

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

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

Sevilla, 16-18 de mayo de 2019

AULA VIRTUAL E-PÓSTERES*

420/4. EFECTOS HEMODINÁMICOS Y METABÓLICOS PRECOCES DE LOS ISGLT2 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Martín Toro¹, M. de Damas Medina¹, M. Herruzo Rojas², M. Fernández Olmo¹, A. Moreno Carazo¹, J. Torres Llergo¹, C. Gutiérrez Alcántara¹ y J. Fernández Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los iSGLT2 han demostrado en sus estudios en fase III efectos beneficiosos sobre el peso, presión arterial (PA) y hemoglobina glicosilada, además de nefroprotección. Objetivos: describir las características de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) que iniciaban tratamiento con iSGLT2. Analizar cambios metabólicos, ponderales y hemodinámicos precoces asociados al uso de iSGLT2.

Métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos. Se analizaron los datos de la visita basal de 41 pacientes y a los 3 meses de 39 pacientes que continuaban.

Resultados: Edad media: 60,15 ± 9,2 años, 68,3% varones. Duración media DM2: 12,17 ± 8,5 años y 26,8% ECV previa. HTA: 73,2%; Dislipemia: 75,6%; Tabaquismo: 63,5%. 61% tratamiento previo con insulina. Peso inicial medio: 91,63 ± 19,07 Kg, perímetro abdominal medio: 114,13 ± 16,01 cm. Impedanciometría basal: masa magra: 57,04 ± 10,6 Kg, grasa: 31,04 ± 12,71 Kg. A los 3 meses, objetivamos una reducción significativa del peso, con reducción media de -2,98 Kg (88,3 ± 18,59 Kg, p < 0,001), a expensas de masa grasa (25,09 ± 12,1 Kg, p < 0,001) y del perímetro abdominal (108,57 ± 14,47 cm, p: 0,016). La presión arterial y la FC no se modificaron. Objetivamos una disminución significativa de la glucemia basal (153,13 ± 52,66 frente a 131,02 ± 38,63 mg/dl, p = 0,006), de la hemoglobina glicosilada (7,87 ± 1,23 frente a 7,26 ± 1,06%, p < 0,001) y de la proteína C reactiva (5,72 ± 6,79 frente a 3,66 ± 3,94 mg/L, p: 0,007), con tendencia al descenso del NT-proBNP y aumento del hematocrito y beta-hidroxibutirato no significativos. No hubo cambios significativos en la función renal ni en el potasio plasmático, con un aumento del sodio plasmático (135,83 ± 23,23 frente a 142,2 ± 3,28 mg/dl, p = 0,016). La insulino-terapia previa se redujo en un 39% (16), con media de re-

ducción de 7,6 UI. En 6 pacientes se redujo el tratamiento antihipertensivo. 2 pacientes abandonaron el estudio por infección genitourinaria.

Conclusiones: El uso de iSGLT2 en nuestra muestra se asoció con reducción del peso a expensas de la masa grasa, del perímetro abdominal y con mejora del control metabólico, de forma segura.

420/6. SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN LA VIDA REAL: MÁS ALLÁ DEL ESTUDIO PARADIGM-HF. TOLERABILIDAD Y EFICACIA

C. Martín Domínguez, R. Bravo Marqués, S. López Tejero, A. Valle Alberca, F. Mesa Prado, E. Mariscal López, P. Chinchurreta Capote, F. Rivas Ruiz, F. Ruiz Mateas y F. Torres Calvo

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción: Algunas limitaciones del uso de sacubitrilo/valsartán (S/V) en pacientes con ICFe son la enfermedad renal crónica avanzada, TAS y cifras de K, siendo factores determinantes en la inclusión del estudio pivotal.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de pacientes con ICFe, que iniciaron tratamiento con S/V en vida real, con criterios de exclusión del estudio PARADIGM-HF por cifras de TAS < 100 mmHg, K > 5,2 mEq/L o tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min según CKD-EPI. Analizamos características basales, clase funcional, seguridad y tolerabilidad a largo plazo (1 año).

Resultados: Un total de 177 fueron analizados, 42 (23,7%) no cumplieron criterios de inclusión del estudio PARADIGM-HF. Las características basales de los pacientes no PARADIGM-HF fueron similares a las de los pacientes PARADIGM-HF, a excepción de la prevalencia de HTA, menor en NO-PARADIGM-HF (43% frente a 71%; p = 0,002). FVI inicial 33%, similar a los pacientes PARADIGM-HF. Se inicia S/V a dosis significativamente menores en pacientes NO-PARADIGM-HF, dosis bajas 71%, medias 24% y altas 5%. Al inicio del tratamiento, los pacientes NO-PARADIGM-HF presentaron cifras de TAS significativamente menores a los pacientes PARADIGM-HF (128 ± 20 frente a 108 ± 26; p < 0,001). No se evidencia mejoría significativa de la clase funcional, al contrario que en pacientes PARADIGM-HF (p = 0,11 frente a p < 0,05). Observamos en el grupo NO-PARADIGM-HF mayor tasa de mortalidad cardiovascular

*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.

(93% frente a 83%; $p < 0,05$), sin diferencias significativas en reingresos por IC o mortalidad por cualquier causa (pNS) en comparación con los pacientes PARADIGM-HF de nuestra cohorte.

Conclusiones: El tratamiento con S/V en pacientes con ICFer y con criterios de exclusión según el estudio PARADIGM-HF, es seguro, con menor reducción en mortalidad cardiovascular sin mayores tasas de reingresos por IC o mortalidad por cualquier causa.

420/7. CAMBIOS CARDIOLÓGICOS PRECOSES ASOCIADOS AL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA (ISGLT2) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Martín Toro¹, M. de Damas Medina¹, M. Herruzo Rojas², M. Fernández Olmo¹, A. Moreno Carazo¹, C. Gutiérrez Alcántara¹ y J. Fernández Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los iSGLT2 han demostrado en pequeños estudios modificación de parámetros de función miocárdica. Objetivos: analizar cambios estructurales cardíacos y en la función miocárdica precoces asociados al uso de iSGLT2 en práctica real, medida por ecocardiografía 2D y strain global longitudinal (SGL), así como reingresos por insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos. Se analizaron los datos de la visita basal y a los 3 meses, de pacientes con DM2 menores de 75 años que iniciaban iSGLT2.

Resultados: N = 41. Edad media: $60,15 \pm 9,2$ años, 68,3% varones. 22% cardiopatía isquémica y 12,2% ingresos previos por insuficiencia cardíaca (IC). Basalmente, 15% disfunción sistólica (2,5% ligera, 5% moderada y 7,5% grave). 3 meses, objetivamos una disminución significativa del volumen de aurícula izquierda ($50,5 \pm 17,2$ frente a $41,4 \pm 13,7$ ml, $p < 0,001$) y mejoría de la función ventricular izquierda por Teicholz ($58,6 \pm 11,8$ frente a $61,8 \pm 9,2$, $p = 0,02$) y Simpson 4C ($58,3 \pm 9,1$ frente a $60,6 \pm 7,5$). En pacientes con disfunción sistólica previa, se observó mejoría de forma global en el 10% (grado ligero: 2,5%, 7,5% grado moderado y 0% grado grave). No apreciamos cambios significativos en volumen de aurícula derecha, grosor parietal, diámetros ventriculares izquierdos, doppler tisular, TAPSE o SGL. En cuanto a la evolución de la función diastólica, existía disfunción en algún grado en el 95,1% en la visita basal frente a 79,5% a los 3 meses, $p = 0,07$. Entre los pacientes con disfunción sistólica, registramos 1 reingreso por IC.

Conclusiones: En nuestra muestra, el uso de iSGLT2 se asoció con reducción del volumen de aurícula izquierda que posiblemente se relacione con disminución de la presión telediastólica de ventrículo izquierdo y con la tendencia a la mejoría de la disfunción diastólica.

420/10. CAUSAS DE DOLOR TORÁCICO SIN ESTENOSIS EPICÁRDICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA

M. Roa Garrido, I. Sánchez Fernández, P. Gómez Fernández, M. Gracia Hiraldo, F. Landero García, E. Bobo Masso, A. Gómez Menchero, R. Cardenal Piris, S. Camacho Freire y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Es conocido que la cardiopatía isquémica es más compleja que sólo la estenosis coronaria epicárdica. En la

práctica clínica diaria encontramos pacientes con enfermedad coronaria y revascularización completa pero con angina y/o test de inducción de isquemia positivos no explicados por no tener progresión de estenosis epicárdica. Objetivo: valorar las posibles causas subyacentes de angina persistente/recidivante en pacientes con enfermedad coronaria obstructiva con revascularización completa previa.

Métodos: N = 34 con angina y/o test de inducción de isquemia positivo y coronariografía con estenosis coronaria angiográfica $< 70\%$. Inclusión: 1 enero hasta 31 diciembre de 2018. Se realiza guía de flujo Abbott® (estudio de microcirculación) y test de acetilcolina (estudio de disfunción endotelial).

Resultados: Edad media $64,15 \pm 8,4$ años, 53% diabéticos y 23,5% con tabaquismo activo. El vaso más tratado fue arteria descendente anterior (73%) seguido de circunfleja (50%) y derecha (47,1%). Presentaba estenosis epicárdica (FFR $< 0,8$) 9 pacientes (5 de forma difusa), flujo reducido (CFR < 2) en 44,1%, resistencias microvasculares elevadas (IMR > 25) 50%, test acetilcolina positivo 67,6% (mayoría con espasmo difuso). Sólo en 3 pacientes no se encontró la causa del dolor torácico.

Conclusiones: En pacientes con angina y enfermedad coronaria previa tratada, en caso de no progresar la enfermedad epicárdica, la causa más frecuente de dolor torácico es la disfunción endotelial, seguida de estenosis microvascular. Aplicando estos test, sólo en menos del 10% de los pacientes no se encuentra causa para la persistencia de dolor torácico.

420/12. MORTALIDAD HOSPITALARIA Y AL AÑO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

P. Turégano

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Las recomendaciones de las guías de práctica clínica, enfatizan sobre el manejo óptimo de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) mediante la utilización precoz de estrategias de tratamiento farmacológico y de técnicas de revascularización coronaria percutánea con el objetivo de reducir la morbilidad. Los pacientes dados de alta después de un SCA tienen un riesgo importante de eventos isquémicos recurrentes o muerte. Objetivo: analizar la mortalidad hospitalaria y al año de una cohorte de pacientes con SCA, y los factores predictores.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron 166 pacientes consecutivos de ambos sexos, que ingresaron por un SCA durante un periodo de 6 meses.

Resultados: (I) 66,9% varones. Edad media: $68,72 \pm 13,53$ años. 38% ≥ 75 años. Tipo: SCACEST 41,6%, SCASEST 51,8%, SCA inclasificable 6,6%. (II) Mortalidad hospitalaria 5,4%. Edad media $79,4 \pm 8,7$ años. Varones = mujeres ($p: 0,45$). SCACEST 7,4%, SCASEST 1,6%, SCA indeterminado 18,2%, Mortalidad al año 10,4%. (III) Predictores independientes mortalidad hospitalaria: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y riesgo de sangrado alto o muy alto. Mejores predictores mortalidad al año: Escala de riesgo GRACE, riesgo de sangrado alto por la escala CRUSADE y cardiopatía isquémica previa.

Conclusiones: La mortalidad del SCA es elevada en la fase aguda y en el primer año tras el evento. La presencia de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y un riesgo de sangrado alto o muy alto son predictores independientes de mortalidad hospitalaria. La escala de riesgo GRACE, el riesgo de sangrado alto valorado por la escala CRUSADE y el te-

ner cardiopatía isquémica previa predijeron mejor la mortalidad al año.

420/13. ICTUS Y HEMORRAGIAS MAYORES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K: ¿SE PRODUCEN SOLO CON INR FUERA DE RANGO?

M. Anguita Sánchez¹, M. Anguita², J. Castillo¹, J. Pérez-Villacastín², D. Vivas² y M. Ruiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) se asocia con un mal pronóstico, principalmente debido al desarrollo de ictus. El tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK) se controla mediante el INR. Nuestro objetivo fue investigar los valores de INR durante los episodios de ictus y hemorragia grave en pacientes con FA tratados con AVK.

Métodos: Nuestro estudio incluyó pacientes con FA tratados con AVK durante al menos 6 meses antes de la inclusión que ingresaran por un ictus o hemorragia mayor, y registramos y analizamos los valores de INR obtenidos en cada episodio.

Resultados: Se incluyeron 1.944 pacientes (edad $73,8 \pm 9,4$ años, mujeres 43,8%). De ellos, 80,6% tenían hipertensión, 30,1% diabetes, 15,7% ictus previo, 21,1% insuficiencia renal y 3,1% hemorragias previas. El CHA₂DS₂-VASc fue de $3,7 \pm 1,6$ y el HAS-BLED $2,0 \pm 1,0$. La tasa de ictus fue de 1,07 pacientes/año ($n = 40$) y la de hemorragia grave 3,28 pacientes/año ($n = 120$). El valor medio de INR durante los episodios de ictus fue de $2,33 \pm 0,59$ (valor mediano de 2,40) y durante el sangrado severo de $3,17 \pm 1,48$ (valor medio de 2,80). El 57% de los pacientes tenían un INR de entre 2 y 3 durante los accidentes cerebrovasculares y el 48% durante las hemorragias.

Conclusiones: La mitad de los ictus y hemorragias graves se producen con valores INR "adecuados" (de 2 a 3). Cambios en la estrategia de anticoagulación, incluido el uso de anticoagulantes orales directos, pueden ser necesarios para disminuir esta elevada tasa de eventos.

420/14. ESCASA RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE MANIPULACIONES DENTALES Y EL DESARROLLO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR MICROORGANISMOS DE LA FLORA ORAL

M. Anguita Sánchez¹, M. Anguita², J. Castillo¹, M. Ruiz¹, J. Perea¹, A. Piserra¹, J. Rodríguez¹, V. Bonilla³ y M. Herrera³

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla.

Introducción: No existen estudios recientes que hayan evaluado la relación epidemiológica entre las manipulaciones dentales y la etiología de EI por microorganismos orales, básicamente *Streptococcus viridans*. Nuestro objetivo es analizar la relación existente entre estas variables y sus posibles implicaciones.

Métodos: Hemos analizado una serie prospectiva unicéntrica de EI (1987-2017). Se recogió en todos los casos el antecedente de visita al dentista en los 6 meses previos al diagnóstico. Se excluyeron, por su distinta patogenia, los casos de EI protésica precoces.

Resultados: Entre 1987 y 2017 se diagnosticaron 403 casos de EI nativas y protésicas tardías. De los 403 casos, 91 fueron producidos por *S. viridans* (22,6%). Aunque existió antecedente de manipulaciones dentales en mayor proporción en los casos de

El por *S. viridans* (24% frente a 6,5%, $p < 0,001$), en la gran mayoría (76%) de los casos por *S. viridans* no hubo manipulación dental previa, mientras que en un 6,5% de las EI por otros microorganismos sí la hubo. Así pues, el antecedente de una visita al dentista tuvo una sensibilidad del 24%, especificidad del 93%, valor predictivo positivo del 52% y valor predictivo negativo del 19% para identificar casos de EI por *S. viridans*.

Conclusiones: Aunque el antecedente de una visita al dentista en los 6 meses previos es más frecuente en casos de EI por *S. viridans*, las tres cuartas partes de dichas EI no tienen dicho antecedente, pudiendo ser debida la infección a las manipulaciones habituales diarias de la boca (cepillado, seda dental) o a la enfermedad periodontal.

420/15. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR MICROORGANISMOS DE LA FLORA ORAL

M. Anguita Sánchez¹, M. Anguita², J. Castillo¹, M. Herrera³, J. Perea¹, M. Ruiz¹, V. Bonilla³, A. Piserra¹ y J. Rodríguez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad muy grave. Nuestro objetivo es analizar el pronóstico de un subtipo clásico de EI, la causada por microorganismos de la flora oral (predominantemente *Streptococcus viridans*).

Métodos: Hemos analizado una serie prospectiva de EI seguida entre 1987 y 2017. Se excluyeron, por su distinta etiopatogenia (*S. viridans* muy poco frecuente), las EI protésicas precoces. Se compararon los casos producidos por *S. viridans* con los causados por otros microorganismos.

Resultados: Entre 1987 y 2017 se diagnosticaron 403 casos de EI nativas y protésicas tardías. De los 403, 91 fueron producidos por *S. viridans* (22,6%) y 312 (77,4%) por otras bacterias. No hubo diferencias entre las EI por *S. viridans* y por otros microorganismos en la edad, sexo o localización. Las EI por *S. viridans* tenían en menor proporción antecedentes de procedimientos relacionados con la atención sanitaria (16 frente a 34%, $p < 0,05$) y más de lesión cardíaca predisponente (78 frente a 59%, $p = 0,006$). La tasa de complicaciones severas fue menor en las EI por *S. viridans* (67 frente a 77%, $p = 0,032$), al igual que la mortalidad (14 frente a 29%, $p = 0,004$). La tasa de cirugía urgente fue menor (11 frente a 18%) y la de cirugía electiva mayor (44 frente a 35%) en las EI por *S. viridans* ($p = 0,04$).

Conclusiones: Las EI por microorganismos de la flora oral parecen constituir un subgrupo más "benigno" dentro de esta enfermedad, con una menor tasa de complicaciones graves y una mortalidad precoz significativamente más baja que la de las EI causadas por otros microorganismos.

420/16. CAPACIDAD PREDICTIVA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES DE LA ESCALA 2-MACE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

A. Pérez Cabeza¹, R. Bravo Marqués¹, P. Chinchurreta Capote¹, C. Martín Domínguez¹, S. López Tejero¹, A. Valle Alberca¹, F. Mesa Prado¹, J. González Correa², J. Román Padilla³ y F. Ruiz Mateas¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. ³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los pacientes con FA tienen mayor riesgo de eventos cardiovasculares. La escala 2-MACE identifica a individuos de alto riesgo. Evaluamos en nuestro ámbito la utilidad de dicha escala y la comparamos con la escala TIMI-AF Risk score, CHA2DS2VASc y HAS BLED.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a pacientes con FA no valvular atendidos en una consulta monográfica desde noviembre 2012 a mayo 2014. Se excluyen a los pacientes en los que no se pueda calcular la escala 2-MACE por falta de datos. Se analizan los MACE (muerte CV, IAM o ictus).

Resultados: Se incluyen 330 pacientes, 53,5% varones con edad media $68,6 \pm 13,3$ años, CHA2DS2VASc $2,7 \pm 1,7$, HAS BLED $1,1 \pm 0,8$, 2-MACE $2,2 \pm 1,5$ Y TIMI-AF $3,8 \pm 2,2$. El 34,5% presentaba un 2-MACE ≥ 3 . El 75,5% tenían prescritos anticoagulantes (26,1% AVK, 48,8% ACOD). La SLE fue significativamente más adversa en pacientes con 2-MACE ≥ 3 (91,2 VS 97,1% $p = 0,016$), TIMI AF ≥ 6 (83,8 frente a 96,5% $p = 0,001$) y HAS BLED ≥ 3 (75 frente a 96,1% $p = 0,001$) pero no con CHA2DS2VASc ≥ 2 (94,2 frente a 97,5% $p = \text{NS}$). El índice de exactitud fue 0,92 (HAS BLED), 0,87 (TIMI-AF), 0,66 (2-MACE) y 0,29 (CHA2DS2VASc). El ABC de la curva ROC es de 0,67 (0,56-0,79, $p = 0,019$) para 2-MACE, 0,73 (0,6-0,86, $p = 0,002$) para TIMI AF, 0,67 (0,52-0,81, $p = 0,025$) para HAS BLED y 0,57 (0,45-0,7, $p = \text{NS}$) para CHA2DS2VASc.

Conclusiones: En nuestra muestra la escala 2-MACE tiene una capacidad predictiva moderada para identificar a pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, similar a la escala HAS BLED, pero inferior a la escala TIMI AF.

420/19. PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

A. Pérez Cabeza¹, P. Chinchurreta Capote¹, C. Martín Domínguez¹, S. López Tejero¹, A. Valle Alberca¹, F. Mesa Prado¹, J. González Correa², F. Ruiz Mateas¹, J. Román Padilla³ y R. Bravo Marqués¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. ³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los pacientes con FA y síndrome metabólico tienen mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Evaluamos en nuestro ámbito la prevalencia y pronóstico del síndrome metabólico en pacientes con FA no valvular.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye a pacientes con FA no valvular atendidos en una consulta monográfica desde noviembre 2012 a mayo 2014. Se excluyen a los pacientes con datos incompletos para diagnosticar síndrome metabólico. Estimamos la presencia de síndrome metabólico (criterios de Harmonizing the Metabolic Syndrome) y analizamos la SLE de MACEs (muerte CV, IAM o ictus) con las curvas de Kaplan Meier.

Resultados: Se incluyen 330 pacientes, 53,5% varones con edad media $68,6 \pm 13,3$ años, CHA2DS2VASc $2,7 \pm 1,7$, HAS BLED $1,1 \pm 0,8$. El 75,5% tenían prescritos anticoagulantes (26,1% AVK, 48,8% ACOD). El 59,1% de los pacientes presentaban síndrome metabólico con los siguientes componentes: obesidad abdominal (79,1%), cHDL bajo (33,9%), triglicéridos altos (48,5%), presión arterial elevada (82,7%), alteración de la regulación de la glucosa (50,3%). No hubo diferencias en la SLE de MACEs en función de la presencia de síndrome metabólico (94,2 frente a 96,2% $p = \text{NS}$).

Conclusiones: El síndrome metabólico es muy prevalente en pacientes con FA no valvular. En nuestra muestra no identifica a un grupo con mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

420/20. USO DE LINAGLIPTINA PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Millán Gómez¹, L. Pérez Belmonte², J. Gómez Doblas³, M. López Carmona⁴, R. Guijarro Merino⁴, F. Carrasco Chinchilla², E. de Teresa Galván⁵, M. Jiménez Navarro¹, M. Bernal López⁶ y R. Gómez Huelgas⁷

¹Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA).

³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA).

⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA). ⁵Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁶Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA), Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III. ⁷Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA), Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III.

Introducción: Comparar la eficacia y seguridad de 2 regímenes de manejo de la hiperglucemia de pacientes con diabetes tipo 2 ingresados en servicios médicos. Pauta de insulina basal-bolo-corrección (tratamiento estándar). Pauta de linagliptina-Insulina basal (tratamiento opcional).

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y de vida real. Departamentos médicos. Ingresados con DM-2 sin enfermedad crítica manejados con uno de los dos regímenes de manejo de la hiperglucemia contemplados en el protocolo local. Se recogió todos los datos necesarios del historial clínico.

Resultados: Se usó "Propensity scores" para asignar cada paciente que iniciaba tratamiento con la pauta B-B-C con pacientes que iniciaba la pauta Lina-Basal de forma 1:1. Se usó un modelo de regresión logística. La adecuación del "Propensity matching" se estableció usando la diferencia estandarizada de las características de los pacientes con DM-2 hospitalizados tras el Propensity matching.

Conclusiones: Ambos protocolos muestran similares controles glucémicos y presencia de complicaciones. El tratamiento con la pauta Lina-Basal es más simple, con menos dosis de insulina e inyecciones durante la hospitalización. La pauta Lina-Basal es una alternativa efectiva, segura y adecuada a la pauta estándar con B-B-C para pacientes con buen o moderado control metabólico tratado sin terapias inyectables en domicilio. Evidencias de los ensayos clínicos previos y de este estudio indican la eficacia y seguridad de diferentes iDPP-4 en el manejo de pacientes con DM-2 hospitalizados.

420/21. INR Y TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K QUE SUFREN UN ICTUS

M. Anguita Sánchez¹, M. Anguita², J. Castillo¹, J. Pérez-Villacastín², D. Vivas² y M. Ruiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados con antagonistas de la vitamina K (AVK) siguen teniendo riesgo de sufrir un ictus, no siempre asociado a malos controles de anticoagulación. Nuestro objetivo fue investigar los valores de INR al ingreso y el tiempo en rango terapéutico (TRT) durante los 6 meses previos, y la relación entre estos parámetros.

Métodos: Nuestro estudio incluyó pacientes con FA tratados con AVK durante al menos 6 meses que ingresaran por ictus, y analizamos los INR en cada episodio y el TRT en los 6 meses previos.

Resultados: Se incluyeron 1.944 pacientes (edad $73,8 \pm 9,4$ años, mujeres 43,8%). El CHA2DS2-VASc fue de $3,7 \pm 1,6$ y el HAS-BLED $2,0 \pm 1,0$. Presentaron ictus 40 pacientes (1,07%/año). El INR durante los ictus fue de $2,33 \pm 0,59$, teniendo el 57% un INR de entre 2 y 3 durante los ictus. El TRT en los 6 meses previos fue significativamente más bajo en los pacientes con INR fuera de rango al ingreso por el ictus ($49,2 \pm 20,8\%$ frente a $68,8 \pm 19,4\%$; $p = 0,043$). El % de pacientes con TRT < 65% fue similar en ambos grupos de ictus (50% en cada uno).

