

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

110.^a Reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología

19 y 20 de junio de 2020

COMUNICACIONES PÓSTER*

1. IMPACTO PSICOEMOCIONAL Y SOCIAL DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (PRIMER PREMIO)

María Jesús Espinosa Pascual, Juan Górriz Magaña, Jesús Perea Egido y Joaquín Alonso Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La COVID-19 conlleva mayor riesgo de complicaciones en personas con insuficiencia cardiaca (IC), pero, además, los efectos indirectos de la pandemia pueden afectar a aspectos psicológicos y sociales de este grupo vulnerable.

Métodos: Entrevista telefónica y cuestionario para evaluar situación psicoemocional basal y cambios durante la pandemia a los pacientes de la unidad de IC de cardiología (n = 126). Se pudo entrevistar al 76% (n=96).

Resultados: Las características se muestran en la tabla 1. El 12% tuvo una descompensación (4 acudieron al hospital y 7 al centro de salud). El 20% se autoajustó el diurético. Cuatro pacientes (4%) desarrollaron COVID-19 (3 ingresaron). El 18% tenía diagnóstico de ansiedad (más en jóvenes y mujeres) y estos han presentado con más frecuencia empeoramiento comparado con los de nueva aparición (69 vs. 23%. $P < 0,001$), y un incremento de tratamiento (20% vs. 1%. $P = 0,01$). Un 16% reconoció tener miedo al contagio (más las mujeres [67% vs. 44%. $P = 0,03$], los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [80% vs. 49%. $P = 0,03$] y aquellos con diagnóstico basal de ansiedad [43% vs. 11%. $P = 0,002$]). Los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo $< 30\%$ y los mayores reconocieron menos ansiedad. El insomnio agravado/ocasionado fue más frecuente en hipertensos (21% vs. 3%; $P = 0,02$) y en los convivientes con un contagiado (67% vs. 14%. $P = 0,015$). Un 12% de los pacientes (n = 11) dejó de acudir al hospital a pesar de reconocer un problema médico por el que hubiese ido. De los que viven solos (17%), un 40% no ha recibido ningún tipo de ayuda en domicilio.

Conclusiones: La esfera psicosocial de los pacientes con IC se ha visto afectada por la pandemia por COVID-19.

Tabla 1. Características basales, aspectos psicoemocionales y cambios relacionados con la IC y COVID-19

Características basales	
Edad media (años)	73 (61,8-84)
Mujeres (%)	55%
Fracción de eyección de VI (%)	44% (27-60)
Filtrado glomerular (mg/dl)	58 (37-80)
Presión sistólica de arteria pulmonar media (mmHg)	47 (28-65)
Cambios relacionados con la IC y COVID-19	
Pacientes que tuvieron una descompensación de IC (%)	12%
Pacientes que tuvieron que acudir al hospital por IC (%)	4%
Pacientes que tuvieron que acudir al centro de salud por IC (%)	4%
Pacientes que se autoajustaron el diurético (%)	20%
Pacientes que han dejado de venir al hospital (%)	12%
Pacientes contagiados de COVID-19 (%)	4%
Pacientes que han convivido con COVID-19 (%)	4%
Aspectos psicoemocionales	
Pacientes con miedo a infección a pesar de seguir las recomendaciones (%)	37%
Pacientes con diagnóstico de ansiedad y ansiedad agravada/nueva (%)	18% y 30%
Pacientes con insomnio basal y agravado/nuevo (%)	37% y 17%
Pacientes con estrés crónico y estrés agravado/nuevo (%)	17% y 26%

2. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: IMPACTO EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Roberto Mateos Gaitán^{1,2}, Enrique Gutiérrez Ibañez^{1,2}, Ricardo Sanz Ruiz^{1,2}, Felipe Díez del Hoyo^{1,2}, Cristina Gómez-González^{1,2}, Jorge García-Carreño^{1,2}, María Tamargo Delpón^{1,2}, María Eugenia Vázquez Álvarez^{1,2}, Javier Soriano Triguero¹, Jaime Elizaga Corrales^{1,2} y Francisco Fernández-Avilés^{1,2}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Instituto de Investigación Sanitaria IISG, Universidad Complutense, Madrid, España. ²CIBERCV, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

*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.

