. Ojeda García¹, C. Ojeda Sadhwani², I. Monzo Souto¹, A. Kuzior³, M. Niveló Rivadeneira³, P. Fernández-Trujillo Comenge³, C. Acosta Calero⁴, A. Santana Suárez³ y F. Martínez Martín¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Gregorio, Telde, Las Palmas. ³Servicio de Endocrinología; ⁴Consulta Monográfica de HTA, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las guías terapéuticas actuales para la diabetes mellitus tipo 2 recomiendan tratamiento preferente con iSGLT2 o ARGLP-1 (+ metformina) solamente en pacientes con eventos cardiovasculares previos. Nuestro objetivo es dilucidar si el conjunto de la evidencia sugiere que también en los pacientes en prevención cardiovascular primaria los iSGLT2 deberían ser considerados prioritariamente.

Métodos: Revisión de la literatura y metaanálisis de los ensayos con objetivos cardiovasculares basados en iSGLT2.

Resultados: El riesgo para MACE-3P (mortalidad cardiovascular + infarto de miocardio e ictus no mortales) se reduce consistentemente con iSGLT2 vs. placebo en pacientes en prevención cardiovascular secundaria (cociente de riesgo, 0,86, intervalo, 0,80-0,93, $p = 0,0002$) pero no en pacientes en prevención primaria (cociente de riesgo, 1,0, intervalo, 0,87-1,16, $p = 0,98$). Sin embargo, el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca se reduce consistentemente con iSGLT2 tanto en pacientes en prevención primaria (cociente de riesgo, 0,64, intervalo, 0,48-0,85, $p = 0,0021$) como en prevención secundaria (cociente de riesgo, 0,71, intervalo, 0,62-0,82, $p < 0,0001$); y el riesgo de eventos renales se reduce consistentemente con iSGLT2 tanto en pacientes en prevención primaria (cociente de riesgo, 0,54, intervalo, 0,42-0,71, $p < 0,0001$) como en prevención secundaria (cociente de riesgo, 0,56, intervalo, 0,47-0,67, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Las guías terapéuticas actuales para la diabetes mellitus tipo 2 limitan justificadamente la recomendación preferencial de iSGLT2 o ARGLP-1 a los pacientes con eventos cardiovasculares previos (prevención cardiovascular secundaria) para la reducción de riesgo de MACE-3P. Sin embargo, para la prevención de eventos de insuficiencia cardiaca y renales, en futuras ediciones esta preferencia debería extenderse a los pacientes en prevención cardiovascular primaria.

431/55. CONSENSO DELPHI SOBRE EL MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN ESPAÑA: ESTUDIO ACOPREFERENCE 2

C. Escobar Cervantes¹, J.J. Gómez Doblas², X. García-Moll³, R. Bover Freire⁴, C. González Juanatey⁵, M. Morillas⁶ y A. Valle Muñoz⁷

¹Hospital La Paz, Madrid. ²Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Hospital Lucus Augusti, Lugo. ⁶Hospital de Galdakao, Galdakao, Bizkaia. ⁷Hospital Marina Salud, Denia, Alicante.

Introducción: El objetivo del estudio ACOPREFERENCE 2 fue analizar el manejo de la anticoagulación oral en situaciones

especiales de la FANV con el fin de establecer recomendaciones basadas en el consenso entre expertos.

Métodos: Se utilizó un método Delphi modificado en 2 rondas mediante un cuestionario online (83 ítems/8 dimensiones). Un panel de expertos ($n = 240$) evaluó su acuerdo con los ítems. Se presentan los resultados de 4 dimensiones centradas en el manejo de la anticoagulación en las siguientes situaciones: ablación quirúrgica o por catéter, intervención coronaria percutánea (ICP), procedimientos de urgencia o cirugía planeada, y complicaciones hemorrágicas (50 ítems).

Resultados: En la ronda 1 se consensó el 78% (39/50) de los ítems. En la ronda 2, hubo consenso en 7/11 ítems. Finalmente, se incluyeron 46 ítems (92%). Se consensó que la ablación con catéter debe realizarse sin interrumpir el tratamiento con ACOD y que la anticoagulación debe mantenerse indefinidamente tras este procedimiento en caso de alto riesgo tromboembólico. Además, tras una ICP, la terapia con dabigatrán y clopidogrel podría ser una alternativa segura, con menos riesgo de sangrado, a la triple terapia. El antídoto específico de dabigatrán, idarucizumab, permite una reversión rápida y segura para el manejo de hemorragias graves y el manejo perioperatorio, evitando el retraso de la cirugía y reduciendo el riesgo de sangrado.

Conclusiones: Las recomendaciones de este Delphi podrían ayudar a guiar la decisión de tratamiento en situaciones clínicas en las que el manejo de la anticoagulación puede suponer un reto para el clínico.