Conclusiones: Más del 50% de los ictus se producen con valores de INR en rango terapéutico, y estos pacientes también tienen un TRT adecuado en los 6 meses previos. No es posible prever, basándose en la calidad de la anticoagulación, qué pacientes con AVK van a sufrir un ictus, por lo que son necesarias nuevas estrategias de tratamiento para prevenir esta grave complicación.

420/22. MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA, EVOLUCIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL PERÍODO 2000-2016. COMPARACIÓN CON ESPAÑA

J. Caballero Güeto¹ y F. Caballero Güeto²

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Público de Montilla, Hospital Cruz Roja, Córdoba.

Introducción: La mortalidad por insuficiencia cardiaca (IC) en Andalucía está entre las más altas de España. Pretendemos describir la evolución temporal en nuestra comunidad en los últimos años y compararla con el resto de España.

Métodos: Últimos datos de mortalidad por IC (tasa ajustada a la población europea/100.000 y fallecimientos totales, años 2000 a 2016) en Andalucía y España facilitados por el servidor de información epidemiológica Raziell del Instituto de Salud Carlos III.

Resultados: Andalucía 2000/2008/2016: Mujer 41,13/30,63/21,70. Hombre 38,18/28,70/20,49. España 2000/2008/2016: Mujer 28,78/21,99/14,07. Hombre 26,97/21,68/15,84. Diferencia tasas 2000/2016: Andalucía: -19,43 (mujer)/-17,69 (hombre). España: -14,71 (mujer)/-11,13 (hombre). Diferencia 2000/2008: Andalucía: -10,5 (mujer)/-9,48 (hombre). España: -6,79 (mujer)/-5,29 (hombre). Diferencia 2009/2016: Andalucía: -8,93 (mujer)/-8,21 (hombre). España: -7,92 (mujer)/-5,84 (hombre). Diferencias Andalucía/España: 2000: +12,35 (mujer)/+11,21 (hombre) 2016: +7,63 (mujer)/+6,65 (hombre).

Conclusiones: La tasa de mortalidad en Andalucía continúa por encima de la media nacional en ambos sexos si bien las diferencias están disminuyendo. El descenso total al final del periodo estudiado ha sido mayor en Andalucía para ambos

sexos. La tendencia se ha ralentizado a partir de 2009. La mayor mortalidad en la mujer inicial se equilibra al final del periodo. Fallecen más hombres a edades más tempranas 45-75 años. Posteriormente, más mujeres.

420/23. MORTALIDAD POR ISQUEMIA MIOCARDICA EN ANDALUCÍA, EVOLUCIÓN POR SEXO-EDAD DE 2000 A 2016 Y COMPARACIÓN CON ESPAÑA

J. Caballero Güeto¹ y F. Caballero Güeto²

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Público de Montilla, Hospital Cruz Roja, Córdoba.

Introducción: La mortalidad por isquemia miocárdica (IM) en la comunidad andaluza se encuentra entre más altas de toda España. Pretendemos describir el patrón de descenso temporal acontecido en nuestra comunidad en los últimos años en comparación con el resto de España, así como la distribución por sexo y edad.

Métodos: Últimos datos de mortalidad por IM (tasa ajustada a la población europea/100.000 y fallecimientos totales años 2000 a 2016) en Andalucía y España facilitados por el servidor interactivo de información epidemiológica Raziell del Instituto de Salud Carlos III

Resultados: Andalucía 2000/2008/2016: Mujer 57,41/38,42/26,26. Hombre 117,33/83,28/60,13. España 2000/2008/2016: Mujer 41,16/28,91/19,22. Hombre 95,11/67,71/51,15. Diferencia absoluta tasas 2000/2016: Andalucía: -31,15 (mujer)/-57,2 (hombre). España: -21,94 (mujer)/-43,96 (hombre). Diferencia Primer periodo (2000/2008): Andalucía: -18,99 (mujer)/-34,05 (hombre). España: -12,25 (mujer)/-27,4 (hombre). Diferencia segundo periodo (2009/2016): Andalucía: -12,16 (mujer)/-23,15 (hombre). España: -9,69 (mujer)/-16,56 (hombre). Diferencias Andalucía/España: 2000: +16,25 (mujer)/+22,22 (hombre) 2016: +7,04 (mujer)/+8,98 (hombre).

Conclusiones: La mortalidad en Andalucía continúa por encima de la media nacional en ambos sexos si bien las diferencias han disminuido considerablemente. El descenso en la mortalidad al final el periodo ha sido mayor en Andalucía que la media nacional, para ambos sexos, más en hombres. La tendencia descendente se ha ralentizado a partir de 2009 en España, en menor grado en Andalucía.

420/24. POSIBLES FACTORES DE RIESGO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR REESTENOSIS DEL STENT

S. Blasco Turrión¹, S. Fernández Coello², A. Gómez López¹, I. Díaz Torres², R. Jiménez Gómez², F. Camacho Jurado¹, S. Casquero Domínguez¹, P. Martínez Romero¹, J. Rodríguez Yáñez² y F. Morales Ponce¹

¹Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ²Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) es la primera opción terapéutica en la enfermedad coronaria pero la reestenosis del stent continúa siendo una complicación grave que no sólo depende de la técnica empleada. Por ello, nos propusimos analizar los casos de IAM secundario a reestenosis del stent para identificar poblaciones de riesgo e implementar el tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI de nuestro centro desde febrero de 2013 hasta marzo de 2016 por un IAM con antecedente de ICP previa.

Resultados: De 143 pacientes un 18% presentó reestenosis del stent, con predominio de mujeres (61%), edad media de 65

años, y múltiples factores de riesgo cardiovascular: HTA (72%), DM2 (44%), dislipemia (52%) o tabaquismo (76%). El 8% tenía antecedente de ACV y 20% de arteriopatía periférica. En el momento de la reestenosis 40% mantenía doble antiagregación, 76% AAS en monoterapia y 48% IP2Y12 (16% ticagrelor). Sólo 36% mantuvo doble antiagregación al menos 12 meses. El 76% de reestenosis fueron muy tardías, 24% tardía y ninguna precoz, con una media desde el implante de 1488 días. Se analizaron otros parámetros como la arteria afectada (CD 38%, DA 33%, Cx 29%) o tipo de stent (60% farmacoactivo). **Conclusiones:** Hemos detectado una mayor prevalencia de reestenosis en mujeres, en stents farmacoactivos y en pacientes con terapia doble antiagregante menor al año con un empleo mayoritario de clopidogrel. No obstante son necesarios un mayor tiempo de seguimiento y grupo control para establecer conclusiones que nos permitan tomar decisiones a la hora de la revascularización.

420/26. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO NO PROTEGIDO: DIFERENCIAS PRONÓSTICAS SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES ANCIANOS

M. Romero Reyes, I. Esteve Ruiz, R. Rodríguez Delgado, N. González Alemany, M. Otte Alba, C. Olivo Rodríguez, F. Sánchez Burguillos, P. Pérez Santigosa, S. Prada Ballesteros y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar si existen diferencias pronósticas según el sexo en pacientes ancianos con enfermedad del TCI no protegido, sometidos a un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron 162 pacientes consecutivos ≥ 75 años, sometidos a ICP para tratamiento del TCI no protegido entre junio de 2005 y diciembre de 2016, clasificándolos en dos cohortes según el sexo.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes de los cuales 63 (39%) fueron mujeres y 99 (61%) varones. La edad media fue 81 ± 4 años. En ambos grupos la forma de presentación más frecuente fue la angina inestable y el SCASEST. El tabaquismo, la enfermedad multivaso y la disfunción sistólica fueron más frecuentes en los varones, mientras que la hiperlipidemia fue más frecuente en mujeres. El porcentaje de revascularización incompleta fue mayor en varones (55% frente a 36%). No hubo diferencias significativas en el resto de variables clínicas entre ambos grupos. Tanto la mortalidad intrahospitalaria (10% mujeres frente a 14% varones; $p = 0,384$) como al año de seguimiento (14% mujeres frente a 21% en varones; $p = 0,269$) fue superior en los varones, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los eventos cardiovasculares no fatales (SCA y reestenosis de stent).

Conclusiones: El tratamiento percutáneo con stent farmacoactivos del TCI no protegido es un procedimiento con buenos resultados en ancianos en el seguimiento a corto y medio plazo, sin diferencias pronósticas según el género.

420/28. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

H. Llamas Gómez, I. Esteve Ruiz, S. Rufián Andújar, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, C. Navarro Valverde y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía familiar más frecuente, siendo su presentación clínica muy heterogénea. El objetivo de nuestro estudio fue describir las principales características y evaluar el pronóstico de una cohorte de pacientes con MCH de nuestra área sanitaria.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 168 pacientes con MCH, recogiendo sus principales características clínicas, de pruebas complementarias, y los eventos durante el seguimiento.

Resultados: De 168 pacientes, el 53,8% eran hombres y la edad media fue de $59,5 \pm 19$ años. El 50% eran hipertensos y el 42,3% dislipémicos. La mayoría se encontraba en clase I de la NYHA, tenían función sistólica conservada y disfunción diastólica. El 28% presentaba fibrilación auricular. La localización más frecuente de la hipertrofia (HVI) fue la septal asimétrica, siendo el 21,4% obstructivas. De los que tenían resonancia cardiaca, el 58% mostraba realce tardío. Al 45% se realizó estudio genético, siendo el gen más frecuente MYBPC3, seguido de MYH7. Solo 6 pacientes se sometieron a ablación con alcohol o miectomía y el 22% eran portadores de dispositivos implantables. Hubo un 7,8% de ingresos por insuficiencia cardiaca (IC), y la tasa de MACE (ingreso por IC, muerte súbita, descarga de DAI) y la mortalidad fueron bajas (13% y 3%, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra cohorte, algo más de la mitad de los pacientes son hombres, la principal localización de la HVI es la septal asimétrica y la principal etiología son las mutaciones en MYBPC3. La prevalencia de comorbilidades es elevada, sin embargo, presentan buen pronóstico, con pocos eventos y mortalidad.

420/29. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

H. Llamas Gómez, I. Esteve Ruiz, S. Rufián Andújar, D. García Medina, R. Pavón Jiménez, C. Navarro Valverde y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Son muchos los esfuerzos dedicados a establecer el riesgo de muerte súbita en los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). Sin embargo, estos pacientes también presentan factores de riesgo cardiovascular clásicos que pueden influir en su morbilidad. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la influencia de la diabetes mellitus (DM) en una cohorte de pacientes con MCH.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 168 pacientes con MCH y se dividieron en dos cohortes en función de si presentaban o no DM, comparando sus características clínicas y los eventos durante el seguimiento.

Resultados: El 16,6% tenían DM, de los cuales el 64,3% eran hombres. Los pacientes diabéticos eran de mayor edad ($70 \pm 11,7$ frente a 57 ± 20) y presentaban con más frecuencia fibrilación auricular (FA) (46,4% frente a 24,3%), HTA (89% frente a 42%), dislipemia (78,6% frente a 35%) e insuficiencia renal (32% frente a 6,4%). También presentaban más disfunción diastólica (3,6% frente a 2,9%) y recibían más tratamiento con AAS, IECAs, ARA-II y diuréticos. No se encontraron diferencias en cuanto a la obstrucción en el tracto de salida, la función sistólica o el implante de marcapasos o DAI. Tampoco en cuanto a mortalidad o MACE (ingreso por insuficiencia cardiaca, muerte recuperada o no, descarga apropiada de DAI).

Conclusiones: En nuestra cohorte había una elevada prevalencia de DM, siendo estos pacientes con más frecuencia hombres, de mayor edad, con más factores de riesgo cardio-

vascular, disfunción diastólica y FA, no encontrando diferencias en cuanto a mortalidad ni eventos, probablemente dada la baja tasa de éstos en la cohorte global.

420/30. PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE GRAVE

P. Márquez Camas¹, J. Rodríguez Capitán², V. Becerra Muñoz¹, G. Sánchez Espín¹, M. Such Martínez¹, V. Doncel Abad¹, R. Méndez Natera¹, J. Gómez Doblas³, M. Jiménez Navarro⁴ y E. de Teresa Galván¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital de Antequera, Málaga. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA).

⁴Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, Instituto Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga.

Introducción: Nuestro objetivo fue describir el perfil clínico, manejo terapéutico y resultados a largo plazo de nuestros pacientes con insuficiencia tricúspide (IT) grave.

Métodos: Estudio retrospectivo, incluimos todos los pacientes diagnosticados de IT severa en un hospital terciario entre 2002 y 2009, recogiendo datos clínicos y ecocardiográficos. Se evaluó la estrategia terapéutica y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes (73,4% mujeres, edad media 65,9). Etiologías más frecuentes: valvulopatía izquierda (55%), HTP idiopática (5,3%), enfermedades respiratorias (7,7%), TEP (3,6%), disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (5,9%), FA (8,3%) y endocarditis tricúspide (2,4%). Se realizó el seguimiento (mediana 53 meses) en 147 pacientes (87%). Sólo 27 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. La mortalidad a largo plazo fue del 74,8% (mediana de supervivencia 58 meses). Fueron predictores de mortalidad la PAPS (HR 1,02; 1,009-1,039, p 0,002) y el género masculino (HR 2,05; 1,1-3,8, p 0,02), no el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La etiología de la IT fue muy diversa. Aunque la mortalidad en el seguimiento fue elevada, sólo recibió tratamiento quirúrgico una minoría de pacientes que casi siempre presentaban valvulopatía izquierda.

420/31. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VALVULOPATÍA TRICÚSPIDEA: LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

P. Márquez Camas¹, J. Rodríguez Capitán², V. Becerra Muñoz¹, G. Sánchez Espín¹, M. Such Martínez¹, V. Doncel Abad¹, R. Méndez Natera¹, J. Gómez Doblas³, M. Jiménez Navarro⁴ y E. de Teresa Galván¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital de Antequera, Málaga. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Gestión Clínica Área del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Universidad de Málaga (UMA).

⁴Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga.

Introducción: Nuestro objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes con enfermedad valvular tricúspide en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, incluimos todos los pacientes con al menos un ecocardiograma (marzo 2005/diciembre 2017) que mostró estenosis tricúspide ligera o más, insuficiencia tricúspide (IT) moderada o más, o cirugía tricúspide.

Resultados: Identificamos 706 pacientes con enfermedad tricúspide: 4 estenosis aislada, 2 doble lesión, 683 IT, 16 anuloplastia tricúspide y uno prótesis tricúspide. El 69,9% fueron mujeres, edad media 74,9 (rango 18-95, rango intercuartílico 71-77). Respecto al grado IT, tras el ecocardiograma inicial, 226 pacientes (33%) se realizaron al menos otro, y en 74 de ellos el grado de IT progresó. Las etiologías asociadas más frecuentes de IT fueron: valvulopatía izquierda (35,9% de pacientes), disfunción sistólica VI (12,8%), hipertensión pulmonar no cardiogénica (10,3%), enfermedad degenerativa tricúspide (0,4%), endocarditis (0,4%), anorexígenos (0,1%), enfermedad reumática tricúspide aislada (0,4%), catéter de marcapasos (1,2%), FA sin otra patología predisponente (26%) y sin causa conocida (20,3%).

Conclusiones: La patología tricúspide, fundamentalmente la IT, fue frecuente. La etiología fue diversa y en muchos casos desconocida. El grado de IT se reevaluó en pocos pacientes, pero en los que se reevaluó frecuentemente progresó.

420/34. PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FA NO VALVULAR TRATADOS CON RIVAROXABÁN TRAS 48 MESES DE SEGUIMIENTO

C. Martín Domínguez¹, A. Valle Alberca¹, A. Pérez Cabeza¹, P. Chinchurreta Capote¹, J. González Correa¹, F. Mesa Prado¹, S. López Tejero¹, R. Bravo Marqués¹, G. Rosas Cervantes¹ y F. Ruiz Mateas¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.

Introducción: Evaluamos la persistencia al tratamiento a los 4 años de seguimiento en pacientes con FA anticoagulados con rivaroxabán en la práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con FA y prescripción de rivaroxabán en el primer trimestre de 2014. La persistencia al tratamiento se definió como la toma habitual de rivaroxabán a los 48 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 307 pacientes. La edad media fue de 74,8 ± 8,5 años, el 53,1% eran varones, con CHA2DS2-VASc medio 3,6 ± 1,3 y HAS-BLED medio 1,3 ± 0,6. En el análisis a los 48 meses el 26,4% había fallecido y no se obtuvo información de 10 pacientes. De los 216 restantes, 185 (85,6%) persistían con rivaroxabán. De los 31 restantes, 3 no recibían tratamiento, 2 recibían antiagregación simple y el resto otros anticoagulantes (3 AVK, 16 apixabán, 3 dabigatrán, 3 edoxabán y 1 heparina). Factores asociados a una menor persistencia de rivaroxabán fueron la FA permanente (76,4 frente a 88,8%, p = 0,023), la edad ≥ 75 años (79,8 frente a 91,6% p = 0,014), el antecedente de ictus/AIT/embolia sistémica (70,4 frente a 87,8% p = 0,034), la prescripción de amiodarona (68,8 frente a 87% p = 0,06) y la escala CHA2DS2-VASc (p = 0,032). Los predictores independientes del fracaso de persistencia de rivaroxabán fueron la FA permanente (OR 3,18 IC95% 1,33-7,62, p = 0,01) y la prescripción de amiodarona (OR 5,29 IC95% 1,5-18,72).

Conclusiones: En nuestra cohorte la persistencia al tratamiento con rivaroxabán a los 4 años fue elevada (85,6%). La prescripción de amiodarona y la FA permanente se relacionaron con una menor persistencia.

420/35. ADECUACIÓN DE LA POSOLOGÍA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FA NO VALVULAR TRATADOS CON RIVAROXABÁN TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

C. Martín Domínguez¹, A. Valle Alberca¹, A. Pérez Cabeza¹, P. Chinchurreta Capote¹, J. González Correa², F. Mesa Prado¹, S. López Tejero¹, R. Bravo Marqués¹, G. Rosas Cervantes¹ y F. Ruiz Mateas¹

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga.

Introducción: Evaluamos la adecuación de la posología tras 4 años de seguimiento en pacientes con FA tratados con rivaroxabán en la práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con FA que comenzaron tratamiento con rivaroxabán en el primer trimestre de 2014. Se presentan los resultados a 4 años de seguimiento (fecha de corte: septiembre 2018). Se analizaron las dosis del fármaco utilizadas y su adecuación a la ficha técnica.

Resultados: Se incluyeron un total de 307 pacientes. La edad media fue de $74,8 \pm 8,5$ años ($56,7\% \geq 75$ años), el 53,1% eran varones, el CHA2DS2-VASc medio fue $3,6 \pm 1,3$ y el HAS-BLED medio $1,3 \pm 0,6$. El 13,9% presentaba un filtrado glomerular estimado (MDRD-4) < 50 ml/min/1,73 m². A los 48 meses de seguimiento 185 pacientes mantenía el tratamiento con rivaroxabán, de los cuales el 69,2% tomaban 20 mg/24h y 30,8% 15 mg/24h. El 13% recibió una dosis infraterapéutica y el 2,7% una dosis supratapéutica. El 65,4% de los pacientes que mantenían tratamiento con rivaroxabán fueron valorados por Cardiología o Medicina Interna en los últimos 18 meses. En el informe de los mismos sólo se hizo referencia a la función renal en el 65,4% de los casos.

Conclusiones: A los 4 años de seguimiento 1 de cada 6 pacientes que mantuvo tratamiento con rivaroxabán, así como el 42,1% de los que recibieron rivaroxabán 15 mg, tenía prescrita una dosis inadecuada. Un tercio de los pacientes no fue valorado recientemente por un especialista de Cardiología/MI.

420/36. SUBCLINICAL ATRIAL FIBRILLATION DETECTION IN IMPLANTABLE LOOP RECORDERS FROM A SYNCOPE UNIT POPULATION

J. Rodríguez Silva, P. Ruiz Martín, J. González Lozano, M. Ramírez Marrero and M. Cano García

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introduction: Monitoring patients with implantable loop recorders has a class Ia indication in 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope for those patients presenting with cardiogenic syncopal event with inconclusive initial evaluation. Subclinical atrial fibrillation detection has morbidity and mortality prognostic implication. We analyzed data from our data base about subclinical AF events recorded by ILRs and posterior initiation of anti-coagulant drugs.

Methods: Data from home monitoring of 144 patients were collected in a database in which after a consistent evaluation in a thorough history no diagnosis of certainty has been achieved. We analyzed the percentage of patients who presented episodes of atrial fibrillation, which required oral anti-coagulant medication.

Results: After 2 years of follow-up, a total of 22 (15.2) patients were diagnosed with atrial fibrillation based on the data collected from the remote monitoring that conditioned the start of oral anticoagulation of the patient based on criteria of the

2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation bleeding and embolic risks. Thirty-six (25%) patients were diagnosed with tachycardia, 34 (23.6%) of them supraventricular and 2 (1.3%) ventricular.

Conclusions: It is striking that 15.2% of the patients were diagnosed with subclinical atrial fibrillation episodes that justified the initiation of oral anticoagulation for the prevention of stroke. All this leads us to believe that implantable loop recorders are a very useful tool in morbidity and mortality of patients since they allow the early diagnosis of subclinical atrial fibrillation.

420/37. INFLUENCIA DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN MUJERES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: RESULTADOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO AMBULATORIO MONOCÉNTRICO

M. Carrillo Bailén¹, J. Torres Llergo¹, M. Fernández Olmo¹, M. Puentes Chiachio¹, M. Martín Toro¹, M. Herruzo Rojas², M. Padilla Pérez¹ y J. Fernández Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Las mujeres reciben un menor número de terapias efectivas en la atención de la fibrilación auricular, a pesar de padecer mayor riesgo tromboembólico. Objetivo: evaluar el nivel de aplicación de anticoagulantes directos (ACOD) en mujeres frente a hombres con filtrado glomerular (FG) normal.

Métodos: Registro prospectivo monocéntrico de pacientes ambulatorios con FA valorados en el período octubre 2017-junio 2018, con análisis del nivel de prescripción de ACOD según características clínicas determinantes del tratamiento y estratificado por función renal normal (FG > 60 ml/min).

Resultados: En la cohorte total ($n = 1.010$) las mujeres ($n = 503$) eran mayores ($76,49,5$ frente a $71,3$ $12,0$ años; $p < 0,005$), con mayor CHADS-VASC2 ($4,11,35$ frente a $2,81,6$; $p < 0,005$), menor filtrado glomerular ($65,5$ frente a $75,8$ mg/dl; $p < 0,005$), y recibieron una mayor tasa de anticoagulación oral ($94,4$ frente a $89,4\%$; $p = 0,003$) con una menor tendencia de ACOD ($65,3$ frente a $69,7\%$; $p = 0,13$). Sin embargo entre pacientes con FG > 60 ml/min, a pesar de presentar las mujeres una mayor edad media, CHADS-VASC2, más anemia ($15,1$ frente a $8,5\%$; $p = 0,006$) y HASBLED > 2 similar ($25,3$ frente a $21,5\%$; $p = 0,25$), la ACO total fue superior ($93,5$ frente a $89,1\%$; $p = 0,04$) sin diferencias en la ACOD ($71,7$ frente a $72,6\%$; $p = 0,77$). En el análisis multivariante, el sexo femenino no se asoció de forma independiente a un menor uso de ACOD (OR 0,72; CI 0,53-0,97; $p = 0,032$).

Conclusiones: En esta cohorte, el uso de ACOD es alto, aunque menor en mujeres frente a hombres, probablemente relacionado por un peor perfil clínico y mayor insuficiencia renal crónica.

420/40. VALOR PRONÓSTICO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

N. Cobo Gómez, A. Moya Martín, N. González Alemany y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Se ha incrementado el uso de la resonancia magnética cardiaca (CMR) para la evaluación de pacientes

con enfermedad arterial coronaria (EAC). El objetivo de nuestro estudio es investigar en pacientes con sospecha de enfermedad arterial coronaria si la isquemia inducible, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y/o la presencia de escara isquémica se asocia con resultados adversos a largo plazo.

Métodos: Se estudian 159 pacientes, con una mediana de seguimiento de (38 ± 4) meses, y se analizaron eventos cardiovasculares mayores (MACEs), incluyendo muerte cardiovascular, síndrome coronario agudo, necesidad de revascularización u hospitalización por causa cardíaca. La predicción del tiempo hasta el primer MACE se evaluó utilizando la prueba de log-rank y el análisis de regresión de Cox.

Resultados: Se realizó coronariografía en 102 pacientes. La isquemia inducible (HR 1,6; IC95% 1,1-2,5, $p = 0,015$) y la escara isquémica (HR 2,6; IC95% 1,7-3,8, $p < 0,001$) fueron factores independientes del tiempo hasta el primer MACE. FEVI $< 55\%$ (HR 1,4; IC95% 0,9-2,0, $p = 0,11$) no predijo el tiempo hasta el primer MACE. Tras la corrección por las características basales la presencia de escara isquémica fue el único parámetro que predijo MACE de forma significativa (HR 2,2; IC95% 1,48-3,48, $p = 0,0003$).