Introducción y objetivos: La crisis sanitaria por COVID-19 ha reducido la actividad intervencionista en cardiología, con una caída del código infarto en España del 40%. El objetivo fue analizar su impacto en la atención al síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se analizaron los procedimientos realizados en hemodinámica del 15 de marzo al 15 de abril.

Resultados: Se realizaron 61 procedimientos (gráfico 1), 45 coronariografías por SCA: 20 (48,8%) infartos de miocardio con elevación del ST, 19 (46,3%) SCA sin elevación del ST y 6 sin lesiones coronarias. El 36,6% acudió como código infarto y el 39% durante el ingreso. Se utilizó el acceso radial mayoritariamente (92,7%), todos pretratados con AAS, el 97,2% con inhibidores P2Y12 y el 45,6% anticoagulados. El vaso culpable más frecuente fue la descendente anterior (39%). El 41,5% presentó TIMI 0, implantándose stents farmacoactivos en el 75,6% de los pacientes, resultado final TIMI 3 en el 92,7%. Se registraron 9 casos de COVID-19. La tabla 1 muestra las características y la comparación entre aquellos infectados y no infectados. No hubo diferencias en comorbilidad, severidad del infarto (enzimas miocárdicas, Killip o función ventricular), técnica o resultados de la angioplastia o mortalidad. Los covid-19 se asociaron a mayor ingreso hospitalario, recibiendo el 88,9% hidroxycloquina, 63,7% antirretrovirales y 55,6% corticoides. Analíticamente tenían mayor NtproBNP y reactivantes de fase aguda/inflamación (tabla 1).

Conclusiones: La infección por COVID-19 en pacientes con SCA no se asoció a peor evolución clínica ni a mortalidad. No se encontraron diferencias en la técnica ni en los resultados de la angioplastia coronaria.

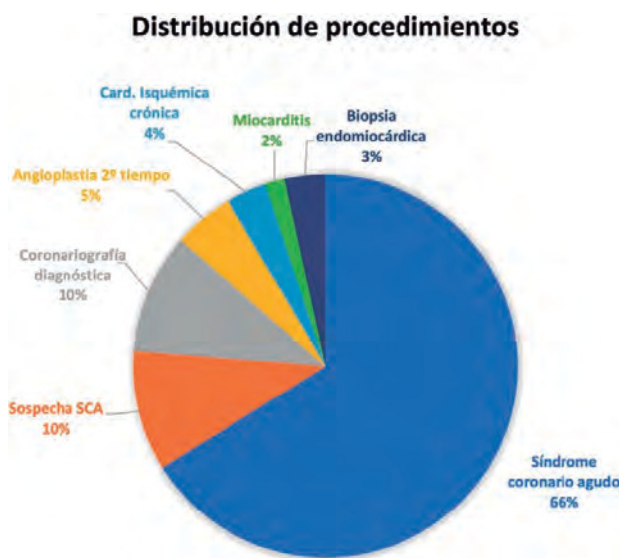


Tabla 1. Características basales, clínicas y analíticas de pacientes con SCA con o sin infección por COVID-19