Conclusiones: En pacientes con sospecha de EAC, la presencia de isquemia inducible y escara isquémica evaluadas por CMR están asociadas con la presencia de efectos adversos durante el seguimiento. Sin embargo, solo la presencia de escara isquémica tiene un valor pronóstico incremental sobre los factores de riesgo convencionales.

420/41. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

M. Martínez Quesada, F. Cortés Cortés, Y. López Gutiérrez, T. Peinado Burgos, M. García del Río, M. Álvarez Leiva, M. López Marco y R. Hidalgo Urbano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El pronóstico de la cardiopatía isquémica es peor en mujeres que en hombres. A pesar de ello, estas son incluidas con menor frecuencia en programas de rehabilitación cardíaca (RC). Nuestro objetivo fue analizar los resultados de un programa de RC en función del género.

Métodos: Seleccionamos a los pacientes que completaron un programa de RC con cardiopatía isquémica de octubre de 2017 a diciembre de 2018. Analizamos variables demográficas y consecución de objetivos analíticos, antropométricos y de capacidad de ejercicio.

Resultados: Incluimos a 187 pacientes, edad 57 ± 9 años, de ellos eran mujeres 29 (15,5%), diabéticos el 27%, fumadores 60%, el 13% presentaban revascularización quirúrgica. El 91% de los que fueron incluidos sufrieron un síndrome coronario agudo. La proporción de factores de riesgo fue similar en varones y mujeres. EL nivel de consecución de objetivos en tensión arterial, niveles de LDL, niveles de HbA1c y descenso en el peso, no mostró diferencias entre los grupos. En cuanto a las variables de ejercicio, las mujeres alcanzaron menos tiempo de ejercicio y menos METs en ergometrías inicial y final, sin embargo, al analizar el porcentaje de incremento en tiempo de ejercicio y METs, encontramos que era similar entre los grupos.

Conclusiones: En nuestra muestra seleccionada de mujeres que participan en un programa de RC, los resultados son superponibles a los obtenidos por los hombres. No obstante, la capacidad funcional global es menor, pudiendo deberse a un estilo de vida más sedentario en las mujeres de nuestro medio.

420/46. DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EVENTOS CARDIOVASCULARES SEGÚN EL SEXO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

R. Rodríguez Delgado, M. Romero Reyes, I. Esteve Ruiz, M. Otte Alba, J. Carreño Lineros, N. González Alemany, C. Olivo Rodríguez, A. Moya Martín, H. Llamas Gómez y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como de lesiones de órgano diana (LOD) y eventos cardiovasculares (EVC) según el sexo en pacientes hipertensos.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal y descriptivo; en el que incluimos de forma consecutiva a pacientes hipertensos valorados en nuestra consulta de Hipertensión arterial y Riesgo cardiovascular desde 2011 a 2015.

Resultados: Se incluyeron 2.628 pacientes, 1.324 hombres (50,4%) y 1304 mujeres (59,6%). El 57,1% de las mujeres y el 44,5% de los hombres presentaban una edad > 65 años. La prevalencia de tabaquismo, enolismo, EPOC y SAOS fue mayor en los varones. La prevalencia de hiperlipidemia fue mayor en las mujeres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de diabetes mellitus (DM) tipo I, DM tipo II ni glucemia alterada en ayunas. En cuanto a las LOD y los EVC, encontramos una mayor prevalencia de cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, arteriopatía periférica y afectación renal en hombres. No se encontraron diferencias en la presencia de disfunción ventricular, retinopatía ni accidente isquémico transitorio.

Conclusiones: En comparación con los varones, las mujeres desarrollan hipertensión a una edad más avanzada. Los varones hipertensos presentan peores hábitos de vida que la mujeres con un mayor porcentaje de tabaquismo y enolismo. La hiperlipidemia es el único FRCV más prevalente en mujeres en nuestro estudio. La mayor prevalencia de FRCV en hombres se correlaciona con una mayor incidencia de LOD y EVC en este grupo de pacientes.

420/47. INFLUENCIA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA SOBRE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES

A. Rojas Sánchez, D. Prieto Toro, A. García Bellón, A. González González, J. Mora Robles y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Realizamos este estudio para valorar la relación entre la frecuencia cardíaca antes y después de la rehabilitación cardíaca y la aparición de nuevos eventos isquémicos.

Métodos: Utilizamos una muestra de 180 pacientes remitidos para rehabilitación cardíaca en nuestro centro después de un episodio isquémico agudo con necesidad de revascularización. Analizamos la influencia de la FC basal y máxima (medida con una prueba de esfuerzo) antes y después del período de rehabilitación cardíaca sobre la muerte cardiovascular, el nuevo evento isquémico o la nueva revascularización (MACE) durante al menos dos años de seguimiento.

Resultados: Seguimiento medio de 26 ± 6 meses, edad media de 57 ± 8 . 80% hombres y 15% mujeres. Respecto a tratamiento cronotrópico, 148 (82,2%) betabloqueantes, 18 (10%) ivabradina y 4 (2,2%) con calcioantagonistas. La media de la frecuencia cardíaca basal antes y después de la rehabilitación cardíaca

fue de 69 ± 12 lpm y 64 ± 11 lpm respectiva e independientemente del tratamiento recibido ($p < 0,02$). La FC máxima en la prueba de esfuerzo antes y después de la RC fue de 131 ± 20 lpm y 143 ± 21 lpm. 13 pacientes (7,2%) presentaron un evento (IAM no Q y transmural) durante el seguimiento, mientras que 153 permanecieron asintomáticos (85%). No hubo diferencias en la reducción basal y máxima de la FC entre los grupos ($p < 0,84$ y $p < 0,69$) sin embargo si en la capacidad metabólica incrementando en $2,7 \text{ METS} \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Conclusiones: La rehabilitación cardíaca independientemente del tratamiento, puede reducir la frecuencia cardíaca basal y también aumentar la frecuencia cardíaca máxima, la tolerancia al ejercicio y la aparición de episodios anginosos

420/48. INFLUENCIA DEL MANTENIMIENTO EN RITMO SINUSAL SOBRE LA MORBIMORTALIDAD TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

A. Rojas Sánchez, J. Rodríguez Silva, J. de la Chica Sánchez, I. Navarrete Espinosa, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Analizar las características de los pacientes con fibrilación auricular y estudiar su relación con el mantenimiento en ritmo sinusal tras terapia de control de ritmo con cardioversión eléctrica.

Métodos: Incluimos una muestra de paciente diagnosticados de fibrilación auricular y cardiovertidos a ritmo sinusal de manera efectiva durante al menos 10 años. Realizamos una revisión de los mismos mediante consulta y ECG para comprobar el ritmo actual

Resultados: Se incluyen 806 pacientes. Seguimiento de 14,3 años. 53% de sexo femenino. La media de edad en el momento de la CVE fueron 56,2 años. 85 pacientes fallecieron, 94% debido a causa cardiovascular. Se clasificó a los pacientes en dos grupos: 22% de los pacientes (180) mantuvo ritmo sinusal y 626 con FA crónica. No hubo diferencias significativas entre la estrategia farmacológica poscardioversión entre el grupo en ritmo sinusal y el grupo con FA crónica. Existió diferencia significativa entre el grupo en sinusal y el FA respecto a la edad ($51,8$ frente a $67,2$; $p < 0,001$), la presencia de cardiopatía estructural ($13,2\%$ frente a $69,6\%$; $p < 0,001$), dilatación auricular izquierda $> 28 \text{ ml/m}^2$ ($43,2\%$ frente a 73% ; $p < 0,02$), la presenta de otras comorbilidades como SAHOS, obesidad o hipertensión arterial (12% frente a $45,6\%$; $p < 0,05$). El grupo con FA crónica presentó un peor grado funcional, mayor número de reingresos por causa cardíaca (25% frente a 64% , $p < 0,004$) y mortalidad. **Conclusiones:** Es fundamental controlar los indicadores que se relacionan con persistencia de fibrilación auricular a pesar de cardioversión eléctrica: edad, cardiopatía estructural, dilatación auricular izquierda y riesgo cardiovascular ya que la FA se relaciona con peor grado funcional, reingresos e incremento de mortalidad.

420/49. CAMBIO EN EL PARADIGMA DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SIGNIFICATIVA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, C. Lara García, D. Gaitán Román, J. Delgado Prieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Evaluamos el perfil clínico y terapéutico de los pacientes con estenosis aórtica degenerativa sintomática desde hace quince años hasta la actualidad.

Métodos: Estudio observacional que evalúa pacientes con EAo grave ($\text{AVA} < 1 \text{ cm}^2$) entre los años 2000 y 2005 (grupo I, 378 pacientes) y entre 2013 y 2018 (grupo II, 441 pacientes) valorados por presentar sintomatología para recambio valvular. Se revisa la historia clínica con el perfil clínico, riesgo quirúrgico, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo.

Resultados: Los pacientes del grupo II fueron mayores (65 frente a 78 años, $p < 0,001$) y con mayor cantidad de FRCV (HTA: 261 frente a 390, DM: 60 frente a 144, ERC: 87 frente a 141, FA 31 frente a 108). El grupo II presentó peor grado en escala NYHA (NYHA $> 2,312$ frente a 420, $p < 0,002$) y mayor prevalencia de enfermedad arterial coronaria (30% frente a 38%). Observamos un incremento en el EUROSCORE II del grupo II respecto al I (3,4 frente a 1,1; $p < 0,01$). En el grupo I se optó por manejo conservador en 25% de los pacientes, a expensas de los de mayor riesgo quirúrgico ($p < 0,04$). En el grupo II: manejo conservador 15% de los pacientes, quirúrgico 35% y percutáneo en el 50%. La morbimortalidad periprocedimiento de los pacientes intervenidos fue similar en ambos grupos a pesar de que la diferencia de riesgo ($p < 0,05$), incrementándose en los de EUROSCORE $> 2,5$ en los que se optó por tratamiento quirúrgico (5% frente a 2%; $p < 0,002$).

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes con estenosis aórtica degenerativa ha variado en los últimos años. Son pacientes de mayor riesgo que gracias al desarrollo de procedimientos percutáneos se benefician de un manejo invasivo sin presentar un mayor número de complicaciones graves o mortalidad periprocedimiento.

420/52. DIFERENCIAS EN EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y POSIBLE EFECTO EN LESIONES DE ÓRGANO DIANA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIABÉTICOS

R. Rodríguez Delgado, M. Romero Reyes, I. Esteve Ruiz, M. Otte Alba, N. González Alemany, C. Olivo Rodríguez, J. Carreño Linero, H. Llamas Gómez, A. Moya Martín y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La coexistencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es frecuente y condiciona un aumento considerable del riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio es analizar las diferencias en el manejo farmacológico antihipertensivo en función de la presencia de DM2 y las posibles diferencias en la presencia de lesiones de órgano diana (LOD) y eventos cardiovasculares (ECV).

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal y descriptivo en el que incluimos de forma consecutiva todos los pacientes hipertensos valorados en nuestra consulta de Riesgo cardiovascular desde 2011 hasta 2015.

Resultados: Incluimos 2.612 pacientes, 817 (31,3%) diabéticos y 1.795 (68,7%) no diabéticos. Los pacientes diabéticos presentaron tanto mayor edad media como prevalencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. La presencia de HTA refractaria también fue mayor en el grupo de pacientes diabéticos. Aunque no se encontraron diferencias entre los fármacos empleados habitualmente como primera línea (IECAS y tiazidas); sí que se observó un mayor uso del resto de fármacos en los diabéticos (diuréticos del ASA, ahorradores de potasio, alfa y betabloqueantes, ARA II, antagonistas del calcio y nitratos). La prevalencia de cardiopatía isquémica e hipertensiva, disfunción ventricular izquierda, afectación renal, arteriopatía periférica y accidente cerebrovascular fue significativamente mayor en los pacientes hipertensos con DM2 que en aquellos sin diabetes.

Conclusiones: Los pacientes con DM2 presentan mayor prevalencia de HTA refractaria y precisan un mayor número de fármacos para el control óptimo de la HTA. La prevalencia de LOD y ECV es mayor en pacientes HTA con DM2 que en aquellos no diabéticos.

420/53. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA APICAL EN NUESTRO MEDIO

I. Esteve Ruiz¹, H. Llamas Gómez¹, I. Esteve Ruiz², C. Navarro Valverde¹, D. García Medina¹, R. Pavón Jiménez¹, F. Molano Casimiro¹ y M. Romero Reyes¹

¹Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica apical (MHCA) representa un subtipo menos frecuente de miocardiopatía hipertrófica (MCH), con un curso clínico más favorable. Nuestro objetivo es estudiar las características clínicas de nuestra cohorte de MCHA para compararla con lo publicado en otras series.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con MCH y se seleccionaron aquellos con MCHA.

Resultados: De 168 pacientes con MCH de nuestra cohorte, 26 presentaban MCHA [mediana de grosor miocárdico 20 mm (RIC 18-24,78)]. La mediana de edad fue 76 años (RIC 66,75-81,5), 46,2% varones. 61,5% eran hipertensos, 19,2% diabéticos y 46,2% dislipémicos, presentando un 23,1% cardiopatía isquémica. 11,5% presentaban AF de MCH y 96,2% presentaban patrón típico electrocardiográfico. Se realizó estudio genético al 30,8%, siendo positivo un 50% y la mutación en MYBPC3 la más frecuentemente causante. Se realizó Holter al 70%, hallando arritmias en un 50%: 42,3% FA, 7,7% flutter y 19,2% TVMNS. Se realizó RM cardiaca al 30,8%, hallándose fibrosis en el 62,5%. El riesgo de muerte súbita fue bajo (mediana HCM Risk-SCD 1,37, RIC 1,02-2,49), requiriendo dos pacientes implante de DAI en prevención primaria, sin descargas durante el seguimiento. 19,2% requirieron ingreso hospitalario por angina o insuficiencia cardiaca y fallecieron dos pacientes, uno de causa cardiaca. **Conclusiones:** En nuestra cohorte, uno de cada seis pacientes con MCH presenta fenotipo apical. FA y TVMNS fueron las arritmias más frecuentes en esta población. A pesar de ello, el riesgo de muerte súbita y de eventos mayores es bajo, siendo similar a lo hallado en otras series.

420/57. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTE JOVEN CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

F. Caro Fernández¹, M. Roa Garrido¹, A. Martínez Pérez¹, A. López Suárez², J. Morgado García de Polavieja¹, A. Sigismondí¹, S. Ortiz Cruces¹, P. Pájaro Merino¹ y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular cuya complejidad va más allá del LDL. Existen otras lipoproteínas con papel relevante sobre eventos cardiovasculares. Describimos el perfil lipídico completo en pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional descriptivo, longitudinal, prospectivo y consecutivo de pacientes jóvenes menores de 60 años que ingresan con SCA y se someten a cateterismo en nuestro medio.

Resultados: Analizamos 41 pacientes: el 87,8% varones, edad media 49,3 ± 7 años, 31,7% hipertensos, 19,5% diabéticos (7% DM1, 12% DM2), 36% dislipémicos, 19,5% con sobrepeso y 17,1% obesidad. El 72,5% fumadores activos, 17,5% exfumadores, 30% enolismo activo. El 12,2% AF de cardiopatía isquémica y un 10% tienen cardiopatía isquémica previa. La presentación clínica es SCACEST (61%) por un 39% de SCASEST. La enfermedad coronaria fue 61% monovaso, 17% biva-so y 20% multivasos, con afectación de tronco un 12,2%. La revascularización fue completa en el 93%. En el perfil lipídico destaca colesterol total de 155 ± 34 mg/dl, LDL 91,2 ± 34,5 mg/dl, HDL 43,7 ± 41mg/dl y TG de 158 ± 90 mg/dl, HbA1c 6,05 ± 1,2%. Considerando los valores de referencia pro-aterogénicos, los niveles de Lp (a) fueron mayores a 30 mg/dl en un 25,8%, la apolipoproteína A1 fue inferior a 100 mg/dl en un 30% y la apolipoproteína B superior a 85 mg/dl (equivalente a un LDL de 100 mg/dl) en un 71%.

Conclusiones: Los pacientes jóvenes con SCA no tienen niveles excesivamente elevados de colesterol LDL. Documentar los niveles de lipoproteínas puede esclarecer el riesgo cardiovascular de base genética y no ambiental. El tabaquismo se mantiene como el factor de riesgo cardiovascular principal.

420/60. ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA: ¿TAVI O CIRUGÍA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

F. Cortés Cortés¹, R. Calvo Jambrina¹, I. Martínez Primoy¹, M. Luna Morales¹, C. Velázquez Velázquez¹, A. Fernández Romero², R. Hidalgo Urbano¹, R. Ruiz Salmerón¹, J. Barquero Aroca¹ e I. Méndez Santos¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital de Alta Resolución de Utrera, Sevilla.

Introducción: Los pacientes con estenosis aortica grave sintomática (EAo) y disfunción sistólica ventricular izquierda (DS) constituyen un grupo de mayor riesgo quirúrgico y peor pronóstico. Las GPC no incorporan la DS como un factor independiente a considerar a la hora de elegir entre cirugía convencional y tratamiento percutáneo. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas y los hallazgos ecocardiográficos de los pacientes con EAo y DS intervenidos en nuestro centro.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con DS y EAo intervenidos en nuestro centro entre 2014 y 2017. Se excluyeron aquellos pacientes revascularizados, intervenidos de aorta ascendente u otra valvulopatía en el mismo año.

Resultados: Se incluyeron un total de 77 pacientes, 27 de los cuales se intervinieron quirúrgicamente y 50 de forma percutánea. Los pacientes sometidos a TAVI presentaban mayor comorbilidad: edad (77,4 frente a 68,2 años, $p < 0,005$), c. isquémica (48 frente a 26%, $p < 0,05$), CCV previa (18 frente a 0%, $p < 0,05$), DM (24 frente a 6%, $p < 0,05$), insuficiencia renal (18 frente a 2%, $p < 0,05$), EuroSCORElog (20,1 frente a 5,7, $p < 0,005$) y STS (4,9 frente a 2,9, $p < 0,005$). No encontramos diferencias en cuanto a la FEVI previa (38,4 frente a 38,3%, NS), Vmáx aórtica (4,1 frente a 4,2 m/s, NS), gradiente med (43 frente a 46 mmHg, NS) o PSAP (55 frente a 49 mmHg, NS). Se objetivó una mejoría de la FEVI post-intervención similar en ambos subgrupos, sin diferencias en el valor absoluto de esta mejoría (15,3 frente a 17,85%, NS). Tampoco encontramos diferencias en los días de estancia hospitalaria (14,7 frente a 14,2 días, NS) o la mortalidad hospitalaria (8 frente a 11%, NS).

Conclusiones: Los pacientes con EAo y DS constituyen un grupo con alta comorbilidad lo que determina que la mayoría sean sometidos a TAVI. La FEVI previa no condiciona la elec-

ción entre una y otra técnica y no hay diferencias entre ambas en la mejoría de la FE.

420/61. PRONÓSTICO A MEDIO PLAZO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON RESULTADO NEGATIVO

I. Esteve Ruiz, R. Rodríguez Delgado, M. Romero Reyes, M. González Correa, D. Villagómez Villegas y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La ecocardiografía de estrés (ECE) es una prueba diagnóstica de enfermedad coronaria en pacientes con probabilidad pre-test intermedia. Nuestro objetivo es evaluar los resultados a medio plazo de aquellos pacientes con ECE negativa y la presencia de eventos en el seguimiento.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se han incluido aquellos pacientes con ECE negativa desde enero/2016 a diciembre/2018.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes (mediana de edad 65,5 años, RIC 56-72), siendo el 45% varones. Entre los principales FRCV, el 65% presentaban HTA, 33,8% DM, 50% dislipemia y 22,5% eran fumadores. Igualmente, 28,7% presentaban cardiopatía isquémica previa, con disfunción sistólica el 10% de ellos. Se realizó coronariografía o angioTC de coronarias posterior por persistir sospecha clínica a 3 de ellos, sin nuevas lesiones significativas en el 100% de los casos. Durante el seguimiento (mediana 19 meses, RIC 11-28) no hubo ningún evento mayor (SCACEST o muerte de causa cardíaca), presentando 6 eventos menores (7,5%): 4 angina inestable con coronariografía con lesiones coronarias significativas y 2 SCACEST (mediana hasta aparición de evento menor 15 meses, RIC 10-16,25). La única variable que se relacionó de forma significativa en el análisis multivariante con la aparición de eventos posteriores fue la presencia de cardiopatía isquémica previa (OR 16, $p = 0,046$).

Conclusiones: La ECE es una prueba fiable para descartar la presencia de enfermedad coronaria, con un seguimiento a medio plazo libre de eventos mayores y con baja tasa de eventos menores, apareciendo estos más frecuentemente en pacientes con cardiopatía isquémica previa.

420/62. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA DETECCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS

I. Esteve Ruiz, N. González Alemany, M. González Correa, M. Romero Reyes, D. Villagómez Villegas y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Las pruebas de detección de isquemia están influenciadas por la probabilidad pre-test, presentando muchas de ellas peor rentabilidad en las mujeres. Nuestro objetivo es valorar la influencia del género en la probabilidad pre-test y en el resultado de la ecocardiografía de estrés (ECE).

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en el que incluimos 162 ECE realizadas desde enero/2016 a diciembre/2018 y analizamos los principales antecedentes y eventos.

Resultados: De los 162 pacientes incluidos en nuestra cohorte (mediana de edad 63 años, RIC 55-72), 53,2% eran varones. La presencia de HTA, DLP, tabaquismo y bloqueo de rama era significativamente mayor en varones, al igual que la cardiopatía isquémica previa y la disfunción ventricular. Del total de ECE, 80 tuvieron resultado negativo (36 varones y 44 mujeres, $p = 0,015$), 16 positivo (13 varones y 3 mujeres, $p = 0,017$) y

30 no concluyente (18 varones y 12 mujeres, $p = 0,391$). De las positivas, se realizó coronariografía posterior a 13: 10 varones (presentando lesiones significativas en un 60%) y 3 mujeres (lesiones significativas en un 66%). De las negativas, 6 tuvieron eventos menores (angina o SCACEST) durante el seguimiento (mediana 19 meses, RIC 11-28): 1 evento en mujeres y 5 en varones ($p = 0,085$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, los varones presentaban más RCV y mayor probabilidad pretest. Obtuvieron más resultados positivos en la ECE que las mujeres, pero la concordancia entre resultado positivo-coronariografía con lesiones fue similar entre ambos grupos. Las mujeres presentaron más ECE negativas, con mayor tendencia de supervivencia libre de eventos que los varones.

420/67. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE SACUBITRILO/VALSARTÁN EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Jiménez Baena¹, M. Turégano Yedro², L. Blázquez Recio³, A. Arjona Bravo⁴ y J. Polo García⁵

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Medicina de Familia, Centro de Salud de Valdefuentes, Cáceres. ³Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Jorge, Cáceres. ⁴Medicina de Familia, Consultorio de Torremocha, Cáceres. ⁵Medicina de Familia, Centro de Salud Casar de Cáceres, Cáceres.

Introducción: El sacubitrilo/valsartán (SV) está indicado en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección (FEVI) deprimida que siguen sintomáticos pese a tratamiento óptimo. Presentamos el empleo inicial del fármaco desde Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de pacientes con IC sintomática con FEVI deprimida a 24 meses a los que se pautó SV desde AP. Se recogieron variables clínicas y farmacológicas al inicio del tratamiento (titulación de dosis, mejoría clínica y efectos adversos).

Resultados: Se inició tratamiento en 35 pacientes (57,9% varones) con edad media de $68,3 \pm 5,15$ años. El 54,2% estaba previamente con inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y el 45,7% con antagonistas de los receptores de angiotensina II. La etiología era isquémica en el 73,8%. La FEVI media fue de $30,32 \pm 3,6\%$. El 73,7% de los pacientes estaba en clase II NYHA. Se inició dosis bajas de SV en el 57,9%. Durante el seguimiento, el 63,2% presentó mejoría clínica ($p < 0,05$). Se tituló a una dosis mayor en el 45,7% de los casos. El 11% presentaron hipotensión sintomática, provocando la suspensión del fármaco en un caso. Hubo un aumento no significativo en los niveles de potasio ($0,4 \text{ mEq/l}$, $p > 0,05$), sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas en el filtrado glomerular.

Conclusiones: A raíz de nuestros resultados el uso de SV parecer ser una alternativa eficaz e indicada en el manejo de la IC sintomática con FEVI deprimida, con buen perfil de seguridad desde el inicio y de recomendable uso en AP.

420/74. REPERCUSIÓN DE LA ESTIMULACIÓN CARDÍACA SOBRE LA FUNCIÓN RENAL

S. Estriégana¹, S. Camacho Freire², J. Perelló Martínez¹, A. Giráldez Valpuesta¹ y S. Gamaza Chulián¹

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Los avances en estimulación cardíaca han permitido mejorar la función ventricular, pudiendo suponer un

aumento de perfusión y función renal. Objetivos: analizar las características basales de la población a la que se le implantó un marcapasos. Comprobar por subgrupos si se produce mejoría en la función renal tras el implante.

Métodos: Se incluyeron pacientes a los que se les implantó un marcapasos desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 diciembre de 2008. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se empleó la creatinina plasmática para estimar el filtrado glomerular mediante la ecuación MDRD pre y posintervención. Se revisó el tipo de dispositivo implantado (uni o bicameral).

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes (40% mujeres, edad 85 ± 9 años) de los cuales el 21% eran fumadores, el 74% padecía de HTA, el 35% de diabetes, y el 26% dislipemia. Se produjo una mejoría en el estadio de ERC en el 72% de los casos, sobre todo en estadios más avanzados: mejoría del 83% y 100% en los grupos IV y V respectivamente. Esta mejoría se correlacionó con el género: 82% mujeres frente a 65% hombres ($p = 0,027$), FEVI: 80% conservada frente a 66% deprimida ($p = 0,024$), y el tipo de marcapasos: 78% bicameral frente a 60% unicameral ($p = 0,021$). El tipo de marcapasos fue la única variable significativa en el análisis multivariante ($p = 0,019$).

Conclusiones: el marcapasos bicameral se correlacionó de manera significativa con la mejoría del estadio de enfermedad renal, sobre todo en estadios más avanzados.

420/75. ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SACUBITRIL/VALSARTÁN Y SU UTILIDAD PARA PREVENIR EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS

S. Blasco Turrión, F. Camacho Jurado, A. Gómez López, I. Lobo Torres y F. Morales Ponce

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Las guías ESC de insuficiencia cardiaca muestran los beneficios de sacubitrilo/valsartan (LCZ) en reducción de rehospitalizaciones y mortalidad en pacientes con fracción de eyección reducida (FER) sintomáticos a pesar de tratamiento óptimo. El PARADIGM-HF no especifica si la FEVI mejoró tras tratamiento con LCZ. Por ello, analizamos la progresión de la FEVI en pacientes con este tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con IC FER tratados con LCZ en seguimiento en Hospital de Día de Insuficiencia Cardiaca desde noviembre 2017 a diciembre 2018.

Resultados: De 108 pacientes registrados 57 seguían tratamiento con LCZ (76,4% varones, edad media de 66 años). Todos tenían otros FRCV: HTA (60%), dislipemia (53%), DM2 (45%), tabaquismo activo (7,5%) y 54% enfermedad coronaria. En el grupo LCZ el 84,2% tenía FEVI $\leq 35\%$ con diámetro ventricular medio de 62 mm y FEVI 27,5%. Tras 4 semanas con titulación máxima de LCZ y previa a la valoración de dispositivos encontramos mejoría de la FEVI ($6,6\% \pm 9,2\%$) con FEVI $> 35\%$ en 12 pacientes, TAPSE ($1,16 \pm 3,5$ mm) y reducción del NTproBNP (3.981 ± 11.238 ng/ml), siendo la principal causa la enfermedad coronaria (41%) mientras que en los que no mejoró la FEVI la principal causa fue idiopática (44%). Se alcanzó dosis máxima de LCZ en la mayoría de los pacientes que no recuperaron FEVI $> 35\%$, y sólo un 50% de los que sí recuperaron.

Conclusiones: En 41% de los pacientes en tratamiento con LCZ detectamos una mejoría de la FEVI por encima del 35%. Por ello, creemos que el uso de LCZ debería considerarse previo al implante de dispositivos, evitando así medidas innecesarias y posibles complicaciones que pueden asociarse.

420/76. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA MEDIANTE GATED-SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

A. Aguilera Saborido, A. Abril Molina, P. Cristobo Sainz, J. Ruiz-Franco Baux, J. Caballero Gullón y A. Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El Gated-SPECT de perfusión miocárdica permite valoración de perfusión miocárdica y función ventricular, en reposo y tras esfuerzo, aportando información diagnóstica y pronóstica. Nuestro objetivo es analizar los pacientes que se realizan la prueba desde la unidad del dolor torácico, obteniendo las características de los mismos así como los resultados de la prueba y eventos cardiovasculares en seguimiento.

Métodos: Analizamos mediante estudio de cohortes retrospectiva pacientes que tras derivación a la unidad del dolor torácico se realizaron SPECT tras estímulo fisiológico entre noviembre de 2017 y enero de 2019.

Resultados: 40 pacientes se realizaron SPECT tras estímulo fisiológico (2,5%). La edad media de 52,6 años. El 45% mujeres. Hipertensión arterial (52,5%), 10% diabéticos, 12,5% enfermedad renal crónica. 8 cardiopatías congénitas. 12,5% fumadores. El 17,5% tenía cardiopatía isquémica previa. Resultados del SPECT: 75% negativo, 15% isquemia, 5% necrosis. El grado de isquemia fue ninguna: 80% de los pacientes, 12,5% leve, 5% moderada, 2,5% dudosa. LA FE media por Gated-SPECT es del 78%. En 15% se solicitó cateterismo, 3 tenían enfermedad monovasos, 1 enfermedad de dos vasos, 1 multivaso, 1 arterias coronarias normales. Revascularización percutánea: 2 pacientes. La media de seguimiento 9,1 meses. No eventos cardiovasculares mayores. Supervivencia 100%.

Conclusiones: El Gated-SPECT de perfusión miocárdica con estímulo fisiológico es seguro y útil para el diagnóstico y pronóstico en pacientes con dolor torácico.

420/77. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA VÁLVULA AÓRTICA: ¿PODEMOS IDENTIFICAR AL PACIENTE FÚTIL? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

I. Martínez Primoy, I. Méndez Santos, F. Cortés Cortés, M. Ávila González, O. Araj, R. García de la Borbolla, R. Ruiz Salmerón, J. Barquero Aroca, R. Hidalgo Urbano y R. Calvo Jambrina

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Debido al aumento de la prevalencia de la estenosis aórtica (EAO) con la edad y al envejecimiento progresivo de la población, se prevé un crecimiento exponencial de pacientes a priori candidatos a TAVI. Las GPC desaconsejan la intervención en pacientes con esperanza de vida < 1 año, pero carecemos de herramientas que permitan identificar al paciente fútil. Nuestro estudio analiza los pacientes tratados y rechazados en nuestro centro con intención de conocer las características del paciente que no se beneficiaría del tratamiento percutáneo de la EAO.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes remitidos a consulta de TAVI entre enero 2016 y diciembre 2017. Se excluyeron los pacientes finalmente quirúrgicos y aquellos que voluntariamente rechazaron la intervención. Se estudió la mortalidad en el primer año posimplante.

Resultados: Se valoraron 110 pacientes: 97 fueron intervenidos y 13 rechazados. Los pacientes rechazados tenían mayor comorbilidad: edad ($84,4$ frente a $80,2$; $p < 0,05$), EuroSCORE (20 frente a 31; $p < 0,05$), STS (8 frente a 5,4; $p < 0,05$), PSAP > 60 mmHg (61,5 frente a 22,7%; $p < 0,05$), Charlson > 6 (0 frente a 36%; $p < 0,05$) y

mortalidad (53,8 frente a 15,4%). De los intervenidos que cumplieron el año de seguimiento, 46 seguían vivos y 15 habían muerto. No se encontraron, sin embargo, diferencias en las variables analizadas entre los pacientes vivos y fallecidos con TAVI, sólo una tendencia a mayor EuroSCORE-log y disfunción renal en los fallecidos.

Conclusiones: Los pacientes rechazados tenían más edad, HTP, EuroSCORE Log, Charlson > 6 y STS que los aceptados para TAVI. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en estas ni otras variables analizadas entre los pacientes tratados vivos y los tratados fallecidos el primer año. Hacen falta estudios que permitan identificar qué pacientes no se beneficiarían del tratamiento percutáneo de la EAO.

420/78. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER SUBCUTÁNEO EN LA SELECCIÓN DE CANDIDATOS A ESTIMULACIÓN DEFINITIVA

A. Gómez López, S. Blasco Turrión, P. González Pérez, I. Lobo Torres y F. Morales Ponce

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El holter implantable constituye una herramienta de utilidad en el diagnóstico de pacientes con síncope o palpitaciones recurrentes de etiología no filiada. Por ello, nos propusimos analizar las características basales y la utilidad diagnóstica de este dispositivo en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes a los que se les implantó un Holter subcutáneo en nuestro centro desde octubre 2006 hasta julio 2017.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes (60% varones con edad media de 62 ± 18 años) de los que un 42% no presentaba cardiopatía estructural, 17% presentaba cardiopatía hipertensiva y 12% isquémica, con función sistólica conservada en la práctica totalidad de los pacientes estudiados (95%). La principal causa del implante fue síncope/presíncope de etiología incierta (94%) con un electrocardiograma normal en el 65% de los casos, BAV de primer grado (23%), BRIHH (6%), BRDHH (1,5%) y bloqueo bifascicular (4,5%). De los pacientes incluidos, un 78% presentó eventos arrítmicos que justificaran la clínica con un tiempo medio desde el implante hasta el evento de 10 ± 10 meses, siendo el diagnóstico final más frecuente el BAV completo (21,5%), seguido de la disfunción sinusal (9%) y la combinación de ambas (6%), implantándose posteriormente un marcapasos definitivo en estos casos. Durante el seguimiento sólo se produjo decúbito de generador en 1 caso, sin otras complicaciones registradas.

Conclusiones: El Holter insertable constituye una herramienta esencial en el estudio de pacientes con síncope de repetición de causa no filiada que permite establecer un diagnóstico definitivo y seleccionar candidatos a estimulación definitiva sin complicaciones asociadas.

420/79. TRIPLE TERAPIA CON DABIGATRÁN EN PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, J. Cano Nieto, C. Urbano Carrillo, J. Delgado Prieto, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Son escasos los datos sobre seguridad en triple terapia. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la seguridad y eficacia de la triple terapia combinada con AAS, clopidogrel y dabigatran.

Métodos: Estudio prospectivo y monocéntrico. Se incluyeron pacientes con indicación de anticoagulación por FA no valvular a los que se implantó al menos un stent coronario. Al alta se les prescribió tratamiento con AAS 100 mg/24h + clopidogrel 75 mg/24h + dabigatran 110 mg/12h, de acuerdo a las guías de práctica clínica ESC de FA (2016). Se analizó la incidencia de sangrados, trombosis de stent, necesidad de revascularización y muerte cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes entre febrero 2017 y enero 2018, edad $71,7 \pm 8,9$ años y alta prevalencia de factores de riesgo (HTA 81,4%, dislipemia 74,4%, DM 58,1%). El 46,5% con FA paroxística, 18,6% FA persistente y 34,9% FA permanente (con una mediana CHA2DS2VASC 4 y HASBLEED 3). La indicación de ICP fue: electiva 11p (25,6%) y SCA 32p (74,4%). El tipo de stent usado fue: BMS 15p (34,8%) y DES 28p (65,1%). Se trataron una media de $1,3 \pm 0,6$ lesiones/paciente con una media de $1,5 \pm 0,9$ stents/lesión. Tras un seguimiento de $6,2 \pm 2,9$ meses, se observaron 5 sangrados (11,6%): 2 sangrados digestivos con necesidad de transfusión (4,6%) y 3 epistaxis (6,9%). Los eventos observados fueron: IAM no fatal otra lesión 1p (2,3%), necesidad revascularización de lesión diana 2p (4,6%). No hubo trombosis de stent ni fallecimientos. La única variable asociada a la incidencia de sangrados fue el hematocrito previo (OR 0,58, IC95%, 0,187-0,982, $p = 0,04$).

Conclusiones: En nuestro estudio el uso de triple terapia con dabigatran ha demostrado ser segura y eficaz, con un bajo porcentaje de sangrados con necesidad de transfusión respecto a estudios previos.

420/81. DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

A. Wals Rodríguez, M. Caballero Valderrama, J. Domínguez Cano, A. López Lozano, I. Sainz Hidalgo y J. Vallejo Carmona

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La disfunción sexual (DS) es frecuente en varones con cardiopatía isquémica, existiendo cuestionarios validados que permiten identificar esta entidad fácilmente. Sin embargo, la evaluación en mujeres es más difícil. Describimos las características clínicas y de FSM que realizan un programa de rehabilitación cardiaca (PRC).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, datos recogidos del registro del PRC de nuestro hospital. Se incluyen todas las mujeres que han realizado el PRC entre octubre/2017 y enero/2019, en las que se realiza el cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) al final del PRC. Se describen las características clínicas y de función sexual. Se recogieron datos de 51 mujeres consecutivas que realizaron el PRC, y 9 respondieron al cuestionario FSM.

Resultados: Las pacientes no respondedoras, en un 54% no presentaba relaciones y el resto no quiso contestar. Entre las respondedoras, la edad media fue 54 años, un 22,2% tenían HTA, 22,2% DLP, 11,1% DM, 66,7% tabaquismo activo. Las 9 presentaron un SCA, revascularizado percutáneamente. FEVI normal en el 66,7%, y el resto disfunción ligera. De las 9 pacientes, un 77,8% tuvo entre 1-4 relaciones sexuales al mes. Existió un trastorno moderado o severo en los siguientes ítems del cuestionario FSM: Deseo 66,6%, excitación 66,6%, lubricación 55,5%, orgasmo 55,6%, ansiedad anticipatoria 55,5%.

Conclusiones: La DS en mujeres con cardiopatía isquémica que realizan un PRC es un problema frecuente. El empleo del cuestionario FSM es una herramienta útil para su diagnóstico y abordaje, aunque una gran proporción de las pacientes no lo contestan.

420/82. CARACTERÍSTICAS BASALES Y EVOLUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO

M. Otte Alba, R. Rodríguez Delgado, I. Estrada Parra, M. González Correa, D. Villagómez Villegas, R. Luque Mazuelos, M. Romero Reyes, M. Astudillo García, R. Barín y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El objetivo del estudio es analizar las características basales de nuestra población en tratamiento con ARNI y seguimiento en la unidad de insuficiencia cardiaca (UIC), atendiendo a las posibles diferencias en el remodelado y la recuperación de la FEVI frente al resto de pacientes.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal y descriptivo en el que incluimos 89 pacientes en seguimiento actual en nuestra UIC con TMO alcanzado.

Resultados: Incluimos 89 pacientes, 43% (38) en tratamiento con ARNI. Dicho grupo presentaba mayor prevalencia de DM II y dislipemia, sin diferencias en cuanto al sexo, HTA, obesidad, tabaquismo o coronariopatía. En cuanto a la etiología, el 48% de los isquémicos realizaba con ARNI, frente al 39% de los no isquémicos, sin detectar diferencias significativas. Se evidenció una tendencia a la mayor asociación con betabloqueantes e ivabradina y diferencias estadísticamente significativas a ser portador de DAI, TRC o TRC-D en el grupo ARNI. En ambos grupos se evidenció mejoría de la FEVI durante el seguimiento, siendo esta tendencia mayor en el grupo que recibía ARNI, en los que se detectó una disminución del volumen telediastólico del ventrículo izquierdo (VTDVI) estadísticamente significativa ($p < 0,023$).

Conclusiones: Los pacientes en seguimiento en nuestra UIC y TMO alcanzado presentan resultados favorables en cuanto a recuperación de la FEVI, siendo ligeramente más prevalente en el grupo ARNI, que además presentan un mejor remodelado.

420/83. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: SEGURIDAD Y EFICACIA A MEDIO PLAZO

J. Carreño Lineros, S. Rufián Andújar, H. Llamas Gómez, S. Ballesteros Prada, P. Pérez Santigosa, F. Molano Casimiro y F. Sánchez Burguillos

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: Estudiamos a los pacientes con fibrilación auricular tratados con cierre percutáneo de orejuela auricular izquierda. Analizamos los resultados del implante, su seguridad y efectividad a medio plazo.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de 22 pacientes consecutivos sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda en nuestro centro, desde enero de 2015 hasta febrero de 2019. Se describen características clínicas, variables derivadas del implante y del seguimiento clínico y con ecocardiografía transesofágica.

Resultados: La media de edad fue de 70,77 años, siendo el 54,5% varones. El FRCV predominante fue la HTA (86,4%). Se trataba de pacientes de alto riesgo tromboembólico y alto riesgo hemorrágico (valor medio del CHA2DS2VASc $4,36 \pm 1,4$ y HASBLED $3,36 \pm 1,1$). La principal indicación fue la hemorragia gastrointestinal (31,8%), seguida por lesiones intracraneales que contraindicaban la anticoagulación (18,2%). El uso previo de ACOD fue del 49,9%. Se consideró el procedimiento exitoso en el 95,5% de los casos. Se evidenciaron complicaciones deri-

vadas del procedimiento en 2 casos (derrame pericárdico), ninguno fatal. Un paciente presentó leak residual. No se produjeron fallecimientos durante el ingreso ni necesidad de cirugía. En 3 casos se continuó anticoagulación por embolias a pesar de ACO. En un seguimiento medio de 22,5 meses se produjeron 2 AVC isquémicos, uno de ellos en paciente con AVC isquémicos de repetición y 4 eventos hemorrágicos, todos ellos del tipo hemorragia gastrointestinal.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el cierre percutáneo de orejuela izquierda fue un procedimiento con una alta tasa de éxito y asociado a una baja incidencia de complicaciones.

420/84. TRATAMIENTO DE LA REESTENOSIS INTRA-STENT: ¿MEJOR STENT FARMACOACTIVO O BALÓN LIBERADOR DE DROGAS?

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, C. Urbano Carrillo, L. Muñoz Jiménez, C. Sánchez González y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La reestenosis intrastent (RIS) es uno de los mayores problemas de la cardiología intervencionista actualmente. El objetivo del estudio fue comparar el tratamiento de la reestenosis intrastent con balón liberador de fármaco (DEB) respecto a stent farmacoactivo (DES).

Métodos: Estudio retrospectivo y monocéntrico donde se incluyeron pacientes sometidos a coronariografía entre enero 2015 y diciembre 2016 con RIS grave angiográfica en los que se realizara tratamiento con DEB o DES. Analizamos el porcentaje de eventos en el seguimiento (muerte CV, IAM y necesidad de revascularización).

Resultados: Se estudiaron 137 lesiones pertenecientes a 126 pacientes, edad media $65,97 \pm 10,95$ años y alta prevalencia de FRCV: HTA 81,6%, dislipemia 65,3%, diabetes 55,1% y tabaquismo 41,0%. 52 lesiones (46 pacientes) se trataron con DEB y 85 lesiones (80 pacientes) con DES, sin diferencias significativas en cuanto a FRCV en ambos grupos. La indicación más frecuente fue la angina inestable (36,4% frente a 33,8%, $p = 0,679$). El 22,4% de los stents fueron BMS y el 72,0% DES, con un tiempo medio desde el implante de $58,33 \pm 5,69$ meses ($47,56 \pm 7,81$ frente a $63,22 \pm 7,66$ meses, $p = 0,243$). No hubo diferencias respecto al diámetro de stent previo ($2,78 \pm 0,45$ frente a $2,81 \pm 0,45$ mm, $p = 0,413$) o longitud ($24,66 \pm 12,84$ frente a $22,24 \pm 9,69$ mm, $p = 0,336$). La mayor parte de la RIS limitadas al stent se trataron con DEB (78,4% frente a 51,5%, $p = 0,007$) mientras que las RIS de bordes o que excedían los límites del stent se trataron con DES (21,6% frente a 48,5%). Aquellos RIS tratados con DEB se predilataron preferentemente con balón no compliant o balón de corte (94,6% frente a 59,7%, $p = 0,001$). Tras un seguimiento medio de $24,81 \pm 13,10$ meses, no hubo diferencias significativas en el porcentaje de eventos (16,2% frente a 17,1%, $p = 0,903$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes no encontramos diferencias significativas en el porcentaje de eventos entre ambos grupos de tratamientos.

420/85. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO SOBRE INJERTOS CORONARIOS DE VENA SAFENA

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, C. Urbano Carrillo, L. Muñoz Jiménez, C. Sánchez González y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Comparar el intervencionismo percutáneo sobre injertos de safena con stents convencionales frente a

stents farmacoactivos. Analizar la necesidad de nueva revascularización, infarto de miocardio y mortalidad por causa cardiovascular en cada grupo de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Valoramos 120 ICPs sobre injertos de VS de entre 7.594 lesiones en las que se realizó angioplastia en entre enero 2006 y diciembre 2015. Sólo se incluyeron lesiones de novo. Se analizó: 1) Necesidad de nueva revascularización, 2) Infarto de miocardio no fatal, 3) Muerte de causa cardiovascular.

Resultados: Incluimos 120 lesiones pertenecientes a 82 pacientes ($1,37 \pm 0,69$ lesiones tratadas/paciente). Se realizó ICP mediante BMS en 18 lesiones (15%) y DES en 102 lesiones (85%). La indicación por SCA fue 7p (58%) en el grupo BMS y 44p (62%) en el grupo DES ($p = 0,72$). La edad media de los pacientes fue $70,5 \pm 6,4$ frente a $69,5 \pm 7,5$ años ($p = 0,67$). No hubo diferencias en FRCV, IAM o fracción de eyección. Los injertos de safena tuvieron una antigüedad media $12,9 \pm 7,4$ frente a $13,9 \pm 6,4$ años ($p = 0,55$). La gravedad de las lesiones fue $90,2 \pm 10,1$ frente a $88,2 \pm 10,3\%$ ($p = 0,54$), tratándose $1,89 \pm 1,23$ frente a $1,43 \pm 0,69$ lesiones/paciente ($p = 0,142$) e implantándose $1,11 \pm 0,32$ frente a $1,12 \pm 0,41$ stents/lesión ($p = 0,86$). El tiempo medio de seguimiento fue $5 \pm 2,7$ años. La necesidad de nueva revascularización de la lesión diana fue de 7 lesiones (38,8%) en el grupo BMS frente a 14 lesiones (13,7%) en el grupo DES ($p = 0,022$). La presencia de IAM debido a la lesión diana fue 5 (27,7%) frente a 6 (6,1%), $p = 0,014$. No hubo diferencias en mortalidad de causa cardiovascular (0% frente a 5,6%) ni respecto al número de pacientes que completaron doble antiagregación 1 año (BMS 75% frente a DES 80,5%, $p = 0,45$).

Conclusiones: En nuestra serie el resultado de la ICP mediante DES fue superior en términos de necesidad de nueva revascularización e IAM, aunque no se tradujo en mortalidad de causa cardiovascular.

420/86. UTILIZACIÓN DE UN CATÉTER DE EXTENSIÓN MONORRAÍL EN ANGIOPLASTIAS CORONARIAS COMPLEJAS POR ACCESO RADIAL

A. Rojas Sánchez, M. Cano García, L. Muñoz Jiménez, C. Urbano Carrillo, C. Sánchez González y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Aunque el perfil de balones y sistemas de liberación de stents han mejorado sustancialmente en los últimos años, en ocasiones nos encontramos escenarios complejos debido a excesiva tortuosidad coronaria, calcificación o presencia de stents proximales. El objetivo de nuestro estudio fue revisar la experiencia en nuestro centro en el uso del catéter Guideliner® (Vascular Solutions, Minneapolis, MN, EEUU).

Métodos: Estudio retrospectivo de procedimientos consecutivos donde se usó el catéter Guideliner® desde agosto 2015 a agosto 2017.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes donde se usó Guideliner®. Las indicaciones del procedimiento fueron: SCASEST 33 (58,8%), angina estable 13 (22,8%), SCACEST 8 (14,0%) y shock cardiogénico 2 (3,5%). La mayoría de los pacientes 33 (57,8%) presentaban revascularización previa (ICP + quirúrgica). De los 57 procedimientos, 52 (91,2%) fueron por acceso radial y 5 (8,8%) por vía femoral. El 77,1% de las lesiones fueron de complejidad C. La localización de las lesiones fue CD 30 (52,9%), DA 13 (22,8%), CX 12 (21,0%), injerto de safena 2 (3,5%). Los motivos principales para el uso del Guideliner® fue: 1) tortuosidad proximal 27 (47,3%), 2) calcificación severa 18 (31,5%), 3) oclusión crónica 7 (12,2%), 4) stent proximal 5 (8,7%). El Guideliner® permitió avanzar balón de predilatación en 18 casos

(31,5%) e implantar stent en 52 casos (91,1%). En 1 caso fue utilizado para posicionar catéter de OCT para valoración de stent implantado previamente. En 3 casos no se pudo completar angioplastia (1 caso por acceso femoral), ambos por excesiva tortuosidad. La tasa de éxito fue de 55p (96,4%). No hubo complicaciones en ningún caso.

Conclusiones: El uso de Guideliner® es una técnica eficaz y segura, que permite aumentar el soporte y facilita la angioplastia sobre lesiones de alta complejidad.

420/87. ¿ESTAMOS UTILIZANDO LAS DOSIS APROPIADAS DE LOS ANTICOAGULANTES DIRECTOS?