	NO COVID (%) n=30	COVID (%) n=9	TOTAL (%) n=39	P
Varón	28 (93,3)	8 (88,9)	36 (92,3)	0,556
Edad (años ± DE)	58,41 ± 10,94	65,66 ± 14,04	60,13 ± 11,96	0,113
FRCV				
Hipertensión	14 (46,7)	8 (88,9)	22 (56,4)	0,052
Dislipemia	12 (40)	6 (66,7)	18 (46,2)	0,255
Diabetes mellitus	7 (23,3)	5 (55,6)	12 (30,8)	0,102
Tabaco	15 (50)	3 (33,3)	18 (46,2)	0,464
Índice de masa corporal (±DE)	27,18 ± 3,54	29,19 ± 6,01	27,71 ± 4,18	0,605
Comorbilidades	6 (20)	2 (22,2)	8 (20,5)	0,607
Cardiopatía isquémica	1 (3,3)	1 (11,1)	2 (5,1)	0,413
Insuficiencia cardíaca	3 (10)	0	3 (7,7)	0,444
Fibrilación auricular	4 (13,3)	2 (22,2)	6 (15,4)	0,607
EPOC	0	1 (11,1)	1 (2,6)	0,231
Ictus	3 (10)	0	3 (7,7)	0,444
Neoplasia				
Diagnóstico	16 (53,3)	4 (44,4)	20 (51,3)	0,716
IAMCEST	14 (46,7)	5 (55,6)	19 (48,7)	
SCASEST				
Escala GRACE	101,87 ± 26,41	117,78 ± 46,27	104,41 ± 30,12	0,433
TIMI 3 angiográfico final	28 (93,4)	8 (88,9)	36 (92,3)	0,267
Frac. eyección ventrículo izq. (% ± DE)	49,97 ± 9,54	48,89 ± 9,61	49,72 ± 9,44	0,944
Días de ingreso	3 [2,5-4]	15 [7,5-22]	3 [3-6,75]	<0,001
Muerte intrahospitalaria	1 (3,3)	2 (22,2)	3 (7,7)	0,127
LABORATORIO				
Marcadores miocárdicos (mediana [RIQ]):				
- Troponina I máx, ng/L	8884 [1404,5-26305]	13294 [5164-30064]	11569 [1674-25883]	0,303
- Creatina kinasa máx, U/L	710,5 [379-1926]	525 [379-1136]	575 [298-1580]	0,594
- NtproBNP, ng/L	736 [170-1679]	4328 [1084-12243]	1056,5 [260,5-11076,5]	0,014
PCR máx (mediana [RIQ], mg/dl)	2,4 [1,1-7,85]	10,2 [3,45-26,7]	4,4 [1,15-10]	0,056
Linfocitos ingreso (mediana [RIQ], 10E3/picoL)	2,1 [1,6-2,72]	1,1 [0,75-1,2]	1,8 [1,1-2,3]	<0,001
Dímero D máx (mediana [RIQ], ng/ml)	157 [76,25-356,55]	1109 [701,5-2031,5]	409 [105-932]	<0,001
GPT ingreso (mediana [RIQ], U/L)	39 [29-65]	121 [40-208,5]	40 [31,75-84,25]	0,021
Bilirrubina ingreso (mediana [RIQ], mg/dl)	0,7 [0,57-0,9]	1,1 [0,75-2,15]	0,8 [0,6-1]	0,024
Ferritina máx (mediana [RIQ], ng/ml)	212 [113,25-361]	1221 [278,75-2166,75]	317 [144,5-997,5]	0,033

3. INFLUENCIA DE COMORBILIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SOBRE LA DURACIÓN DEL INGRESO Y RECURRENCIAS POR CAUSAS CARDIOVASCULARES

Julia Díaz Ortiz, Teresa Morales Martínez, Raúl Gascuña Rubia, David Jiménez Virumbrales y Julia Gómez Diego

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La depresión y la comorbilidad alargan los ingresos por causa cardiovascular, aunque su influencia en la recurrencia de eventos cardiovasculares es debatible.

Métodos: Analizamos la relación entre comorbilidad y estado de ánimo (ansiedad y depresión) sobre duración de ingreso y recurrencia de eventos cardiovasculares. Se incluyen 69 pacientes; mediana de seguimiento de 100 días (IC95% 66-120). Se realizaron los cuestionarios HAD (valoración de depresión y ansiedad), Charlson (comorbilidades), Barthel (dependencia) y SF12 (calidad de vida relacionada con la salud) y se recogieron otros factores psicosociales.