A. Sigismondi¹, S. Camacho Freire², J. León Jiménez³, M. Roa Garrido¹, López-Á. Masjuán Ríos¹, A. Rodríguez Albarrán¹, F. Caro Fernández¹, S. Ortiz Cruces¹, P. Pajaro Merino¹ y J. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: En los últimos años se ha incrementado la tasa de utilización de los anticoagulantes directos (ACD) en la fibrilación auricular no valvular. Solo algunas dosis de los ACD han demostrado en los ensayos clínicos principales no inferioridad/superioridad en términos de eficacia respecto a los AVK. Sin embargo se acepta el uso de las dosis reducidas en algunas situaciones clínicas. Nos propusimos valorar si los pacientes estaban recibiendo la dosis de ACD recomendada según la ficha técnica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo.

Resultados: Se incluyeron un total de 116 pacientes, el 8,7% recibieron dabigatran 110 mg/12h, 3,3% dabigatran 150 mg/12h, 11,4% rivaroxaban 20 mg/24h, 4,4% rivaroxaban 15 mg/24h, 7,4% apixaban 5 mg/12h y 7,4% apixaban 2,5 mg/12h. Solo el 73% de los pacientes que recibieron un ACD tomaban la dosis recomendada según la ficha técnica, en el 23% se utilizó una dosis reducida y en el 3% una dosis superior a la recomendada. La dosis reducida de forma inapropiada fue del 27% con dabigatran, 21% con rivaroxaban y 31% con apixaban. La elección de la dosis fue elegida por el médico de la consulta en base a la evaluación individualizada del riesgo trombótico y hemorrágico y las principales motivaciones que indujeron a utilizar una dosis reducida fueron la edad, la fragilidad, un alto riesgo de sangrado y la insuficiencia renal.

Conclusiones: En un porcentaje elevado de pacientes que reciben un ACD, las dosis no son apropiadas, fundamentalmente a expensas de infradosificación y podría teóricamente representar un factor de riesgo para presentar más eventos tromboembólicos.

420/88. INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA DEL «MUNDO REAL» A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI. REGISTRO CICCOR

L. Mateos de la Haba¹, J. Sánchez Fernández², C. Ogayar Luque¹, E. Romo Peñas¹, D. Mesa Rubio¹, M. Delgado Ortega¹, A. Rodríguez Almodóvar¹, M. Anguita Sánchez¹, M. Pan Álvarez-Ossorio¹ y M. Ruiz Ortiz¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Los datos sobre la incidencia a largo plazo de ingresos por insuficiencia cardíaca de pacientes diabéticos

con cardiopatía isquémica crónica (CIC) del “mundo real” son limitados. Este estudio tuvo como objetivo evaluar este evento en esta población.

Métodos: El registro CICCOR es un estudio de cohortes prospectivo y monocéntrico. Del 1.2.2000 al 31.1.2004, todos los pacientes con CIC que acudieron a dos consultas ambulatorias de cardiología de un hospital terciario fueron incluidos en el estudio. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron seleccionados para este análisis. Se estimó la probabilidad de ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca en el seguimiento; y las variables asociadas con este evento fueron investigadas.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes (68 ± 9 años, 61% varones). Tras 17 años de seguimiento (mediana 9 años, RIC 4-14 años, 2 pacientes perdidos, 3517 pacientes-años de observación), 101 presentaron un ingreso por insuficiencia cardíaca con una probabilidad acumulada de 6%, 14%, 24%, 31% y 40% a los 3, 6, 9, 12 y 15 años. Una edad avanzada (HR 1,06, IC95% 1,04-1,08, $p < 0,0005$), clase funcional $\geq$ II de angina (HR 1,75, IC95% 1,10 a 2,79, $p = 0,02$), cardiomegalia (HR 2,96, IC95% 1,82-4,81, $p < 0,0005$) y tratamiento diurético en la primera visita (HR 1,96, IC95% 1,27-3,05, $p = 0,003$), fueron predictores de este evento.

Conclusiones: La probabilidad de ingreso por insuficiencia cardíaca fue del 40% a los 15 años en esta cohorte de pacientes diabéticos con CIC del “mundo real”.

420/95. REESTENOSIS DE STENT EN TRONCO CORONARIO IZQUIERDO: CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS Y CLÍNICAS, Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

S. Ortiz Cruces, M. Roa Garrido, L. López Rojas, A. Gómez Menchero, R. Cardenal Piris, S. Camacho Freire y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: El manejo llevado a cabo sobre pacientes con reestenosis de stent en tronco coronario izquierdo (TCI) es un tema controvertido. Nuestro objetivo fue analizar a los pacientes que habían sufrido una reestenosis de stent situado en tronco coronario izquierdo, describiendo sus características clínicas, angiográficas y el manejo terapéutico.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo de pacientes de nuestra área sanitaria de referencia con una reestenosis significativa ($\geq 50\%$) de stent situado en TCI desde enero 2006 a enero 2018.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, edad media de 67 ± 12 años, siendo varones el 78% ($n = 32$). El 80% eran hipertensos, 63% diabéticos, y 46% dislipémicos. El tiempo medio desde la implantación del primer stent en TCI hasta su reestenosis fue de 539 ± 467 días. Su manifestación más frecuente fue como IAMSEST (31,7%). La reestenosis del stent de TCI se localizó en TCI distal (bifurcacional) en 36 pacientes (87,8%). La estrategia en el manejo fue la implantación de stent farmacoactivo en un 67,5%, y el 30% se trataron con balón farmacoactivo (AngiosculptX or DCB). En un seguimiento medio de 3 años tras sufrir la reestenosis, el 31,7% sufrieron un MACE.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que el empleo del ICP para el tratamiento de reestenosis de stent en TCI es una estrategia segura y que aporta buenos resultados. La afectación de la bifurcación distal del TCI y la presencia de diabetes e HTA fueron los principales factores de riesgo en nuestra serie para sufrir reestenosis de stent en TCI.

420/96. FIBRILACIÓN AURICULAR COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

N. Abdesalah Mohamed, N. González Cruces y J. Osuna Sánchez

Hospital Comarcal de Melilla, Melilla.

Introducción: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda, separándolos en subgrupos dependiendo de si padecían o no fibrilación auricular (FA).

Métodos: Análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda en medicina interna a lo largo del 2017 separándolos en subgrupos dependiendo de si padecen o no FA para posteriormente realizar un análisis estadístico inferencial y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

Resultados: Hubo un total de 120 pacientes ingresados. La media de edad fue de $73,71 \pm 19,74$ años. Un 49,2% era de etnia caucásica y un 50,8% bereber. Un 20,8% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 62,5% referían HTA; DM 45,8%; DLP 25%; EPOC 12,5% y FA 34,2%. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $9,88 \pm 8,9$ días, siendo exitus el 13,3% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no FA no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad (31,11% frente a 36%, $p < 0,366$), DM (34,54% frente a 33,84%, $p < 0,544$) y la DLP (34,44% frente a 33,33%, $p < 0,549$) y mortalidad (31,73% frente a 50%, $p < 0,126$).

Conclusiones: En nuestro centro hospitalario los pacientes con FA no presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a los pacientes que no tengan FA en cuanto a la comorbilidad se refiere, si es cierto que pese a no tener diferencias estadísticamente reseñables se observa una tendencia a la mayor mortalidad en los pacientes con FA.

420/97. PERFIL FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

N. Abdesalah Mohamed, J. Osuna Sánchez y N. González Cruces

Hospital Comarcal de Melilla, Melilla.

Introducción: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año 2017, realizando un análisis de que perfil farmacológico.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna con el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca congestiva a lo largo del 2017. Se han revisado los informes de alta analizándose datos como género, tipo de patología, así como un análisis de los fármacos que formaban parte de sus tratamientos previos.

Resultados: Hubo un total de 120 pacientes ingresados. De todos nuestros pacientes analizados un 5,5% no tomaba ningún fármaco. Del 94,5% que sí tomaba algún fármaco, 27,8% tomaban menos de 4 fármacos; un 46,7% tomaban entre 5-10 fármacos y un 20% más de 10. Siendo los fármacos más prescritos los diuréticos (65,2%) y los betabloqueantes (44,2%). Del total de pacientes el 27,5% tomaba anticoagulantes orales siendo el acenocumarol (35,3%) el más utilizado. El 32,5% tomaba antiagregantes plaquetarios: 59,5% AAS, 18,9% clopidogrel, 21,6% tomaban más de un antiagregante. IECAS (29,2%): enalapril (83,3%). ARA-II (20,8%): valsartán (26,1%). Betabloqueantes (44,2%): carvedilol (36,5%) y bisoprolol (51,9%). Calcioantagonis-

tas (13,3%). Digoxina (18,3%). Diuréticos (65%): furosemida (51,4%), espinorolactona (32,4%), un 28,3% de los pacientes tomaban más de un diurético. Hipolipemiantes (26,7%): pitavastatina (35,3%), atorvastatina (50%). ADOs (30,8%): metformina (26,3%), metformina + iDPP4 (36,8%). Insulina (18,3%).

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia cardíaca son por lo general pacientes pluritratados, esto hace que tengan un manejo en planta complejo. Hasta un 65,2% toman diuréticos y un 44,2% tienen pautados betabloqueantes.

420/99. RESULTADOS A LARGO A PLAZO DEL EMPLEO DE STENTS FARMACOACTIVOS DE PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA GENERACIÓN EN LA REVASCULARIZACIÓN DEL TRONCO CORONARIO

A. Moya Martín, S. Ballesteros Pradas, C. Olivo Rodríguez, M. Romero Reyes, H. Llamas Gómez, F. Sánchez Burguillos, P. Pérez Santigosa y F. Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: La mejora en el perfil de los stents farmacoactivos (DES) de nueva generación en cuanto a eficacia y seguridad convierte a la estrategia percutánea mediante el empleo de estos dispositivos en una alternativa favorable para abordar lesiones coronarias complejas, como puede ser la enfermedad significativa del tronco coronario izquierdo (TCI) no protegido. El objetivo del estudio es analizar la reestenosis de stent y eventos cardiovasculares mayores (MACE) según el tipo de DES según la generación del dispositivo.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que analizamos los pacientes sometidos a revascularización percutánea de TCI mediante DES de 1ª (Taxus, Cypher, Costar), 2ª (Endeavor, Resolute, Xience, Promus, Onyx) o 3ª generación (Nobori, Orsiro) en nuestro centro entre septiembre de 2005 y febrero de 2014, asegurando un seguimiento mínimo de 5 años.

Resultados: Se analizan 280 pacientes, sin diferencias significativas en la distribución de características clínicas ni angiográficas entre las tres generaciones. Los DES de primera generación se asociaron a mayor reestenosis de stent (OR 3,16; IC95% 1,51-6,6; p 0,002) y de MACE (OR 2,1; IC95% 1,2-3,7; p 0,011).

Conclusiones: El empleo de DES de 1ª generación empleados en la angioplastia de TCI se asoció a mayor reestenosis de stent y mayor incidencia de MACE. No se observó diferencias significativas entre 2º y 3ª generación.

420/101. DIABETES MELLITUS COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

N. Abdeselah Mohamed, J. Osuna Sánchez y N. González Cruces

Hospital Comarcal de Melilla.

Introducción: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, separándolos en subgrupos dependiendo de si padecían o no diabetes mellitus (DM) para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en medicina interna a lo largo del año 2017 separándolos en subgrupos dependiendo de si tenían o no DM para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

Resultados: Se estudiaron 103 pacientes (62,1% varones) con media de edad $70,54 \pm 11,7$ años. Un 47,6% era de etnia caucásica y un 52,4% bereber. En cuanto al motivo de ingreso: 52,4% SCASEST, 35,3% SCACEST, 12,6% ángor inestable y 3,9% ángor estable. Un 45,1% de los pacientes ingresó en UCI en el momento del diagnóstico, a un 14,6% se les realizó fibrinólisis y a un 56,6% coronariografía. La mortalidad durante el ingreso fue de un 5,9%. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si tenían o no DM no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la HTA (58,3% frente a 44%, p < 0,116) y DLP (62,5% frente a 43,2%, p < 0,061) y mortalidad (6,56% frente a 7,89%, p < 0,567) ni en la mortalidad en los siguientes 30 días al evento (27,78% frente a 21,06%, p < 0,462).

Conclusiones: Hemos observado una tendencia a la mayor mortalidad en los diabéticos, pero en el análisis no lo hemos podido demostrar estadísticamente, probablemente porque los pacientes vienen desde otro país sin un diagnóstico de DM.

420/102. EFICACIA DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN UNA COHORTE DE LA VIDA REAL... ¿ES POSIBLE EVITAR EL IMPLANTE DE DAI/TRC?

S. Ortiz Cruces, A. Sigismondi, J. Morgado García de Polavieja, F. Caro Fernández, E. Gálvez Ríos y P. Pájaro Merino

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Describir la eficacia del sacubitrilo/valsartán en una cohorte consecutiva de pacientes que sufren insuficiencia cardíaca y fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (IC-FEVIr) en vida real. Para ello, analizamos el porcentaje de pacientes que mejoran subjetivamente su clase funcional mediante la escala New York Heart Association (NYHA) y su relación con la variación de cifras de péptido natriurético (NT-proBNP), así como el número de pacientes en los que se redujo la dosis de diuréticos y los que quedan fuera de indicación de dispositivo (desfibrilador/resincronizador) tras el inicio de este medicamento.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes afectados de IC sintomática y FEVI $\leq 40\%$ en los que se sustituye IECA o ARA-II por sacubitrilo/valsartán.

Resultados: Se incluyeron en total 204 pacientes, varones el 78,4%, edad media de $65,96 \pm 11,15$ años, FEVI media al diagnóstico $29,83\% \pm 6,30$, presentando el 54,4% etiología isquémica, NTproBNP medio $2.907,7 \pm 6.500,19$ pg/mL, seguimiento medio de 153 ± 96 días. Resultados: 76% mostraba mejoría sintomática. El 30,4% de los pacientes que presentaban inicialmente indicación de DAI y/o TRC queda fuera de la misma. El 45,8% queda finalmente en clase I de la NYHA.

Conclusiones: Este estudio muestra la eficacia del sacubitrilo/valsartán en vida real, con pacientes mayores y con peor FEVI en comparación al PARADIGM-HF. El 45,8% queda finalmente en clase I de la NYHA y se disminuye en un 30,4% la indicación de DAI y/o TRC a lo largo del seguimiento.

420/105. EXPERIENCIA INICIAL DE ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

A. Sigismondi, A. Gómez Menchero, M. Velázquez, J. Morgado García de Polavieja, R. Cardenal Piris, L. López Rojas, S. Camacho Freire, M. Roa Garrido, F. Caro Fernández y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La angioplastia con balón de arterias pulmonares (ABAP) representa una opción terapéutica, con altas tasas

de éxito, en pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) no operable, pero se realiza actualmente en pocos centros en España. Se analizan como objetivo primario los resultados y las complicaciones en los primeros pacientes de nuestro centro incluidos en este programa.

Métodos: Estudio unicéntrico y observacional que incluyó a los pacientes con HPTEC no quirúrgica tratados mediante ABAP desde julio 2017 hasta febrero 2019. Se analizaron la mejoría clínica y hemodinámica, el edema de reperfusión y la mortalidad.

Resultados: Se realizaron 10 sesiones de ABAP en 2 pacientes. Se redujeron las resistencias vasculares pulmonares un 69% (18.52.9 frente a 5.60.5 UW; $p < 0,001$) y la presión arterial pulmonar media un 55% (65.017.0 frente a 36.01.4 mmHg; $p < 0,001$); el índice cardiaco aumentó un 38% (1,6 frente a 2,6; $p < 0,001$); las cifras de la fracción aminoterminal del péptido natriurético cerebral se redujeron el 74% (977.305 frente a 247.145 pg/dl; $p < 0,001$) y la distancia recorrida en la prueba de 6 minutos de marcha aumentó 197 m (208 frente a 450 m; $p < 0,001$). Apareció edema de reperfusión en 3 procedimientos (30%) y hemoptisis en 2 procedimientos (20%). La supervivencia fue del 100%.

Conclusiones: Se consolida la angiografía pulmonar como técnica eficaz y segura en pacientes con HPTEC no operables, con mejoría de los parámetros hemodinámicos, de la clase funcional y de los biomarcadores, con baja incidencia de complicaciones graves.

420/106. VALOR PRONÓSTICO DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

S. Estriégana, S. Gamaza Chulián, E. Díaz Retamino, B. Serrano Muñoz, A. Giráldez Valpuesta y M. Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: Se define remodelado como los cambios producidos en la geometría del ventrículo izquierdo tras daño o sobrecarga del miocardio. Objetivos: analizar el valor pronóstico de los patrones de remodelado ventricular en pacientes con estenosis aórtica grave.

Métodos: Se incluyeron a los pacientes con estenosis aórtica severa (área valvular $< 1 \text{ cm}^2$) entre 2015 y 2018, excluyéndose otras valvulopatías concomitantes al menos moderadas. Se clasificó a los pacientes en función de la masa ventricular indexada, grosor parietal relativo y volumen ventricular izquierdo. Se analizó la mortalidad cardiovascular como endpoint primario.

Resultados: Se reclutaron 234 pacientes con estenosis aórtica severa (55% mujeres, edad 77 ± 9 años) con IMC de 29 ± 5 , de los cuales el 82% eran hipertensos, el 47% diabéticos, el 47% dislipémicos y el 19% fumadores. El 81% estaban sintomáticos. El tiempo medio de seguimiento fue de 280 ± 231 días. El 1% presentaba hipertrofia excéntrica, el 7% hipertrofia mixta, el 3% hipertrofia dilatada, el 73% hipertrofia concéntrica, el 15% remodelado concéntrico; ningún paciente presentó ventrículo normal ni hipertrofia fisiológica. La mayoría de los pacientes con hipertrofia mixta presentaban clase funcional NYHA $> \text{II}$: 0% frente a 62% frente a 37% frente a 27% frente a 37% ($p = 0,008$). El grupo con mayor mortalidad cardiovascular fue el de hipertrofia mixta (0% frente a 43% frente a 0% frente a 14% frente a 11%, $p = 0,04$), demostrándose también en el análisis de supervivencia (log rank = 0,009).

Conclusiones: El patrón de hipertrofia mixta supone un marcador pronóstico adverso en los pacientes con estenosis aórtica grave.

420/108. USO DE ISGLT2 Y GLP1 SEGÚN FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

P. Pájaro Merino¹, M. Roa Garrido¹, A. López Suárez², P. Rodríguez Ortega¹, A. Martínez Pérez¹, F. Caro Fernández¹, A. Sigismondi¹ y S. Ortiz Cruces¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El uso de iSGLT2 y GLP 1 ha demostrado reducción de mortalidad en pacientes diabéticos. El Grupo de Diabetes-Obesidad de la SEC propone estos fármacos en prevención secundaria según filtrado glomerular por el beneficio cardiovascular demostrado. Nuestro objetivo es analizar en pacientes con DM II en prevención secundaria el control del FG y según éste la introducción de iSGLT2-GLP 1, y comprobar si hay deterioro renal.

Métodos: Analizamos cohorte de pacientes DM II con indicación de coronariografía consecutivos durante febrero-mayo de 2014, seguimiento hasta abril 2018. Analizamos función renal previa y FG en seguimiento.

Resultados: Muestra con $n = 170$, edad $67,0 \pm 10,12$ años. El 80,4% no tenía nefropatía al diagnóstico; 82,3% de los que la padecía en estadio III, 5,88% estadio IV y 8,82% estadio V. En el seguimiento (medio $45,42 \pm 4,6$ meses) se objetiva progresión, permaneciendo 61,2% sin nefropatía, 67,14% estadio III, 12,85% en IV y 5,71% estadio V. El 15,29% de la muestra inicia GLP1 (4,1%) e iSGLT-2 (11,1%), FG $> 60 \text{ ml/min}$ en 87% de los casos, 13% 45-60 ml/min. En su seguimiento, 60,9% mantiene filtrados $> 60 \text{ ml/min}$; siendo 34,8% 45-60 ml/min, ninguno $< 45 \text{ ml/min}$. Media del filtrado $74,81 \pm 24,38$ ($p = 0,071$). La única retirada fue un GLP1 por intolerancia digestiva.

Conclusiones: Pacientes con DM II y en prevención secundaria inician GLP1-iSGLT-2 según indicaciones del Grupo de Diabetes-Obesidad. Se mantiene la función renal con estos fármacos, sin necesidad de retirada por ello, con el aporte del beneficio cardiovascular demostrado. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para corroborar estos resultados.

420/109. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

D. Prieto Toro, I. Navarrete Espinosa, P. Ruiz Martín, J. González Lozano, A. Rojas Sánchez, P. Guardia Martínez, A. Avilés Toscano, J. Rodríguez Silva y de M. Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Se ha demostrado el valor pronóstico negativo de la hipertensión nocturna. Por otro lado la monitorización ambulatoria de PA (MAPA) es un buen método para el análisis de valores de PA de pacientes con IC. Nuestro objetivo es demostrar que porcentajes de pacientes con insuficiencia cardíaca tienen un patrón negativo de presión arterial y qué efecto tiene dicha condición sobre los reingresos por IC.

Métodos: Se ha estudiado una muestra de 78 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Se realizó una monitorización de 24 horas con MAPA.

Resultados: 164 pacientes. Edad media 68 ± 10 . Hombres 71%. Distribución de factores de riesgo: 62,1% eran hipertensos, 42% dislipémicos, 31,8% diabetes, 28% obesidad y 20,4% fumadores. La distribución de la etiología de la IC fue: 43,8% origen isquémico, 20,2% hipertensiva, 20,9% miocardiopatía dilatada, 8,2% valvular y 6,9% de otro origen. Tratamiento de la muestra: 83,5% tratados con betabloqueantes, 81,3% con IECAS/ARA-II, 19,6% sacubitrilo-valsartan, 93% diuréticos de asa, 40,3% inhibidores

de la aldosterona, 84% con antiagregación/anticoagulación. La mayoría de pacientes (71,5%) tenían un patrón patológico de hipertensión en la monitorización ambulatoria: Dipper 29,5%, non-dipper 54,8%, riser 2,9%. La prevalencia de hipertensión nocturna fue de 19,7%. Aquellos pacientes con patrón anómalo de MAPA presentaban mayor porcentaje de reingresos al año (18,7% frente a 12,4% de los pacientes con patrón MAPA normal). **Conclusiones:** Se puede observar cómo a pesar de un buen control de presión arterial de pacientes con IC, existe una importante prevalencia de hipertensión nocturna y como supone un aumento de los reingresos por dicha patología.

420/110. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA

M. Carrillo Bailén, M. Martín Toro, M. Puentes Chiachio, J. Márquez Moreno, J. Torres Llergo y J. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La incidencia de pacientes con indicación de cirugía cardíaca está aumentando. Nuestro objetivo es evaluar tiempos de espera, eventos y mortalidad de una cohorte de pacientes en un centro sin cirugía cardíaca.

Métodos: Se incluyeron 158 pacientes de enero a diciembre de 2016, derivados al servicio de CCV de referencia. Los tiempos de intervención se catalogaron en emergente (< 24 horas del diagnóstico), urgente durante el ingreso, preferente (< 90 días), y programada si entraba en lista de espera quirúrgica (LEQ).

Resultados: La media de seguimiento fue de $594 \pm 14,6$ días. El Euroscore II medio fue de $2,03 \pm 1,7$. La principal indicación fue la estenosis aórtica (58%), seguido de insuficiencia mitral (14%), y de cardiopatía isquémica (13%). La demora desde la derivación a la inclusión en LEQ fue de $49 \pm 2,9$ días, y la media en LEQ de $213 \pm 3,1$ días. El 16,5% de los pacientes programados en LEQ y el 4,5% de los preferentes reingresaron, todos por causas CCV. Hubo 12 reingresos (8%) en el periodo del postoperatorio inmediato. La mortalidad global fue del 11,4% (un 6% en LEQ y un 6% en el postoperatorio inmediato). La supervivencia fue significativamente superior en los pacientes incluidos en LEQ respecto a aquellos que no llegaron a ser evaluados por CCV ($p < 0,03$). **Conclusiones:** Los tiempos de espera quirúrgica y la tasa de mortalidad global son ligeramente superiores a los esperables según el registro nacional. El número de reingresos en LEQ fue alto así como las complicaciones en el postoperatorio inmediato.

420/111. SACUBITRILO/VALSARTÁN EN LA VIDA REAL: SEGURIDAD

A. Sigismondi, J. Morgado García de Polavieja, S. Ortiz Cruces, Á. López-Masjuán Ríos y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Conocer la seguridad del uso de sacubitrilo/valsartán en vida real utilizados en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducido (IC-FEVIr). Analizamos el porcentaje de eventos secundarios del fármaco, las retiradas del mismo, así como las dosis alcanzadas.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron a pacientes con IC sintomática con FEVI menor o igual al 40% que iniciaron tratamiento con sacubitrilo/valsartán de forma consecutiva.

Resultados: Incluidos 204 pacientes, con las siguientes características basales: varones 78,4%, edad media $65,96 \pm 11,15$

años. La comorbilidad más frecuente es hipertensión (70,6%), casi la mitad de ellos presentan fibrilación auricular y algo más de la tercera parte son diabéticos. Seguimiento medio 153 ± 96 días. Sobre los efectos secundarios, mencionar que el 8,1% (16 pacientes) presentó hiperpotasemia (aunque algunos de los mismos ya empezaron el tratamiento con dicho trastorno iónico en su forma leve) y el 24,7% hipotensión (12,1% sintomática). En el 1,2% se retiró por empeoramiento de la función renal. Logramos alcanzar la dosis máxima del fármaco en el 35,7% de los pacientes, teniendo que suspenderse por efectos secundarios o razones económicas en el 5,7%.