Resultados: La edad media fue 72.9 años (IC95% 70.3-75.5). El motivo de ingreso principal fue insuficiencia cardiaca (50.7%). Según la escala HAD sufrían depresión el 18.8% y ansiedad, el 23.2%, existiendo fuerte correlación entre ellas ($Rho\ 0.722\ p<0.001$). El 37.7% presentaba alto grado de comorbilidad y el 59.4% una salud mental inferior a la media, según cuestionario SF12. El 27.5% presentaba algún grado de dependencia. El principal determinante del tiempo de ingreso fue el índice de Charlson ($p\ 0.008$). Otros modificadores fueron depresión ($p\ 0.011$), disfunción ventricular izquierda severa ($p\ 0.001$) e índice de Barthel ($p\ 0.021$). El 20.3% de los pacientes presentaron recurrencia de eventos siendo el principal factor determinante el índice Charlson ($p\ 0.04$), además de la calidad de vida mental percibida valorada por SF12 ($p\ 0.012$). La depresión y ansiedad no predijeron la recurrencia de eventos cardiovasculares.

Conclusiones: La comorbilidad, y en menor medida la depresión, la dependencia y la disfunción ventricular izquierda, prolongan el ingreso hospitalario por causa cardiovascular. La comorbilidad y la calidad de vida mental predicen recurrencia de eventos cardiovasculares tras un ingreso.

4. PREDICCIÓN DE SANGRADO TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO EN EL PACIENTE ANCIANO. HEMOGLOBINA, LEUCOCITOS Y LA RELACIÓN ENTRE AMBOS

Dámaris Carballeira Puentes, Ricardo Concepción Suárez, M.ª José Morales Gallardo, Freddy Andrés Delgado Calva, Alexander Felix Marschall, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Carmen Dejuan Bitriá, Edurne López Soberón, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

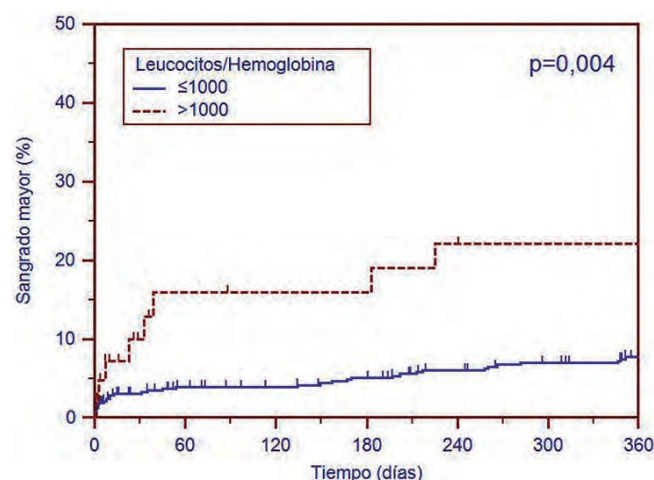
Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: A pesar de que las cifras bajas de hemoglobina y leucocitosis son reconocidos predictores de sangrado tras intervencionismo coronario (ICP) de manera general, existe una escasa representación del paciente de edad avanzada en los estudios. Nuestro objetivo fue analizar su prevalencia y valor predictivo de sangrado en esta población.

Métodos: Registro prospectivo de pacientes consecutivos ≥ 75 años sin anticoagulación crónica, tratados mediante ICP entre los años 2012 y 2018 en un centro universitario. Se obtuvieron en todos los casos niveles séricos de hemoglobina (Hb), leucocitos (Leu) y el cociente leucocitos/hemoglobi-

na (Leu/Hb) previos al intervencionismo. Se evaluó la capacidad discriminativa de cada uno de ellos como variable continua, así como la incidencia e impacto pronóstico de valores predeterminados con base en la literatura previa. El objetivo principal fue valorar la incidencia acumulada de sangrado mayor BARC 3 o 5, en el primer año de seguimiento. **Resultados:** Se incluyeron 519 pacientes. La edad media fue de 81 ± 4 años, el 66% hombres y el 50% síndromes coronarios agudos. Durante los primeros 12 meses de seguimiento hubo 42 sangrados (incidencia acumulada 8,8%). La prevalencia e impacto de cada una de las variables estudiadas fueron: $Hb\leq 11\text{ g/dl}$ en el 15,1%, HR 2,6, $p=0,005$; $Leu\geq 12\times 10^3/\mu L$ en el 10,8%, HR 2,9, $p=0,005$; $Leu/Hb>1000$ en el 9,1%, HR 3,1, $p=0,004$ (figura). La asociación se mantuvo tras el ajuste en el análisis multivariante. Las 3 variables mostraron adecuada calibración, pero la capacidad de discriminación fue tan solo de pobre a moderada (estadístico C de 0,56 a 0,66).