Conclusiones: En nuestra serie se constata la seguridad del sacubitrilo/valsartán en la vida real para pacientes con IC-FEVIr; mostrando unos resultados muy parecidos a los obtenidos en el ensayo clínico PARADIGM-HF. Resulta relevante recalcar que hemos logrado alcanzar dosis máximas en 35,7% de la muestra, con un bajo porcentaje de retirada del fármaco durante el seguimiento (5,7%).

420/112. SACUBITRILO/VALSARTÁN EN INDICACIONES LÍMITE

J. Morgado García de Polavieja, A. Sigismondi, S. Ortiz Cruces, A. Martínez Pérez y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: En el ensayo PARADIGM-HF no se incluyeron pacientes con tensión arterial sistólica menor (TAS) a 95 mm Hg, cifras de kaliemia mayor a 5,4 mmol/l, ni filtrado glomerular (FG) menor a 30 mL/min/1,73 m². Además, se modificó el criterio de inclusión de fracción de eyección (FEVI) de 35 a 40% mediante una enmienda del protocolo. Por ello, analizamos los resultados de pacientes que inician sacubitrilo/valsartán cumpliendo alguna de estas condiciones.

Métodos: Análisis descriptivo prospectivo de pacientes afectados de IC sintomática y FEVI $\leq 40\%$ en los que se sustituye IECA o ARA-II por sacubitrilo/valsartán y que cumplen cualquiera de las siguientes condiciones: TAS ≤ 95 mmHg; FG ≤ 30 mL/min/1,73 m²; FEVI 35-40%; K⁺ $> 5,4$ mmol/l. En estos pacientes se realizó un seguimiento más estrecho de lo habitual, siendo ampliamente informados de los riesgos y aceptando el uso de este medicamento.

Resultados: En total 55 pacientes. El 73,2% varones con edad media $66,27 \pm 12,65$ años, FEVI $35,24 \pm 6,46\%$, con etiología isquémica 32 pacientes. Tras un seguimiento de 161 ± 107 días, el 71% manifestó mejoría sintomática y se logró alcanzar dosis máximas en 16 pacientes (28,6%), aunque tuvo que retirarse en 3 pacientes (5,4%). Sufrieron hiperpotasemia únicamente 3 pacientes, hipotensión sintomática 5 pacientes (8,9%) y 2 fueron hospitalizados en los primeros 12 meses por IC descompensada (uno murió).

Conclusiones: Este estudio muestra la seguridad, además de la eficacia, del sacubitrilo/valsartán en pacientes con indicaciones límite, ya sea por tensión arterial, filtrado glomerular, FEVI y/o cifras de kaliemia.

420/114. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA

M. Martín Toro, M. Puentes Chiachio, J. Márquez Moreno, M. Carrillo Bailén, J. Torres Llergo y J. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La indicación de cirugía coronaria aislada ha descendido en las últimas décadas ante el auge del interven-

cionismo percutáneo. Nuestro objetivo es evaluar tiempos de espera, eventos y mortalidad de una cohorte de pacientes derivados a revascularización quirúrgica.

Métodos: De los 729 pacientes con indicación de revascularización coronaria entre enero y diciembre de 2016, evaluamos a 20 pacientes que fueron derivados al servicio de cirugía cardiovascular (CCV) de referencia para bypass coronario aislado. Los tiempos de intervención se catalogaron en urgente (durante la hospitalización del diagnóstico) preferente (< 90 días), o programado (entraba en lista de espera quirúrgica (LEQ)).

Resultados: La media de seguimiento fue de $541 \pm 41,7$ días. La ratio bypass/stent fue 1/37. La presentación clínica más frecuente fue SCACEST (30% de los pacientes). La intervención fue urgente en 1 paciente tras reingresar por angina inestable, preferente en 11 y programada en 7. La demora media fue de $103,6 \pm 20,2$ días. Sólo hubo tres reingresos en espera de cirugía, por causa cardiovascular. La mortalidad global fue del 15,8%, asociada a periodo posquirúrgico, 2 por causa cardiovascular y 1 por infección grave. No hubo fallecidos en LEQ. La supervivencia fue mayor en los pacientes con SCASEST que en los pacientes con SCACEST ($p = 0,029$), sin que existieran diferencias en las características basales entre ambos.

Conclusiones: En nuestro medio, la indicación de revascularización quirúrgica es baja, con una tasa de mortalidad elevada postquirúrgica. A pesar del tiempo en lista de espera, la tasa de eventos en ese periodo fue reducida.

420/117. DATOS INICIALES DE SACUBITRIL-VALSARTÁN INICIADO TRAS INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. ESTUDIO DESCRIPTIVO MONOCÉNTRICO

M. Carrillo Bailén¹, M. Puentes Chiachio¹, J. Sánchez Fernández², J. Torres Llergo¹, M. Padilla Pérez¹, M. Fernández Olmo¹, M. Herruzo Rojas², E. Quesada Pérez¹, M. Martín Toro¹ y J. Fernández Guerrero¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Sacubitrilo-valsartán (SV) ha demostrado resultados excelentes en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica; estudios recientes denotan seguridad tras descompensación aguda de IC. Nuestro objetivo fue realizar un análisis descriptivo y evaluar la seguridad de SV iniciado al alta tras descompensación aguda de IC.

Métodos: De abril-2017 a enero-2019, se incluyeron 22 pacientes que iniciaron SV al alta hospitalaria.

Resultados: Mediana de edad 71,5 años (rango 62-81); 22,7% mujeres; 45% diabéticos; 41% en fibrilación auricular. La fracción de eyección ventricular izquierda fue $29,6 \pm 1,5\%$. IC de debut en 12 pacientes (54%); la etiología isquémica en 8 (36%). La dosis de SV más usada al alta fue 24/26 mg (72%). El 31% asociaban ISGLT-2 o AGLP1. Entre el alta y la primera revisión ($33,9 \pm 16$ días), no hubo diferencias significativas en función renal (creatinina $1,15 \pm 0,1$ frente a $1,14 \pm 0,1$ mg/dl; $p = 0,4$) ni en la kaliemia ($4,23 \pm 0,1$ frente a $4,55 \pm 0,16$ mEq/L; $p = 0,26$); el NT-proBNP se redujo de manera significativa ($5.794,9 \pm 1.098,7$ frente a $2.468,3 \pm 866,3$ pg/ml, $p < 0,034$). Ningún paciente tuvo que suspender ni reducir SV por hipotensión sintomática; alcanzaron la dosis 49/51 mg el 45%, y 97/103 mg el 13,6%. Hubo 2 reingresos por IC antes de la revisión (9%); 3 pacientes precisaron de aumento de diuréticos.

Conclusiones: En nuestra pequeña serie, usar SV tras descompensación aguda de IC es seguro, sin presentar efectos adversos; estos resultados basales deberán ser evaluados en cohortes más cuantiosas.

420/119. IMPLANTE DE TAVI SIMETYS ACURATE. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Peña Mellado, R. Rivera López, L. González Camacho, V. Alcalde Martínez, E. Molina Navarro y J. Sánchez Gila

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El objetivo de este estudio es escribir la experiencia inicial en nuestro centro con el implante de TAVI Symetis Acurate, eficacia y seguridad a corto plazo.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron a 42 pacientes, derivados para implante de TAVI Symetis Acurate entre julio 2017 y octubre 2018, en nuestro centro. Se evaluaron características basales de la población, complicaciones derivadas del procedimiento y tasa de mortalidad global y reingresos en los primeros 30 días.

Resultados: La edad media fue $81,9 \pm 4,9$ años con un 64,3% de mujeres, Euroscore de $11,3 \pm 4,5$, FEVI media por ETT fue $53,6 \pm 9,5\%$. El 50% se encontraba en CF III-IV de la NYHA, el 61,9% estaba libre de angina. Presentaban DM el 42,9%, HTA 81%, dislipemia 57,1%, cardiopatía isquémica 26,2% y FA 45,2%. 69,3% presentaban Charlson ≥ 6 . Obtuvimos una tasa de éxito del implante del 92,8%. 2 casos presentaron fuga periprotésica cuantificada como moderada, y uno migración protésica. La tasa de mortalidad global y cardiovascular, ictus, IAM fue de 0% en los primeros 30 días. Sólo hubo una complicación vascular (2,4%), así como una complicación intrahospitalaria mayor (TEP masivo). Necesidad de implante de marcapasos definitivo en un 13,8% ($n = 5$). El 18,7% ($n = 6$) desarrollaron BCRHH de novo y persistente. No hubo reingresos en los primeros 30 días. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, TAVI Symetis Acurate es una prótesis eficaz y segura, con alta tasa de éxito y baja tasa de complicaciones a corto plazo en un centro experimentado.

420/120. PACIENTES TRATADOS DE ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDÍACA

M. Carrillo Bailén, M. Puentes Chiachio, J. Márquez Moreno, M. Martín Toro, M. Padilla Pérez y J. Fernández Guerrero

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La indicación de tratamiento invasivo de la estenosis aórtica severa (EAO) está aumentando. Hay evidencia que avala la cirugía cardíaca (CCV) y las prótesis aórticas percutáneas (TAVI). Nuestro objetivo es evaluar tiempos de espera, eventos y mortalidad de una cohorte de pacientes en un centro sin cirugía cardíaca.

Métodos: De enero a diciembre de 2016, se incluyeron 83 pacientes con EAO severa que fueron derivados al servicio de CCV. Los tiempos de intervención se catalogaron en urgente (en el ingreso del diagnóstico), preferente (< 90 días), o programada (lista de espera quirúrgica (LEQ)).

Resultados: La media de seguimiento fue de $581 \pm 22,8$ días. El 42% ingresó por insuficiencia cardíaca y asociaban enfermedad coronaria multivaso o de tronco común izquierdo el 12%. 9 pacientes (11%) fueron desestimados para tratamiento invasivo. La intervención fue urgente en 1 paciente, preferente en 5 y programada en 65. De los que fueron tratados, el 19,7% (14) fueron tratados mediante TAVI, con un ratio TAVI/SVAO de 1/4. La demora media en LEQ fue de $194,5 \pm 6,7$ días. Los reingresos en LEQ fueron de 18,7% (12). La mortalidad global de la cohorte fue del 14,5%. La mortalidad en LEQ fue del 4,6%, y del 12,5% en el periodo inmediato tras tratamiento invasivo.

Conclusiones: La mortalidad en nuestro medio en pacientes con EAO grave es elevada, sobre todo a expensas de del periodo posintervención, y presentando una alta tasa de reingre-

sos estando en LEQ. El ratio TAVI/CCV es muy elevado, en comparación con el registro nacional.

420/122. EVALUACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA SEGÚN EL DESARROLLO DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA O LA NECESIDAD DE MARCAPASOS TRAS EL IMPLANTE

R. Rubini Costa, R. Rivera López, V. Alcalde Martínez, A. García del Moral, R. López Alarcón, A. Cañete Funez, M. Barragán Fernández, R. Fernández García y E. Molina Navarro
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio fue valorar la mejoría de la FEVI en aquellos pacientes que se sometieron a implante de TAVI dependiendo de si desarrollan o no BRIHH o precisan del implante de MP tras el procedimiento.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se evaluaron 362 pacientes sometidos a implante de TAVI en nuestro centro. Se seleccionó a aquellos con FEVI pre implante $\leq 40\%$ ($n = 61$) y se excluyeron aquellos portadores de MP o BRIHH previo, con una muestra final de 43 pacientes. La muestra fue dividida en Grupo 1 (no BRIHH ni MP, $n = 26$) y Grupo 2 (presentaron BRIHH o precisaron MP, $n = 17$). Se analizó la mejoría de la FEVI al mes del implante y supervivencia.

Resultados: No hubo diferencias en la edad entre el grupo 1 y 2 ($80,3 \pm 4,0$ frente a $78,6 \pm 6,3$ años, $p = 0,3$), Euroscore ($24,9 \pm 14,9$ frente a $22,7 \pm 13,8$, $p = 0,9$) y FEVI previa ($32,42 \pm 7,1$ frente a $32,12 \pm 5,6\%$, $p = 0,88$). Tras el implante hubo una mejoría de la FEVI de $13,8 \pm 15,6$ frente a $6,2 \pm 5,7$ ($p = 0,039$) a favor del grupo 1. El 42% ($n = 11$) de los pacientes del grupo 1 respecto al 11% ($n = 2$) del grupo 2 ($p = 0,041$) presentaron una mejoría de la FEVI superior al 10% (OR: 5,9 [1,1-31,4]. La supervivencia tras el implante fue similar ($31 \pm 27,4$ frente a $29,5 \pm 21$, $p = 0,831$).

Conclusiones: En los pacientes con disfunción ventricular izquierda previa sometidos a implante de TAVI, existe menor recuperación de FEVI si requieren marcapasos o desarrollan BCRIHH tras el procedimiento.

420/123. SEGURIDAD Y RESULTADOS DE LA VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA GUIADA MEDIANTE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

S. Rufián Andújar, J. Carreño Lineros, H. Llamas Gómez, D. Villagómez Villegas, M. González Correa, I. Esteve Ruiz, S. Ballesteros Pradas, P. Pérez Santigosa, F. Molano Casimiro y F. Sánchez Burguillos

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El uso del ecocardiograma transesofágico en la realización de la valvuloplastia mitral percutánea facilita la punción transeptal y permite una adecuada monitorización del procedimiento y sus potenciales complicaciones, así como evitar el uso de contraste. Nuestro objetivo consiste en analizar la seguridad y resultados inmediatos de la valvuloplastia mitral percutánea guiada por ecocardiograma transesofágico en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo de tipo retrospectivo de todos los casos consecutivos de valvuloplastia mitral percutánea con balón de Inoue realizados en nuestro centro en el periodo comprendido entre marzo de 2011 y enero de 2019. Se definió como procedimiento exitoso un incremento del AVM igual o mayor del 50% respecto al AVM previa o una reducción del gradiente $\geq 50\%$, estimado mediante ecocardiografía, en ausencia de insuficiencia mitral mayor que moderada. Se

describen las características basales de los pacientes, y los datos derivados del procedimiento.

Resultados: Durante el periodo descrito se llevaron a cabo en nuestro hospital 14 valvuloplastias mitrales en 13 pacientes con estenosis mitral reumática moderada-severa. El procedimiento fue exitoso en 12 casos (en dos no se pudo finalizar por imposibilidad del abordaje de la válvula). No se produjeron complicaciones derivadas de la punción transeptal o derrame pericárdico por perforación cardiaca o aórtica. En ningún caso se apreció insuficiencia mitral severa posvalvuloplastia.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, la realización de valvuloplastia mitral percutánea guiada con ecocardiograma transesofágico resultó un procedimiento seguro con buenos resultados inmediatos.

420/124. CARACTERÍSTICAS BASALES Y SEGUIMIENTO A CORTO-MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

J. Carmona Carmona¹, D. Arroyo Moñino¹, T. Seoane García¹, I. Martínez Primoy¹, P. Pérez Espejo², D. Chipayo Gonzáles², C. Urraca Espejel³, S. Rodríguez de Leiras¹ y J. García Rubira¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario de Cáceres. ³Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La disección coronaria espontánea (DCE) constituye una causa infradiagnosticada de síndrome coronario agudo, particularmente en mujeres jóvenes. Nuestro estudio evalúa las características basales, manejo hospitalario y resultados a corto-medio plazo en pacientes con disección coronaria espontánea.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo observacional con pacientes hospitalizados desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2018 con diagnóstico angiográfico de disección coronaria espontánea.

Resultados: De un total de 48 pacientes con una media de edad de $52,6 \pm 1,42$ años, el 79,2% eran mujeres, 21,8% hombres. Un total de 39,6% tenían hipertensión arterial, 4,2% diabetes mellitus, 18,8% hiperlipidemia, y un 12,5% otras alteraciones endocrinas. La mayoría de los pacientes (81,3%) presentaron dolor torácico típico siendo el estrés emocional el trigger más frecuente (17,8%). El 60,4% de los pacientes con DCE presentaron infarto agudo de miocardio con elevación del ST; y un caso debutó con parada cardiorrespiratoria. Un 47,9% se revascularizó percutáneamente, un caso de forma quirúrgica. Al alta, el 89,6% estaban doblemente antiagregados, el 85,5% tenían betabloqueantes. Tras una media de seguimiento de $14,66 \pm 1,15$ meses, se observaron 2 recurrencias y una muerte por causa cardiovascular.

Conclusiones: La DCE es un diagnóstico poco común que debería ser considerado en pacientes que presentan síndrome coronario agudo. Aunque en general se recomienda manejo conservador en el evento agudo, en casi la mitad de los pacientes de nuestro estudio se optó por revascularización mediante intervencionismo percutáneo, sin diferencias en el seguimiento a medio plazo.

420/125. CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE COLESTEROL LDL CON IPCSK9 EN CARDIOLOGÍA

S. Gómez Moreno, G. Barón Esquivias e I. Sainz Hidalgo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los estudios con iPCSK9 han demostrado reducción de colesterol LDL mayor del 50% y disminución de eventos

adversos cardiovasculares en pacientes en prevención secundaria. El objetivo del presente estudio es analizar el perfil de pacientes en los que hemos instaurado tratamiento con estos fármacos y analizar si alcanzamos cifras de LDL inferiores a 70 mg/dl en pacientes de muy elevado riesgo cardiovascular.

Métodos: Incluimos a todos los pacientes a los que iniciamos tratamiento con iPCSK9 en nuestro servicio de cardiología entre el 1 de marzo 2016 y el 31 de diciembre de 2018. Análisis estadístico con t de Student.

Resultados: Se inició tratamiento en 21 pacientes. Edad media $62,11 \pm 10,43$. Varones 59%, diabéticos 28%, hiperlipemia familiar 25%, IAM 66%, By-pass 11% e ICP 66%. Tratamiento con ezetimibe en el 95,65% y con estatinas en el 96%. Atorvastatina 80 mg (36%), rosuvastatina 20 mg (24%), pitavastatina 2 mg (8%) y en el 4% rosuvastatina 40 mg, atorvastatina 40 mg, pitavastatina 4 mg, fluvastatina 80 mg y simvastatina 40 mg. Solo un paciente recibió tratamiento con evolocumab y el resto con aliocumab. El valor de colesterol LDL basal medio era de $134,44 \pm 35$ mg/dl y tras tratamiento con iPCSK9 de 52 ± 35 mg/dl con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). La magnitud de las diferencias encontradas en promedio fue de $82,27$ con un intervalo al 95% de confianza ($57,66-106,87$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes de muy elevado riesgo cardiovascular al añadir tratamiento con iPCSK9 conseguimos que el 100% alcance cifras de colesterol LDL inferiores a 70 mg/dl.

420/126. CARACTERÍSTICAS BASALES Y SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA

J. Carmona Carmona¹, I. Martínez Primoy¹, D. Arroyo Moñino¹, T. Seoane García¹, P. Pérez Espejo², C. Urraca Espejel³, D. Chipayo Gonzáles², S. Rodríguez de Leiras¹ y J. García Rubira¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario de Cáceres. ³Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La disección coronaria espontánea (DCE) constituye una causa infradiagnosticada de síndrome coronario agudo, particularmente en mujeres jóvenes. Nuestro estudio evalúa las características basales, manejo hospitalario y resultados a corto-medio plazo en pacientes con disección coronaria espontánea.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo observacional con pacientes hospitalizados desde septiembre de 2015 hasta septiembre de 2018 con diagnóstico angiográfico de disección coronaria espontánea.

Resultados: De un total de 48 pacientes con una media de edad de $52,6 \pm 1,42$ años, el 79,2% eran mujeres, 21,8% hombres. Un total de 39,6% tenían hipertensión arterial, 4,2% diabetes mellitus, 18,8% hiperlipidemia, y un 12,5% otras alteraciones endocrinas. La mayoría de los pacientes (81,3%) presentaron dolor torácico típico siendo el estrés emocional el trigger más frecuente (17,8%). El 60,4% de los pacientes con DCE presentaron infarto agudo de miocardio con elevación del ST; y un caso debutó con parada cardiorrespiratoria. Un 47,9% se revascularizó percutáneamente, un caso de forma quirúrgica. Al alta, el 89,6% estaban doblemente antiagregados, el 85,5% tenían betabloqueantes. Tras una media de seguimiento de $14,66 \pm 1,15$ meses, se observaron 2 recurrencias y una muerte por causa cardiovascular.

Conclusiones: La DCE es un diagnóstico poco común que debería ser considerado en pacientes que presentan síndrome coronario agudo. Aunque en general se recomienda manejo conservador en el evento agudo, en casi la mitad de los pa-

cientes de nuestro estudio se optó por revascularización mediante intervencionismo percutáneo, sin diferencias en el seguimiento a medio plazo.

420/127. EXPERIENCIA DE USO DE LOS ANTICUERPOS ANTIPROTEÍNA CONVERTASA SUBLILISINA/KEXINA TIPO 9 (IPSK9) EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL DE MARBELLA

F. Mesa Prados, S. López Tejero, P. Chinchurreta Capote, F. Torres Calvo, C. Corona Barrio, J. Siles Rubio, R. Bravo Marqués, C. Martín Domínguez, A. Valle Alberca y F. Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: Las estatinas son el tratamiento de elección de la hipercolesterolemia. En un grupo de pacientes estas son insuficientes para alcanzar el objetivo. Recientemente se han comercializado los iPCSK9, existiendo distintos protocolos consensuados en cada centro.

Métodos: Estudio descriptivo de 72 pacientes tratados en nuestro centro y seguimiento de 12 meses, reflejando los datos epidemiológicos más destacados de los mismos.

Resultados: Incluidos en el estudio 80,4% varones, con edad media de 57 años. El 82% tenían cardiopatía isquémica y el 93% criterios de DL familiar heterocigota. Solo un 22% son DM. Tenemos un 40% de fumadores activos y un 26% de hipertensos. Previo al tratamiento el 73,5% tomaban rosuvastatina/atorvastatina a máxima dosis junto a ezetimiba, siendo su LDL medio de 163 ± 56 mg/dl. En el 80% se inició tratamiento con aliocumab 75, siendo la LDL al mes de $60,4 \pm 32,5$. El 20% inició tratamiento con evolocumab 140 mg, siendo el LDL al mes $42,3 \pm 29,7$. En tres pacientes con LDL > 100 mg/dl, se aumentaron las dosis de aliocumab a 150 mg, consiguiéndose control en el 100% de los pacientes. Solo en dos pacientes, observamos efectos secundarios ligeros como edemas o parastias. Un paciente suspendió tratamiento con evolocumab por mialgias y artralgias intensas y otro paciente por farmacodermia. No se observaron alteraciones a nivel cognitivo. En tres pacientes los valores de LDL en el control de los 3 meses, las cifras de LDL era mayor que al mes, debido a consejo por su médico de cabecera de suspensión del tratamiento por haberse alcanzado LDL muy inferiores de 70 mg/dl.

Conclusiones: En nuestra experiencia los iPCSK9 han demostrado total eficacia en alcanzar los niveles de C-LDL objetivos, con efectos secundarios residuales y poco frecuentes. Es necesario centralizar estos pacientes en consultas específicas para su seguimiento y manejo adecuado.

420/128. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DE PACIENTES CON 85 AÑOS O MÁS TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA TRANSFEMORAL

E. Cabrera Borrego, R. Rivera López, V. Alcalde Martínez, M. Jiménez Fernández, L. González Camacho y E. Molina Navarro

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) es una opción disponible en el tratamiento de estenosis aórtica, empleándose cada vez en pacientes más añosos. Nuestro objetivo es evaluar los resultados y el pronóstico a corto y medio plazo de los pacientes ancianos sometidos a implante de TAVI.

Métodos: Desde 2010 hasta 2017 en nuestro centro se ha implantado TAVI en 241 pacientes, de los cuales 46 (19,1%) tenían una edad igual o superior a 85 años. Se ha analizado la super-

vivencia a los 30 días y al año, los días de estancia en UCI, las complicaciones mayores, la necesidad de implante de marcapasos y la clase funcional de la NYHA a los 30 días.

Resultados: La edad media fue de $86 \pm 1,2$ y el 52,2% eran varones. Presentaban un STS score de $5,4 \pm 3,4$, un Euroscore de $18,2 \pm 11,8$ y un índice de Charlson de $5,7 \pm 1,1$. El 82,6% estaban en clase III-IV de la NYHA. El implante fue exitoso en el 87% (40) de los pacientes. La supervivencia a los 30 días fue del 97,8% y al año del 79,4%. El 6,5% (3) sufrieron complicaciones mayores (1 complicación vascular, 1 taponamiento cardíaco que precisó drenaje y un exitus por ICC). El 28,3% (13) precisaron implante de marcapasos definitivo. La NYHA al mes en el 88% de los pacientes era de I-II.