Conclusiones: Los niveles basales de hemoglobina y leucocitos son útiles en la predicción de sangrado tras ICP en los pacientes de mayor edad. En pacientes no anticoagulados, el cociente Leu/Hb >1000 estratifica de manera evidente la población de mayor y menor riesgo hemorrágico.



5. MORTALIDAD TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO EN PACIENTES DE MÁS DE 80 AÑOS: LA INFLUENCIA DE LAS COMORBILIDADES

Dámaris Carballeira Puentes, Ricardo Concepción Suárez, M.ª José Morales Gallardo, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Freddy Andrés Delgado Calva, Alexander Felix Marschall, Edurne López Soberón, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

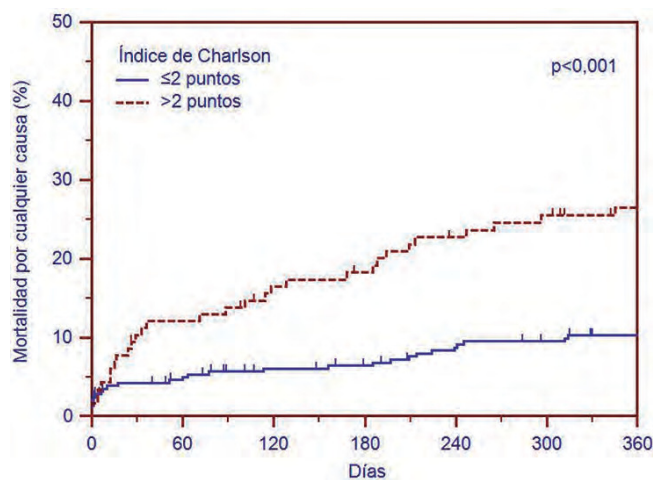
Introducción y objetivos: El paciente anciano siempre ha estado infrarrepresentado en ensayos clínicos. El aumento de intervencionismo coronario (ICP), también en estos pacientes, hace pensar sobre el equilibrio entre beneficio y perjuicio que podría ocasionar, sobre todo en los casos técnicamente más complejos. El objetivo principal de este trabajo fue analizar el impacto de las comorbilidades en la mortalidad de estos pacientes tras ser sometidos a ICP.

Métodos: Se trata de un registro prospectivo de pacientes consecutivos ≥ 80 años tratados con ICP entre los años 2012 y 2018 en un hospital universitario. En cuanto a criterios de exclusión se incluyeron pacientes con shock, expectativa de

vida de menos de 12 meses o incapacidad de firmar el consentimiento informado. Se recogieron variables necesarias para calcular el índice de comorbilidad de Charlson (IC_h) y se comparó la mortalidad acumulada a los 12 meses en función de la puntuación superior o inferior a la mediana.

Resultados: Fueron incluidos 404 pacientes y la edad media fue de 84 ± 3 años, siendo el 66% hombres. Los valores del IC_h con una distribución no paramétrica tuvieron una mediana de 2 puntos (rango intercuartílico 1-3 puntos). Las comorbilidades más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca (40%), el infarto de miocardio (39%) y la diabetes mellitus (38%). La mortalidad a 12 meses fue superior de manera estadísticamente significativa en pacientes con IC_h > 2 (26,4% frente a 10,3%, HR 2,78, $p < 0,001$), y la mediana de IC_h fue de 3 puntos en pacientes fallecidos. La asociación se mantuvo tras ajustar por edad, creatinina sérica, fracción de eyección e indicación clínica, siendo además independiente de la causa de muerte (cardiovascular-no cardiovascular).

Conclusiones: La presencia de comorbilidades está íntimamente relacionada con la mortalidad tras ICP en los pacientes más mayores. Alrededor de un 25% de los ancianos con IC_h mayor de 2 puntos fallecen en los primeros 12 meses después del intervencionismo; por lo tanto, se debe evaluar de manera individual y consensuada con el paciente y su familia el tipo de tratamiento.



6. IMPACTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO TRAS SANGRADO MAYOR EXTRACRANEAL EN PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA FRENTE ANTAGONISTAS DE VITAMINA K

Freddy Andrés Delgado Calva, Belén Biscotti Rodil, Alexander Marschall, Juan Duarte Torres, Carmen Dejuan Bitriá, Concepción Fernández Pascual, Dámaris Carballeira Puentes, Ricardo Concepción Suárez, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

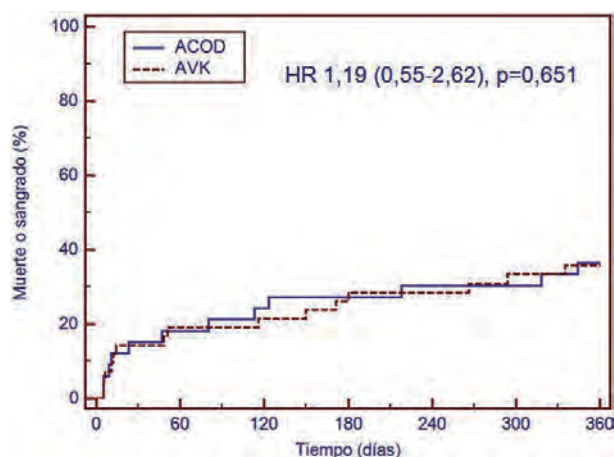
Introducción y objetivos: Los anticoagulantes orales directos (ACOD) reducen la mortalidad y el sangrado intracraneal, pero pueden incrementar el riesgo de sangrado extracraneal respecto a los antagonistas de la vitamina K (AVK). Nuestro objetivo fue comparar las características clínicas, riesgo de muerte y recidiva tras un sangrado mayor extracraneal.

Métodos: Cohorte retrospectiva de todos los pacientes consecutivos con sangrado mayor y necesidad de transfusión de hemoderivados en un hospital terciario durante 2018. Se excluyeron pacientes con hemorragia intracraneal y tratamiento antiplaquetario. El parámetro de valoración fue la

incidencia acumulada a 12 meses de muerte por cualquier causa o nuevo sangrado mayor ISTH.

Resultados: Se identificaron 75 pacientes con sangrado mayor espontáneo, 42 con AVK y 33 con ACOD; el 78% de los episodios fueron digestivos. Los pacientes con ACOD presentaron una edad ligeramente superior (87 vs. 83 años, $p = 0,038$), sin diferencias significativas en la presentación clínica o prevalencia de comorbilidades (Charlson de 7,1 vs. 6,3, $p = \text{ns}$). Tampoco hubo diferencias en la tasa de discontinuación (17%) ni en la necesidad de cuidados intensivos (1,3%). Tras ajustar para edad, la incidencia de muerte o resangrado a 12 meses fue similar entre grupos (36,4% vs. 35,7%, $p = 0,651$) (figura). La mediana hasta el evento fue de 51 días (rango intercuartílico, 11 a 180 días).

Conclusiones: Los pacientes anticoagulados con sangrado extracraneal muestran elevada complejidad clínica. Hasta 1/3 de los pacientes con estos sangrados considerados «menos graves» presentan un desenlace adverso, independientemente del fármaco anticoagulante, por lo que se debe fomentar la vigilancia, dosificación cuidadosa y estudio de alternativas terapéuticas.



7. PATOLOGÍA AÓRTICA FAMILIAR. ANÁLISIS DE UN ÁREA SANITARIA PROVINCIAL TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Martín Negreira Caamaño¹, Jesús Piqueras Flores², Inmaculada Vivo Ortega², María Arántzazu González Marín², Jorge Martínez Del Río¹, Manuel Muñoz García¹, Alfonso Morón Alguacil¹, Daniel Águila Gordo¹, Cristina Mateo Gómez¹ y Raquel Frías García¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: La patología aórtica familiar (PAF) representa un porcentaje relevante de las cardiopatías familiares. Pueden existir diferencias genotípicas y fenotípicas en las diferentes áreas. Objetivo: Caracterizar a los pacientes con PAF en la provincia de Ciudad Real.