Conclusiones: El implante de TAVI en pacientes seleccionados de 85 años o más es factible y presenta unos buenos resultados a corto y medio plazo, acompañado de una importante mejoría de la clase funcional al mes.

420/129. FACTIBILIDAD DE LA INTRODUCCIÓN DEL CA-125 EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

J. Sánchez Fernández, M. Carrillo Bailén y M. Puentes Chiachio
Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La atención al paciente con insuficiencia cardíaca se ve apoyada por la incorporación a la práctica clínica diaria de biomarcadores que cuantifican la congestión. Nuestro objetivo fue estudiar el uso en la práctica diaria del CA-125, marcador tumoral relacionado con sobrecarga hídrica e inflamación.

Métodos: Se reclutaron durante 2 meses todos los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca y atendidos por 3 cardiólogos en planta de hospitalización de cardiología en nuestro centro. Se obtuvo en cada paciente niveles al ingreso de CA-125 y NT-proBNP y se analizó su evolución durante el ingreso e implicaciones pronósticas.

Resultados: 37 pacientes fueron incluidos y seguidos durante una media de 69 ± 33 días. La edad media fue de 79 ± 13 años. El 62% de la muestra fueron varones, siendo el 83% hipertensos. La fracción de eyección de ventrículo izquierdo media fue 48%. El valor de NT-proBNP medio fue 15.991 pg/ml siendo el de CA-125, 149,7 U/ml (límite alto de normalidad 35 U/ml). Durante el ingreso se observó una reducción media de NT-Pro BNP de 7.202 pg/ml, mientras el CA-125 tan solo mostró una reducción media de 2,34 U/ml durante el ingreso. No se evidenció relación estadísticamente significativa de los niveles de CA-125 con la incidencia de eventos al seguimiento a corto plazo (HR = 1,00; p = 0,71).

Conclusiones: En nuestro estudio se muestra factible la introducción de nuevos biomarcadores, presentando el CA-125 una reducción de niveles durante el ingreso menor que el NT-proBNP. Mayores tiempos de seguimiento y tamaño muestral son necesarios.

420/131. TOLERANCIA DEL SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN PACIENTES OCTOGENARIOS A CORTO PLAZO

I. Navarrete Espinosa, D. Prieto Toro, P. Ruiz Martín, J. González Lozano, P. Guardia Martínez, A. Rojas Sánchez, A. Avilés Toscano, J. Rodríguez Silva, J. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El sacubitrilo-valsartán ha demostrado reducir la mortalidad y la rehospitalización en pacientes con in-

suficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida. Aunque en el estudio Paradigm los pacientes ancianos no fueron excluidos, la edad media no superaba los 65 años. Nuestro objetivo fue evaluar los eventos adversos del sacubitrilo-valsartán en pacientes octogenarios tras tres meses de tratamiento.

Métodos: Se estudiaron 51 pacientes consecutivos octogenarios con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida en clase funcional NYHA ≥ 2 , a los cuales se les inició sacubitrilo/valsartán en 2017 en nuestra Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Se realizó un seguimiento durante 3 meses con visitas cada 2 semanas para titulación de fármacos y vigilancia de eventos adversos definidos como: insuficiencia renal aguda (IRA), hipotensión, hiperpotasemia, interrupción del tratamiento e ingreso hospitalario.

Resultados: De los 51 pacientes estudiados, un 76,47% eran varones, con edad media de $81,45 \pm 1,33$ años. La IRA (definida como reducción del 50% del FG respecto a basal) apareció en 5 pacientes (9,8%), la hipotensión se registró en 18 pacientes (35,29%) siendo sintomática en 8 (15,68%). La hiperpotasemia (definida como potasio $> 5,5$ mmol) apareció en 11 pacientes (21,56%). Solamente, 3 pacientes reingresaron durante el seguimiento (5,88%) y otros 3 (5,88%) precisaron interrumpir el tratamiento por hipotensión.

Conclusiones: El sacubitrilo-valsartán presenta una buena tolerancia a corto plazo en pacientes octogenarios, siendo el evento adverso más frecuente la hipotensión. La titulación de fármacos permite evitar su interrupción en la mayoría de los casos. Aun así se precisan más estudios en esta población.

420/134. ¿ES EFICAZ LA COLCHICINA EN LA PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS DE LA PERICARDITIS QUE REQUIERE INGRESO HOSPITALARIO?

I. Navarrete Espinosa, D. Prieto Toro, J. Mora Robles y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Entre los criterios de ingreso actuales en la pericarditis aguda (PA) con sospecha de origen viral se encuentran la presencia de derrame o la elevación de biomarcadores de daño miocárdico. Nuestro objetivo fue analizar la tasa de recidiva en pacientes tratados con colchicina durante 1 mes desde el primer episodio comparado con un grupo control.

Métodos: Se estudiaron 96 pacientes ingresados con diagnóstico de PA viral, desde 2015 hasta 2017, que tras el primer episodio se indicó colchicina además de tratamiento con AINES o aspirina y fueron comparados con un grupo control de 103 pacientes, únicamente tratados con AINES o aspirina, reclutados desde 2010 a 2014, cuando aún no existía indicación de asociar colchicina salvo en pericarditis recidivante. Se realizó seguimiento durante 12 meses.

Resultados: En el grupo de casos, en 36 pacientes se evidenció derrame pericárdico. La FE $> 50\%$ en 92 pacientes (96,6%). En el grupo control 38 pacientes presentaban derrame pericárdico y 65 de ellos tenían elevación de biomarcadores. La función ventricular en este grupo estaba conservada en 98 pacientes (95,14%). La tasa de recidiva en el grupo en estudio fue del 8,01% mientras que, en el grupo control fue de 24,72%. La reducción absoluta del riesgo fue 0,13 [IC95%: 0,07 a 0,18].

Conclusiones: El tratamiento asociado con colchicina y AINES (o aspirina) durante un mes disminuye el número de recidivas en pacientes que han requerido ingreso hospitalario por pericarditis viral con elevación de biomarcadores de daño miocárdico o derrame pericárdico, a corto plazo.

420/136. TROMBOSIS DE STENT ENTRE SM, SFA DE PRIMERA GENERACIÓN Y SFA DE SEGUNDA GENERACIÓN: REGISTRO PROSPECTIVO ALL-COMERS

L. López Rojas, S. Camacho Freire, A. Gómez Menchero, M. Roa Garrido, A. Sigismondi, R. Cardenal Piris, S. Ortiz Cruzes y J. Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: La trombosis de stent (TS) permanece como la complicación más devastadora en la implantación del stent. Sin embargo hay una carencia de seguimiento a largo plazo en los estudios de cohortes para comparar las tasas de TS entre las diferentes generaciones. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas, angiográficas, rendimiento y seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Un registro unicéntrico, prospectivo incluyendo todos los pacientes quienes fueron a ICP en 18 años (14.500 pacientes). La línea de base y características angiográficas, así como el seguimiento clínico a los 30 días y 12 meses fueron analizadas prospectivamente.

Resultados: El análisis incluyó 120 pacientes con TS (incidencia 0,8% de ICP), edad 64 ± 12 ; 82,5% (n = 99). Hombres, 75,8% (n = 91). Hipertensos, 40,8% (n = 49). Diabéticos, 79,2% (n = 95). La mayoría presentaron IAMCEST (74,2%, n = 89). 91,2% (n = 104) de los pacientes estuvieron con AAS, 61,5% (n = 67) con cualquier P2Y12 and 3% (n = 4) en ACO. El tipo de stent trombosado fue SM 23,7% (n = 52), SFA1G 27,7% (n = 33) y SFA2G en 28,6% (n = 34). La arteria con mas TS fue la ADA (53,3%, n = 64) y ACD (30%, n = 36). Al 1 mes y 12 meses de seguimiento la tasa de MACE fue 4% y 9% respectivamente. En un seguimiento extendido de $6,5 \pm 5,4$ años, hubieron 12 muertes, 3 IMA, 1 stroke y 3 TLR (tasa de MACE acumulada fue 15,8%).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes no seleccionados quienes van a implantación de Stent, las tasas de TS son bajas. En el manejo, los SFA se prefiere sobre la dilatación con balón sola.

420/140. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LESIONES LARGAS CON STENTS CONIFICADOS: REGISTRO MONOCÉNTRICO

J. León Jiménez, D. Cañadas Pruaño, M. Alba Sánchez, A. Agarrado Luna, J. Benezet Mazuecos y M. Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: El tratamiento de lesiones coronarias largas (> 40 mm) supone un reto para el cardiólogo intervencionista. Elafilamiento progresivo de la coronaria y necesidad de implante de varios stents solapados han conducido al desarrollo y comercialización de stents farmacoactivos largos conificados (Biomime Morph®) para el abordaje de estas lesiones. El objetivo del presente estudio es evaluar el seguimiento clínico en vida real de pacientes tratados con stent conificado.

Métodos: Estudio monocéntrico que incluyó a 18 paciente en los que implantaron 20 stents largos conificados (> 50 mm). Se evaluaron características basales, parámetros del intervencionismo y resultados clínicos en el seguimiento a corto-medio plazo.

Resultados: Se analizaron 20 stents implantados en 18 pacientes (70% varones, edad media 64 ± 11 años). El 20% presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica, 50% fumadores/exfumadores, 75% hipertensos, 60% diabéticos, 50% dislipémicos, 40% FEVI normal. SCA fue la presentación del 80% (IAMCEST 40%, IAMSEST 15%, AI 25%) y ángor estable (10%). 45% presentaban afectación grave de ACD y 45% ADA. El acceso radial fue posible en un 70%. El 60% requirió predilatación y 45% posdila-

tación. El 100% se logró éxito del implante (estenosis residual < 30%). El 90% de los stents conificados presentaban diámetro proximal > 3 mm y el 75% longitud de 60 mm. Un 20% necesitó de técnicas para aumentar el soporte al implante. Tras un seguimiento clínico medio de 66 ± 31 días, no se identificaron MACEs en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: Los stents farmacoactivos largos conificados son una opción factible en lesiones largas y complejas, con una tasa de éxito alta en el implante. En un seguimiento clínico a corto-medio plazo, son una opción segura y efectiva.

420/143. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS CON LA VALVULOPATÍA AÓRTICA BICÚSPIDE

J. Aparicio Gómez, S. Muñoz Troyano, I. Jorquera Lozano, F. Valencia Serrano y R. Lázaro García

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La valvulopatía aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita más frecuente en la población general (0,5-2%), no exenta de complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío. Nuestro objetivo consiste en analizar las características basales, seguimiento y tratamiento de los pacientes diagnosticados de VAB en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes mayores de 16 años, atendidos en nuestra unidad entre 2008-2018, con diagnóstico de VAB, incluyendo pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se describen las características basales de los pacientes, así como la evolución de los mismos desde su diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron un total de 37 pacientes en el estudio (27 varones y 10 mujeres). Sin diferencias significativas respecto a la edad al diagnóstico estratificada por sexo (53 años en varones frente a 54,6 años en mujeres). Del global de la muestra, predomina la estenosis valvular (43,2%), seguida por la insuficiencia (24,3%), doble lesión aórtica (21,6%, predominando la severidad del componente estenótico) y finalmente valvulopatía bicúspide sin repercusión funcional (10,9%). El diagnóstico fue sintomático en el 51,4% (siendo el síntoma principal la disnea). Solamente se produjo la muerte de un paciente varón con doble lesión aórtica secundario a edema agudo de pulmón con PCR no recuperable. El 35,1% de los pacientes han requerido intervención quirúrgica quedando asintomáticos en el 92% de los casos y el resto con síntomas no cardiológicos.

Conclusiones: Siendo la VAB una patología frecuente en nuestro medio y con un tratamiento quirúrgico con excelentes resultados debido a características basales de los pacientes óptimas para ello (EUROSCORE $3,29 \pm 0,6\%$) debemos tomar conciencia de la importancia del diagnóstico precoz de la misma y el seguimiento periódico del paciente.

420/144. PERCEPCIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. ESTUDIO MAGIC

M. Anguita Sánchez¹, J. García Pinilla², R. Bover³, B. Díaz Molina⁴ y J. Castillo Domínguez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ³Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es un grave problema de salud, con elevadas mortalidad y morbilidad, que pueden reducirse con un adecuado tratamiento. Sin embargo,

la adherencia a dicho tratamiento no es fácil, al tratarse de pacientes habitualmente mayores y que reciben numerosos fármacos. Nuestro objetivo es analizar la percepción de los profesionales sanitarios sobre las barreras a la adherencia al tratamiento de la IC y las medidas a tomar para mejorar dicha adherencia.

Métodos: Para ello, se realizaron 30 reuniones con participación de 5 cardiólogos y una enfermera, pertenecientes a unidades de IC, en cada una de ellas (total: 180) y se discutió y completó un cuestionario con ítems relacionados con 3 tipos de barreras (paciente, profesionales y sistema), puntuando de 1 a 5 la importancia de cada una.

Resultados: Las barreras más importantes fueron: a) relacionadas con el paciente y la medicación: complejidad de la medicación (puntuación 2,85/5), desconocimiento de los fármacos (2,48) y efectos adversos (2,38); y b) relacionadas con los profesionales y el sistema: falta de coordinación entre niveles asistenciales (3,98) e inercia terapéutica (2,58). Las propuestas de mejora de adherencia más consideradas fueron: combinación de fármacos en una sola pastilla, educación de pacientes y cuidadores y mayor contacto con enfermería.

Conclusiones: Existen barreras para la adherencia al tratamiento de la IC que pueden identificarse con la colaboración de los profesionales implicados. La corrección de estos problemas puede ayudar a mejorar el problema.

420/146. FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y MORTALIDAD EN OPERADOS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA

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

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga. ²Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

³Medicina Interna, Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga.

Introducción: Objetivos: analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con HTA y DM conocidas 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 (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban HTA y DM conocidas y su M.

Resultados: Desde junio de 2008 a diciembre de 2014 se realizaron 1486 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, 976 (65,7%) presentaban antecedentes documentados de HTA. Su M fue del 11,17% (109 pacientes). 437 (29,4%) presentaban antecedentes documentados de DM. Su M fue del 11,21% (49 pacientes), siendo la M de los descompensados del 10,3%.

Conclusiones: La DM es causa de descompensación médica en el 8,3% de los pacientes ingresados en COT. 1/4 diabéticos conocidos presentó cifras anormales de glucemia. Los pacientes con antecedentes de DM, descompensada o no, presentan una M ligeramente superior a la global de pacientes descompensados en esta área. 2/3 pacientes que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en COT tenían antecedentes de HTA. Los pacientes con antecedentes de HTA, presentan una M ligeramente superior a la global de pacientes descompensados en esta área, con cifras muy similares a las observadas en el mismo subgrupo de pacientes que presentan diabetes.

420/147. FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y MORTALIDAD EN OPERADOS DE CIRUGÍA VASCULAR

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

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

Introducción: Objetivos: analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con FA y DM conocidas 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 (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban FA y DM, conocidas o no, y su M.

Resultados: Desde febrero de 2011 a diciembre de 2014 se realizan 173 consultas respecto a pacientes ingresados en el área de CV que han sufrido algún tipo de descompensación médica durante el ingreso. 94 (54,3%) presentaban antecedentes de DM. La DM fue la causa única de descompensación médica en el 4,6% de los pacientes ingresados en CV. Sin embargo, asociada a descompensación de otros factores de riesgo vascular, uno de cada cuatro diabéticos conocidos presentó cifras anormales de glucemia. La M de los pacientes descompensados diabéticos fue del 23,4% (22 pacientes), siendo la M de todos los descompensados (diabéticos y no diabéticos) del 16,76%. Se detectó FA en 8, lo que corresponde al 5,78% de los descompensados. Su M fue del 75% (6 pacientes), siendo la M de los descompensados del 16,76%.

Conclusiones: Los pacientes con antecedentes de DM, descompensada o no, presentan una M muy superior a la global de pacientes descompensados en esta área. Aunque representan un pequeño% de pacientes, los pacientes con FA que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en CV presentan una M elevadísima.

420/148. PULSO TARDUS EN ESTENOSIS AÓRTICA: CORRELACIÓN CON LA GRAVEDAD ECGARDIOGRÁFICA Y VALOR PRONÓSTICO

B. Serrano Muñoz, S. Gamaza Chulián, E. Díaz Retamino, S. González Estriégana, A. Giráldez Valpuesta, J. Gaitero Reina y M. Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: Aunque con las nuevas técnicas diagnósticas la exploración física ha pasado a un segundo plano, puede ser útil en la valoración de la estenosis aórtica (EA). Un signo característico es el pulso tardus. Nuestro objetivo fue valorar su valor pronóstico en pacientes con EA.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes con EA valvular (velocidad máxima > 2,5m/s) que acudieron a nuestro laboratorio ecocardiográfico entre agosto-2017 y enero-2018 y se realizó examen físico y ecocardiográfico completo. El pulso tardus se cuantificó siguiendo una escala semicuantitativa del 0 al 4. Se dividieron los pacientes en función de la presencia (≥ 2) o ausencia (< 2) del mismo. Para evaluar la correlación interobservador, un tercer observador exploró 16 pacientes aleatorios. Se definió el endpoint primario como sustitución valvular (quirúrgica/transcatéter) y/o muerte cardiovascular.

Resultados: Fueron incluidos 85 pacientes (edad media 76 ± 9 años, 48% mujeres) de los cuales 15 (18%) presentaban pulso tardus y 70 (82%) no. La presencia de pulso tardus se asoció con

mayor tiempo de aceleración (104 ± 25 frente a 84 ± 22 ; $p < 0,002$), velocidad máxima ($4,64 \pm 0,58$ frente a $3,56 \pm 0,71$; $p < 0,001$), gradiente medio ($54,1 \pm 11,2$ frente a $32,5 \pm 13,8$; $p < 0,001$) y menor área valvular ($0,73 \pm 0,14$ frente a $1,11 \pm 0,32$; $p < 0,001$). El seguimiento medio fue 12 ± 5 meses. Se observó que pacientes con pulso tardus tenían mortalidad cardiovascular significativamente mayor (28,6% frente a 4,4%; $p = 0,014$) y mayor incidencia de endpoint combinado (57,1% frente a 25,0%; $p = 0,026$). Se observó una supervivencia menor en presencia por la curva de Kaplan-Meier (336 ± 37 frente a 462 ± 23 días; $p = 0,015$). La variabilidad interobservador para el pulso tardus fue aceptable (índice Kappa = 0,73, $p < 0,03$).

Conclusiones: El pulso tardus se correlaciona con la severidad ecocardiográfica de la EA y puede predecir eventos adversos en estos pacientes.

420/158. EFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA (PRC) EN PACIENTES TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

C. Pericet Rodríguez¹, J. López Aguilera¹, A. Jiménez Vilchez¹, A. Heredia Torres¹, R. González Manzanares¹, A. Fernández Ruiz¹, I. Carmona García², J. Rodríguez Nieto¹, A. Piserra López Fernández de Heredia¹ y J. Castillo Domínguez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Universidad de Córdoba.

Introducción: La realización de un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) tiene un nivel de recomendación clase I en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Los estudios publicados hasta ahora solo incluyen unas decenas de pacientes, donde se demuestra una mejoría en el control de los factores de riesgo cardiovascular y de la capacidad funcional, con pocos datos en el seguimiento a largo plazo. Objetivos: analizar los cambios en la capacidad funcional y en el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional prospectivo antes-después sobre 214 pacientes con infarto agudo de miocardio entre 2014-2017 que realizaron un PRC estructurado, consistente 22 sesiones de ejercicio físico supervisado y 8 de educación sanitaria. Incidencia de reinfarcto y mortalidad en el seguimiento a largo plazo.

Resultados: Se estudiaron a 214 pacientes (82% hombres y 18% mujeres). Todos los pacientes tuvieron un tratamiento farmacológico óptimo durante el seguimiento. Tras completar el PRC se produjo una mejoría estadísticamente significativa de la capacidad funcional, con mejoría de los METs ($9,5 \pm 2,8$ frente a $11,1 \pm 2,5$; $p < 0,001$) y en el tiempo de ejercicio alcanzado en la ergometría ($7,3 \pm 2,3$ frente a $8,4 \pm 2,2$; $p < 0,001$), así como de los niveles de LDL ($77,7 \pm 28,7$ frente a $69,2 \pm 24,4$; $p < 0,001$). No hubo grandes modificaciones en el control de la tensión arterial ni de la HbA1c tras completar el PRC.

Conclusiones: El PRC consigue una mejoría de los niveles de LDL y de la capacidad funcional a corto plazo.

420/162. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL NÚMERO DE VASOS CORONARIOS AFECTOS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

B. Serrano Muñoz, A. del Río Lechuga, V. Naranjo Velasco, M. Pérez Ruiz, D. Ruiz Fernández y M. Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: Es conocida la existencia de distintos factores de riesgo que afectan al sistema cardiovascular alterando la

estructura de las paredes arteriales, favoreciendo el daño endotelial y aumentando el riesgo de síndrome coronario agudo (SCA). El objetivo de este estudio fue analizar el comportamiento de estos factores en pacientes que habían sufrido un SCA.

Métodos: Estudio descriptivo-transversal en el que se incluyeron los pacientes con SCA ingresados en la UCI de nuestro hospital durante un período de 60 días. Se recogieron datos clínicos (edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, tratamiento domiciliario), datos analíticos, electrocardiográficos y de la coronariografía.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (edad media 64 ± 11 años; 68% varones) de los que 41,5% presentaban lesión única, 29,3% dos vasos y 24,4% tres vasos. El número de vasos afectados se relacionaba estadísticamente con la edad ($r = 0,362$; $p = 0,020$), diabetes ($r = 0,408$; $p = 0,008$) y los cambios electrocardiográficos según se tratase de SCASEST frente a SCACEST ($r = 0,316$; $p = 0,044$). No se demostró relación con el sexo, tabaquismo ni hipertensión. La edad avanzada se asoció a SCASEST ($r = 0,0349$; $p = 0,0025$).

Conclusiones: El número de vasos afectados se relaciona con la edad y la presencia de diabetes, siendo la enfermedad multi-vaso más frecuente en pacientes añosos y en diabéticos. Por otro lado en los ancianos es más frecuente que el SCA se presente como SCASEST.

420/163. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN JOVEN. ¿HAY RELACIÓN ENTRE LA NOTA MEDIA ACADÉMICA Y EL APRENDIZAJE ADQUIRIDO?

E. González Coín¹, N. Jiménez Cortés¹, J. Montoya García¹, M. Millán Gómez², D. Salva Martín², J. Rueda³, A. Polo Molina³ y M. Jiménez Navarro²

¹Universidad de Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga. ³Colegio Gamarra, Málaga.

Introducción: La Sociedad Europea de Cardiología aconseja en las últimas guías de práctica clínica realizar formación en prevención cardiovascular en adolescentes. El objetivo de este estudio es valorar los conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular en esta población y conocer el impacto de un programa de intervención en adolescentes y sus factores relacionados.

Métodos: Se realizó un programa de intervención en un instituto durante tres días entre diciembre 2018 y enero 2019. Para valorar el grado de aprendizaje utilizamos dos cuestionarios, uno elaborado en base a las guías de la Sociedad Española de Cardiología y otro ya utilizado en estudios previos denominado 'Heart Disease Knowledge Questionnaire'. Realizamos la intervención de una manera teórica-práctica y el último día volvimos a pasar los cuestionarios. Para analizar la posible relación, estudiamos sus respuestas, junto con la edad, sexo y nota media académica.

Resultados: En total analizamos una cantidad de 326 alumnos, de los cuales 267 completan el estudio (3º ESO: 103 alumnos entre 13-15 años; 4º ESO: 97 alumnos entre 14-16 años; 1º Bachillerato: 49 alumnos entre 15-19 años; FPB: 18 alumnos entre 15-18 años). Tras el análisis, no se aprecia relación entre el rendimiento académico y el grado de aprendizaje tras la intervención ($p = 0,59$).

Conclusiones: El programa de intervención realizado no tiene relación con el rendimiento académico del alumno, no afectando en el grado de aprendizaje tras la intervención.

420/164. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN JOVEN. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS CURSOS ACADÉMICOS ESTUDIADOS?

J. Montoya García¹, N. Jiménez Cortés¹, E. González Coín¹, M. Millán Gómez², D. Salva Martín², J. Rueda³, A. Polo Molina³ y M. Jiménez Navarro²

¹Universidad de Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica del Corazón, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), CIBERCV, Universidad de Málaga. ³Colegio Gamarra, Málaga.

Introducción: La Sociedad Europea de Cardiología aconseja en las últimas guías de práctica clínica realizar formación en prevención cardiovascular en adolescentes. El objetivo de este estudio es valorar los conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular en esta población y conocer el impacto de un programa de intervención en adolescentes y sus factores relacionados.

Métodos: Se realizó un programa de intervención en un instituto durante tres días entre diciembre 2018 y enero 2019. Para valorar el grado de aprendizaje utilizamos dos cuestionarios, uno elaborado en base a las guías de la Sociedad Española de Cardiología y otro ya utilizado en estudios previos denominado 'Heart Disease Knowledge Questionnaire'. Realizamos la intervención de una manera teórica-práctica y el último día volvimos a pasar los cuestionarios. Para analizar la posible relación, estudiamos sus respuestas, junto con la edad, sexo y nota media académica.