Métodos: Se analizaron 851 pacientes consecutivos derivados para valoración de cardiopatía familiar y se seleccionaron aquellos derivados para valoración de PAF [83 pacientes (9,8% del total de derivaciones)]. Se analizaron características demográficas y anatómicas, así como los antecedentes familiares y el estudio genético.

Resultados: 29 fueron casos índice y 54, estudios familiares. Entre los casos confirmados, 17 presentaron síndrome de Marfan, 3 síndrome de Loeys-Dietz y 20 PAF no síndromica. El 77,5% fueron varones. La edad media fue $47,2 \pm 16$ años. El 77,5% presenta-

ba historia familiar positiva. El 50% presentaba antecedente familiar de muerte súbita, el 50% de dilatación aórtica y el 15% de síndrome aórtico. El estudio familiar detectó un 31,5% de familiares afectados. El 62% de los pacientes con PAF presentaron dilatación aórtica significativa (diámetro máximo $45,8 \pm 17$ mm). Entre los casos índice, la rentabilidad del test genético fue del 39% y en los familiares, del 24%. El gen más frecuentemente mutado fue FBN1 (65,3%). Cuando se detectó una mutación, se realizó test genético a los familiares, con una rentabilidad del 47,1%. **Conclusiones:** Los pacientes con PAF del área sanitaria de Ciudad Real presentan unas características similares a las descritas en otros registros, si bien la rentabilidad del estudio genético general es baja.

8. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS INGRESOS EN CARDIOLOGÍA

Martín Negreira Caamaño, Jorge Martínez Del Río, Cristina Mateo Gómez, Pedro Pérez Díaz, Daniel Águila Gordo, Alfonso Morón Alguacil, Raquel Frías García, Manuel Muñoz García, Daniel Salas Bravo y Jesús Piqueras Flores

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: La pandemia COVID-19 ha implicado una reestructuración de los procesos asistenciales y la reubicación de recurso. Sin embargo, su impacto en la carga asistencial de la cardiología en nuestro país no ha sido analizado. **Objetivo:** Analizar el impacto de la pandemia COVID-19 en los ingresos de cardiología de un centro de referencia provincial.

Tabla 1. Etiología de los ingresos en planta de cardiología y procedimientos realizados

	Antes de la pandemia COVID-19 (n=223)	Después de la pandemia COVID-19 (n=67)	Δ
Ingresos urgentes			
Dolor torácico no isquémico	8	0	-100%
Angina inestable	13	5	-61,5%
IAMSEST	29	19	-34,5%
IAMCEST	32	8	-75%
Taquiarritmia	13	3	-73,1%
Bradiarritmia	17	9	-47,1%
Insuficiencia cardiaca aguda	18	4	-83,6%
Miocarditis-Pericarditis complicada	7	0	-100%
Otros	13	8	-38,5%
Ingresos programados	73	11	-85%
Procedimientos realizados			
Imagen cardiaca	118	36	-69,5%
Unidad de Hemodinámica	129	36	-72,1%
Unidad de Arritmias y Electrofisiología	33	2	-64,5%

Métodos: Se analizaron todos los pacientes ingresados en Cardiología entre el 4 de marzo (primer caso positivo provincial) y el 19 de abril de 2020. Como control, se tomó el mismo periodo temporal previo a la notificación del primer caso.

Resultados: Durante la pandemia, se realizaron un total de 67 ingresos (1,46 ingresos/día), que supuso una reducción del 69,9% respecto al mismo periodo previo a la pandemia, con 223 ingresos (media de 4,8 ingresos/día). La edad media de los pacientes fue $66,2 \pm 15$ años, similar en ambos periodos ($p=0,22$). En el periodo de pandemia se detectó una marcada

reducción de los ingresos por todas las etiologías codificadas (tabla 1). Los ingresos por cardiopatía isquémica aguda disminuyeron un 56,8%. Los ingresos por insuficiencia cardiaca aguda disminuyeron un 83,6%. Respecto a la patología arrítmica urgente, se observó una reducción del 60%. El número de ingresos programados disminuyó un 85%. Los procedimientos realizados a los pacientes ingresados disminuyeron un 71,4%. **Conclusiones:** La pandemia COVID-19 ha repercutido en la actividad asistencial de las plantas de hospitalización de Cardiología, reduciendo los ingresos por todas las causas.