Resultados: En total analizamos una cantidad de 326 alumnos, de los cuales 267 completan el estudio (3º ESO: 103 alumnos entre 13-15 años; 4º ESO: 97 alumnos entre 14-16 años; 1º Bachillerato: 49 alumnos entre 15-19 años; FPB: 18 alumnos entre 15-18 años). El grupo académico que mayor grado de aprendizaje ha adquirido tras la intervención ha sido los alumnos de FPB.

Conclusiones: El programa de intervención realizado ha alcanzado mejores resultados en el grupo de alumnos de FPB.

420/165. TORTUOSIDADES Y BUCLES AORTO-SUBCLAVIOS DURANTE EL ACCESO VASCULAR RADIAL EN PROCEDIMIENTOS CORONARIOS PERCUTÁNEOS

E. Carrión Ríos, F. Valencia Serrano, F. Nicolás Cañadas, A. Sánchez Espino, N. Bolívar Herrera, M. Vida Gutiérrez, R. Fajardo Molina y R. Lázaro García

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El acceso radial es el abordaje recomendado en la actualidad para la realización de procedimientos coronarios percutáneos. Sin embargo, hay circunstancias que pueden evitar el éxito de esta vía como la presencia de tortuosidades y bucles en el eje aorto-subclavio (TBAS). El objetivo del presente estudio es describir los factores asociados a la presencia de TBAS y sus consecuencias.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a procedimiento coronario percutáneo en un centro terciario entre enero de 2013 y agosto de 2016. Se recogieron los casos documentados de TBAS, las características clínicas, del procedimiento y curso intrahospitalario.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 6.284 procedimientos de los cuales el 97% desde acceso vascular radial. En 76 (1,2%) se documentó una TBAS. La presencia de éstas se asoció de forma significativa ($p < 0,05$) a una mayor edad, a arteriopatía periférica y a procedimientos más pro-

longados. En el 92% de los casos con TBAS documentada se completó el procedimiento desde el acceso vascular inicial, requiriendo cambio a radial contralateral en el resto y en ningún caso a femoral. Se identificó alguna complicación en 13 de los casos, incluyendo 2 episodios de focalidad neurológica transitoria, 1 ictus, 4 sangrados menores y 3 que requirieron rescate analgésico por dolor.

Conclusiones: La presencia de TBAS en procedimientos percutáneos vía radial es un hallazgo infrecuente asociado a la edad y a la arteriopatía periférica. Implica procedimientos prolongados, necesidad de cambio de acceso vascular y morbilidad asociada. El desarrollo de estrategias específicas para afrontar estas dificultades se hace necesario.

420/166. PACIENTES PORTADORES DE TAVI TRANSFEMORAL SIN ANTECEDENTES DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿INFLUYE EN LA MORTALIDAD LA PRESENCIA DE INSUFICIENCIA MITRAL SIGNIFICATIVA?

E. Izaga Torralba, A. Chauca Tapia, I. Noval Morillas, I. Alarcón de la Lastra Cubiles, G. Calle Pérez y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El objetivo del estudio es valorar el impacto que puede presentar la presencia insuficiencia mitral (IM) significativa, definida como IM moderada o grave medida por ecocardiografía transtorácica 2D en pacientes tratados con TAVI transfemoral y que no tenían antecedentes de cardiopatía isquémica.

Métodos: Para ello realizamos un estudio retrospectivo con 164 pacientes entre 2011 y 2018 en nuestro centro hospitalario.

Resultados: De los pacientes a los que se les implantó TAVI, 90 carecían de antecedentes de cardiopatía isquémica, y de estos, tenía IM significativa 21. Las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas entre aquellos con IM significativa y los que no, fueron la FEVI (53,05% frente a 60,6%, $p = 0,02$) y la presencia de HTA (92,2% frente a 71,4% $p = 0,02$). Se objetivó tras realizar análisis de mortalidad que los pacientes con IM significativa presentaban mayor mortalidad (19% frente a 2,9%, $p = 0,025$). En el análisis de supervivencia, se objetivó además que los pacientes con IM significativa presentan menor supervivencia en el seguimiento aunque sin llegar a la significación estadística ($p = 0,07$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio descriptivo ponen de manifiesto que en aquellos pacientes portadores de TAVI transfemoral que carecen de antecedentes de cardiopatía isquémica, la presencia de IM significativa repercute de forma clara en la mortalidad.

420/168. TÉCNICA DE GUÍAS PARALELAS EN EL MANEJO DE TORTUOSIDADES AORTOSUBCLAVIAS NO CORREGIBLES: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE CONSECUTIVA DE CASOS

F. Nicolás Cañadas, F. Valencia Serrano, E. Carrión Ríos, A. Sánchez Espino, N. Bolívar Herrera, M. Vida Gutiérrez, R. Fajardo Molina y R. Lázaro García

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La realización de procedimientos coronarios percutáneos vía radial disminuye complicaciones graves. La

existencia de tortuosidades y bucles aorto-subclavios (TBAS) puede obviar su éxito. El objetivo es describir los resultados de una técnica de guías paralelas, descrita recientemente, para superar estas dificultades.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de una serie consecutiva de casos en los que se aplicó la técnica ante la presencia de TBAS no corregibles mediante maniobras sencillas. Se describen aspectos técnicos, resultados y complicaciones.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 9.914 coronariografías (97% desde miembro superior) aplicándose la técnica en 25 casos. La edad media fue de 74 años, predominando varones (68%) y el antecedente de HTA (72%). La indicación mayoritaria fue la sospecha de cardiopatía isquémica seguida por patología valvular aórtica (predominio de insuficiencia). Predominaron las TBAS complejas (18/25) debido a la presencia de bucle cerrado (11), calcificación grave (6) y/o ángulo agudo (5). En todos los casos el acceso fue radial derecho, con introductor de 7Fr (23/25) en la mayoría para permitir el empleo de catéteres 5Fr con al menos una guía paralela hidrofílica rígida de 0,035" en posición (24/25). La técnica permitió completar el diagnóstico en 24 de 25 casos y la realización de angioplastia en 7 de 8 pacientes. Un espasmo radial en la retirada y un episodio de dolor sin necesidad de rescate analgésico se consideraron relacionados con la técnica.

Conclusiones: La técnica de guías paralelas se presenta como una estrategia eficaz y segura para el manejo de TBAS no corregibles con maniobras sencillas.

420/169. IMPLANTACIÓN DE STENT REABSORBIBLE DE MAGNESIO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

T. Bretones del Pino¹, A. Gutiérrez Barrios¹, S. Camacho², U. Martínez Cappoccioni³, L. Gheorghe⁴ y G. Calle¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz. ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, St. Antonius Hospital, Países Bajos.

Introducción: Los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) pueden constituir un colectivo óptimo para el tratamiento percutáneo con stent bioabsorbibles de magnesio (SBM) dada la fisiopatología de la enfermedad. El objetivo primario de este estudio es valorar la ausencia de trombosis de stent (TS) y necesidad de revascularización (DOCE) a los 30 días y a los 6 meses de seguimiento tras la implantación de SBM en pacientes con SCA.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en el que incluyeron 83 pacientes que ingresaron con SCA. Se definió la arteria culpable mediante presencia de trombo en angiografía, alteraciones segmentarias en el ECG o alteraciones segmentarias de la contractilidad específicas del territorio perfundido por dicha arteria.

Resultados: Se reclutaron 83 pacientes de 2016 a 2018. La edad media fue de $55,7 \pm 10$ años, el 76% varones. Se evidenció trombosis evidente angiográficamente (definida como TG 2-3) en el 18% de los casos. El procedimiento fue exitoso en el 100% de los pacientes, realizándose predilatación en el 76 (91,6%) de los casos y posdilatación en 62 (75%). Se optimizó la implantación con OCT en el 69% de los casos. En el seguimiento a 24 ± 10 meses, un paciente presentó trombosis del stent tras abandonar doble antiagregación y se observó un caso de isquemia recurrente a los pocos días del procedimiento debido a disección coronaria, tratada exitosamente mediante DES, siendo el DOCE a 30 días de 1,2% y a 6 meses del 3,6%.

Conclusiones: Los resultados a corto-medio plazo posicionan a los SBM como una prometedora opción terapéutica en los SCA.

420/170. MEJORA DEL PERFIL LIPÍDICO TRAS REHABILITACIÓN SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Izaga Torralba, A. Chauca Tapia, I. Noval Morillas, D. Mialdea Salmerón, R. Colman Llamozas y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Describir diferencias clínicas y epidemiológicas en pacientes admitidos al programa de rehabilitación cardíaca (PRC) en un hospital de tercer nivel estratificados según el nivel de riesgo (bajo, medio y alto) y el efecto del PRC en el perfil lipídico en estos ellos.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico. Pacientes admitidos entre enero'12 y diciembre'15 en PRC, divididos en 3 grupos: bajo riesgo (BR) (n = 155), riesgo moderado (RM) (n = 111) riesgo alto (RA) (n = 55). Los factores clínicos y epidemiológicos fueron analizados para determinar las diferencias en el perfil lipídico entre grupos, comparando los valores pre y post PRC en los tres y analizamos diferencias acorde al nivel de riesgo.

Resultados: 321 pacientes fueron admitidos al PRC. Edad media $57,36 \pm 8,68$ años (BR), $59,51 \pm 7,62$ años (MR) y $59,69 \pm 9,67$ años (AR). Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre grupos fue la prevalencia de diabetes (p = 0,026), el porcentaje de pacientes que completaron el PRC (p = 0,029), FEVI $\leq 50\%$ (p = 0,000) y revascularización incompleta (p = 0,000). Comparamos los niveles pre y post PRC de colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos. Mejora estadísticamente significativa en los cuatro parámetros en el grupo de BR (CT -24,05 mg/dl, p = 0,000; LDL -25,05 mg/dl, p = 0,000; HDL +4,21 mg/dl, p = 0,000; Trig -22,82 mg/dl, p = 0,000), en el MR hubo mejoría en tres parámetros (TC -16,02, p = 0,002; LDL -21,74, p = 0,000; HDL +6,24, p = 0,000), mientras que en el grupo de AR sólo en LDL y HDL (LDL -12,54, p = 0,042; HDL +6,40, p = 0,001).

Conclusiones: Los grupos de BR y MR tienen una mejoría mayor en el perfil lipídico tras el PRC comparado con los pacientes de alto riesgo.

420/171. DIFERENCIAS RELACIONADAS CON EL GÉNERO EN EL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

I. Alarcón de la Lastra Cubiles, A. Chauca Tapia, R. Vázquez García, R. Colman Llamozas, I. Noval Morillas, E. Izaga Torralba y D. Mialdea Salmerón

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El objetivo de este estudio es describir las diferencias clínicas y epidemiológicas entre los varones y mujeres admitidos en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) y el efecto de éste sobre el perfil lipídico.

Métodos: Estudio descriptivo analítico de pacientes que fueron incluidos desde enero 2012 hasta diciembre 2015 en el PRC de un hospital terciario. Los pacientes fueron divididos según su género (varones n = 254; mujeres n = 67). Las características clínicas y epidemiológicas fueron analizadas para determinar las diferencias entre ambos grupos. Se comparó el perfil lipídico pre y post PRC en ambos grupos. También se analizaron las diferencias relacionadas con el género en cuanto el efecto del PRC sobre el perfil lipídico.

Resultados: Se incluyeron 321 pacientes, la edad media fue $58,07 \pm 8,62$ (varones) y $60,16 \pm 8,14$ (mujeres). La única diferencia estadísticamente significativa fue el porcentaje de pacientes que lo completaron (p = 0,042). Se compararon los

niveles de CT, LDH, HDL, triglicéridos pre y post PRC. En el femenino, se observó una mejora estadísticamente significativa en el CT, LDL, HDL, triglicéridos (CT -22,25 mg/dl, $p = 0,004$; LDL -26,67 mg/dl, $p = 0,000$; HDL +6,24 mg/dl, $p = 0,009$; Trig -48,89 mg/dl, $p = 0,008$), en el masculino se objetivó una mejora estadísticamente significativa en CT, LDL, HDL (CT -15,90, $p = 0,000$; LDL -20,85, $p = 0,000$; HDL +5,00, $p = 0,000$).

Conclusiones: Ambos grupos de pacientes han obtenido una mejora estadísticamente significativa en su perfil lipídico tras el PRC. Pese a observar un mayor porcentaje de hombres con niveles de LDL por debajo del 70% tras el PRC, las diferencias respecto las mujeres no fueron significativas.

420/172. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA PCSK9 EN EL CONTROL LIPÍDICO EN UN SEGUIMIENTO A 6 MESES

D. Mialdea Salmerón, A. Chauca Tapia, I. Noval Morillas, E. Izaga Torralba, I. Alarcón de la Lastra Cubilles y R. Vázquez García

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Desde la introducción de los inhibidores de la PCSK9, los pacientes con control subóptimo de lípidos (LDLc > 70 mg/dl), han podido beneficiarse de este nuevo tratamiento, alcanzando los niveles de LDLc recomendados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes que comenzaron tratamiento con inhibidores de la PCSK9 por control subóptimo de lípidos, desde julio de 2016 hasta mayo de 2018, evaluando a los 6 meses el perfil lipídico y la presencia de efectos adversos.

Resultados: 38 pacientes comenzaron tratamiento con inhibidores de la PCSK9; 21 hombres (edad media $59,42 \pm 12,24$) y 17 mujeres (edad media $63,60 \pm 9,65$). El 31,6% eran diabéticos, 78,9% eran hipertensos, 15,8% eran fumadores y 39,4% eran exfumadores. El 31,6% eran intolerantes a las estatinas. 76,3% (29 pacientes) fueron tratados con evolocumab 140 mg, 10,5% (4) con alirocumab 75 mg y 13,2% (5) con alirocumab 150 mg. Los niveles medios de colesterol total (TC), LDLc, HDLc y triglicéridos fueron 236,03 mg/dl, 154,79 mg/dl, 49,34 mg/dl y 179,43 mg/dl respectivamente. Tras 6 meses, se detectó una importante disminución del colesterol total y los niveles de LDLc (TC $-81,30 \pm 46,32$ mg/dl, $p = 0,000$, LDL $-78,61 \pm 42,71$, $p = 0,000$). Los niveles de HDL y triglicéridos también mejoraron ligeramente pero sin alcanzar significación estadística. Durante el seguimiento, 2 pacientes presentaron intolerancia suspendiendo el tratamiento. 1 paciente murió de causa no cardiovascular.

Conclusiones: Los inhibidores de la PCSK9 son una nueva herramienta terapéutica, efectiva y segura, para el control de los niveles de LDLc, alcanzando niveles óptimos en la gran mayoría de pacientes, reduciendo el riesgo cardiovascular.

420/173. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL DISPOSITIVO DE CIERRE ARTERIAL TRAS IMPLANTE PERCUTÁNEO VALVULAR AÓRTICO TRANSFEMORAL BASADO EN EL SISTEMA DE SELLADO CON COLÁGENO (MANTA-TM). EXPERIENCIA INICIAL

J. Puche García¹, L. Gheorghe^{1,2}, A. Gutiérrez-Barrios¹, J. Brouwer², M. Swaans² y J. Van der Heyden²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²St. Antonius Hospital, Países Bajos.

Introducción: Las complicaciones vasculares relacionadas con el acceso de implante percutáneo valvular aórtico (TAVI)

han disminuido en los últimos años. No obstante, representa todavía una causa importante de comorbilidad y mortalidad. El presente estudio se propone evaluar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo de cierre arterial MANTA-TM.

Métodos: Estudio retrospectivo (de abril-2017 a marzo-2018) con 168 pacientes sometidos a TAVI transfemoral. Se utilizó el dispositivo MANTA-TM basado en sellado con colágeno. Se registraron las complicaciones vasculares y sangrados (inmediato y tras 30 días) según criterios VARC-II.

Resultados: La edad media fue $80,7 \pm 6,6$ años y el STS-score de $3,46 \pm 2,73$. El cierre percutáneo con MANTA-TM se realizó con éxito en todos los casos, utilizándose un dispositivo de 14-Fr en el 45% de los pacientes y 18-Fr en el resto. Un 10,7% presentó complicaciones vasculares menores: 4 pseudoaneurismas y el resto hematomas. Después del cierre con MANTA-TM se realizó angiografía de control al 73,2%, identificándose pequeña extravasación en el 30% e importante extravasación en 1,6% de los casos, requiriendo tratamiento endovascular con implantación de stent recubierto o cirugía. El sangrado menor estuvo presente en el 12,7%. A los 30 días no se observaron complicaciones vasculares tardías relacionadas con el MANTA-TM. La mortalidad global a los 30 días fue del 3,6% y ninguna de las muertes se relacionó con este dispositivo.

Conclusiones: El dispositivo MANTA-TM es una opción segura y eficaz para el cierre del acceso vascular tras TAVI. La pequeña extravasación observada se relacionó con la presencia de un discreto hematoma cuyo tratamiento fue conservador.

420/174. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE LA VIABILIDAD DE CÉLULAS PROGENITORAS CIRCULANTES Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EJES KDR/VEGF Y CXCR4/SDF-1 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

N. Rodríguez Losada¹, J. Martínez Moreno², A. Domínguez Franco³, A. Díaz Casares³, J. Narváez Bueno¹, M. Jiménez Navarro³ y E. de Teresa Galván³

¹Departamento de Fisiología Humana, Facultad de Medicina, Málaga. ²Departamento de Cirugía y Bioquímica, Facultad de Medicina, Málaga. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es un factor de riesgo cardiovascular asociado negativamente al infarto agudo de miocardio (AMI). Se sabe que tras AMI existe una movilización de células progenitoras circulantes (PCs) dependiente de los factores de riesgo cardiovasculares. Estas poblaciones, están relacionados con procesos angiogénicos, de desanclaje de PCs de la médula ósea y anidamiento de estas en el corazón, que contribuyen a la reparación del músculo cardíaco tras un AMI. En nuestro trabajo, hemos querido estudiar si la DM2 afecta a viabilidad de las células PCs movilizadas tras AMI o a los ejes de reparación y homing celular del tejido isquémico.

Métodos: Se tomaron muestras de sangre periférica de 82 pacientes, distribuidos en 4 grupos: pacientes infartados y diabéticos ($n = 17$), Pacientes infartados no diabéticos ($n = 29$), pacientes no infartados con diabetes ($n = 16$) y pacientes no infartados sin diabetes ($n = 20$). Mediante citometría de flujo se analizaron las poblaciones celulares. Los niveles de VEGF (ng/ml) y SDF-1 (pg/ml) se obtuvieron mediante ELISA.

Resultados: Hemos observado, que estas se movilizan independientemente a la DM2. Además, se establece una correlación positiva entre la subpoblación EPC con la citoquina VEGF, la cual está relacionada con los procesos angiogénicos. Nuestro estudio desvela que la DM2 afecta significativamente a la viabilidad celular de las PCs circulantes.

Conclusiones: Nuestros resultados, indican que el factor de riesgo cardiovascular de la DM2 no se relaciona directamente con un reducido número de células progenitoras circulantes, sino, con el aumento de células circulantes no viables y, por lo tanto, no funcionales.

420/180. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CARDIO-ONCOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Fernández Valenzuela, F. Cortés Cortés, M. Rivadeneira Ruiz, D. Arroyo Moñino, M. Ruiz García, M. Valle Caballero, A. Alcaide Calleja, A. Castro Fernández, A. Recio Mayoral y M. Chaparro Muñoz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Las unidades de cardio-oncología dirigen su acción a optimizar el estado cardiovascular de pacientes con cáncer, aunque se dispone de limitada descripción de su estructura, actividad y resultados. Presentamos los datos iniciales de una Unidad de Cardio-oncología en un hospital terciario.

Métodos: La Unidad de Cardio-Oncología se creó en 2017, organizándose la actividad en dos circuitos: ecocardiografías según protocolo (20 citas/semana ampliable según necesidades) y consulta clínica, virtual o de presencia física, con agenda semanal igualmente variable según demanda.

Resultados: De octubre-2017 a enero-2019 se realizaron 828 ecocardiografías, un 6% del volumen total de la Unidad de Imagen, siendo la mayoría estudios basales previos a tratamiento quimioterápico (82%) y como neoplasia más frecuente la de mama, seguida de tumores hematológicos. Clínicamente evaluamos uB1n total 69 pacientes (78,3% mujeres, edad media 63 ± 6 años) con neoplasias digestivas como causa más frecuente digestivas seguidas de las de mama. El motivo de consulta más frecuente fue la valoración de factores de riesgo cardiovascular, dolor torácico y/o cardiopatía isquémica previa a inicio/continuación de tratamiento quimioterápico (50,7%) evitando la interrupción del mismo en un 88%. La segunda causa de derivación fue la disnea de nueva aparición (40,5%). En 19 pacientes se inició o implementó el tratamiento de insuficiencia cardiaca. Resultado de esta actuación fue una mejoría de la clase funcional y de FEVI en estos pacientes.

Conclusiones: A través del establecimiento de un servicio de cardio-oncología, es factible lograr altas tasas de optimización cardiovascular y la continuación del tratamiento del cáncer.

420/181. EFECTO DIURÉTICO DE LA ADICIÓN DE ALBÚMINA AL TRATAMIENTO CON FUROSEMIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA DESCOMPENSADA

M. García del Río, F. Cortés Cortés, D. Arroyo Moñino, M. Ruiz García, T. Seoane García, J. García Rubira y A. Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La hipoalbuminemia, común en pacientes con descompensación de insuficiencia cardiaca, se ha relacionado con una menor efectividad del tratamiento diurético y resistencia al mismo. Por este motivo, la infusión de albúmina es ampliamente utilizada con el objetivo de mejorar la diuresis. Evaluamos si la adición de albúmina al tratamiento diurético

convencional se relaciona con un aumento global de la diuresis en estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una Unidad Coronaria que incluyó pacientes ingresados con IC congestiva que recibieron tratamiento con furosemida, en infusión continua, con/sin albúmina al 25% durante 48 horas. El objetivo primario fue la diuresis y pérdida neta de líquido.

Resultados: Se incluyeron un total de 18 pacientes tratados con albúmina y otros tantos sin albúmina, emparejados por edad, sexo, factores de riesgo y función renal al ingreso. La creatinina basal, así como las dosis de diuréticos (furosemida, g/24h) fueron similares en ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas entre el volumen medio de diuresis entre pacientes con y sin adición de albúmina a las 12, 24 y 48 horas: 920 ± 330 frente a 1.060 ± 390 mL, 3.150 ± 1.220 frente a 3.320 ± 1.640 mL y 3.460 ± 1.600 frente a 3.930 ± 1.940 mL, respectivamente. Mayores concentraciones de albúmina sérica no se relacionaron con mayores diuresis ni la infusión de albúmina incrementó de forma significativa los niveles de la misma.

Conclusiones: La adición de albúmina al tratamiento diurético estándar no se asoció con un incremento en el volumen de orina en pacientes con ICC aguda con oligo-anuria ni con mejoría en la función renal.

420/182. TOLERABILIDAD Y EFICACIA DEL BARNIDIPINO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Ruiz García, M. Rivadeneira Ruiz, D. Arroyo Moñino, M. Fernández Valenzuela, F. Cortés Cortés y A. Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: En pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), solo se recomienda la adición de calcio-antagonistas, amlodipino y felodipino, en aquellos pacientes con comorbilidades asociadas, como hipertensión arterial o cardiopatía isquémica. Evaluamos la eficacia y tolerabilidad de barnidipino, calcioantagonista lipofílico, en este subgrupo de pacientes.

Métodos: Registro retrospectivo en el que se comparó la seguridad y tolerabilidad de barnidipino 10-20 mg/día frente a amlodipino 5-10 mg/día, en combinación con tratamiento estándar de pacientes con IC y comorbilidades asociadas, hipertensión moderada no complicada y/o cardiopatía isquémica crónica. Se evaluó la eficacia y tolerabilidad por un periodo de 6 meses.

Resultados: En un total de 18 pacientes con IC con fracción de eyección $< 45\%$ (edad media $70 \pm 11,7$ años, 4 mujeres) se inició barnidipino implementado a su tratamiento estándar. Un 88,9% eran hipertensos y más de la mitad (57,8%) cardiopatía isquémica. Otros tantos pacientes en los que se inició amlodipino, emparejados por edad, sexo y comorbilidades fueron analizados como comparador. Aunque hubo una tendencia a una mayor reducción de la media tensional en el grupo de barnidipino comparado con la registrada con amlodipino, no alcanzó significación estadística. La media sistólica/diastólica tras 6 meses de tratamiento con barnidipino alcanzó el objetivo de $< 140/90$ mmHg en 17 pacientes. El edema periférico, efecto secundario más frecuente, fue más frecuente en el grupo de amlodipino (27,8%) respecto al de barnidipino (5,6%, $p < 0,001$).

Conclusiones: En pacientes con IC, barnidipino mostró un perfil de tolerabilidad y eficacia similar al de amlodipino, aunque con una menor tasa de efectos secundarios.