9. PREVALENCIA DE TROMBOS INTRACARDIACOS ENTRE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA

Martín Negreira Caamaño, Jorge Martínez Del Río, Cristina Mateo Gómez, Pedro Pérez Díaz, Daniel Águila Gordo, Raquel Frías García, Manuel Muñoz García, Alfonso Morón Alguacil, Javier Jiménez Díaz, Daniel Salas Bravo y Jesús Piqueras Flores

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: Las recomendaciones actuales indican que la realización de cardioversión eléctrica programada (CVEp) en pacientes con fibrilación o flúter auricular (FA o FIA) debe realizarse previa anticoagulación durante ≥ 3 semanas. Sin embargo, la evidencia sobre la presencia de trombos intracardiacos (TIC) en este contexto arroja resultados heterogéneos. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de TIC mediante ecocardiografía transesofágica en pacientes sometidos a CVE programada.

Métodos: Se analizaron 127 pacientes consecutivos sometidos a CVEp por FA o FIA de >48 h anticoagulados ≥ 3 semanas. Se analizaron sus características clínicas y la presencia de TIC en la ecocardiografía transesofágica.

Resultados: El 68,5% de los pacientes fueron mujeres. La edad media fue de $64,8 \pm 12$ años. Un 68,5% eran hipertensos, 24,4% diabéticos y 13,7% fumadores. El 78,7% de CVEp fueron indicadas por FA y el 21,3% por FIA. La mediana desde el diagnóstico de la arritmia y la CVE fue de 7 (1-14) semanas. El 29,9% de los pacientes presentaban disfunción ventricular y el 26% dilatación auricular moderada o severa. El CHADs-VASc medio fue $2,3 \pm 1,5$ y el HAS-BLED $0,7 \pm 0,9$. El 57,9% recibía anticoagulantes de acción directa. Se detectaron 7 casos de TIC (prevalencia 5,5%): 6 localizados en la orejuela izquierda y 1 a nivel intraventricular. Cuatro de los pacientes con TIC recibían tratamiento con anticoagulantes de acción directa. El 23,7% de los pacientes mostraban auto-contraste (14,2% auricular y 2,4% en la orejuela izquierda).

Conclusiones: La prevalencia de trombos intracardiacos en pacientes a los que se realiza CVE programada no es despreciable, a pesar del tratamiento anticoagulante previo.

10. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS ENTRE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA AÓRTICA FAMILIAR SINDRÓMICA Y NO SINDRÓMICA

Martín Negreira Caamaño¹, Jesús Piqueras Flores², Inmaculada Vivo-Ortega², María Arántzazu González Marín², Jorge Martínez Del Río¹, Manuel Muñoz García¹, Alfonso Morón Alguacil¹, Daniel Águila Gordo¹, Cristina Mateo Gómez¹ y Raquel Frías García¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Unidad de Cardiopatías Familiares, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

Introducción y objetivos: Las diferencias entre patología aórtica familiar sintomática (PAFS) y no sintomática (PAFNS) no están bien establecidas. Objetivo: Analizar las características de los pacientes con PAFS y PAFNS en una unidad de cardiopatías familiares (UCF).

Métodos: Se analizaron 851 pacientes valorados por la UCF y se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de PAF (n=40) y sus familiares (n=43). Se analizaron características demográficas y anatómicas, así como antecedentes familiares y el resultado del estudio genético.

Resultados: Veinte pacientes presentaban PAFS (17 síndrome de Marfan; 3 síndrome de Loeys-Dietz) y 20 PAFNS. La edad media fue $51,5 \pm 15$ años en aquellos con PAFNS y $42,8 \pm 16,5$ años en aquellos con PAFS ($p=0,09$). Los pacientes con PAFNS eran más frecuentemente hipertensos (55 vs. 10%; $p<0,01$). Los pacientes con PAFS presentaban más frecuentemente antecedentes familiares de muerte súbita (70 vs. 35%; $p=0,05$), aunque no de dilatación aórtica (55 vs. 45%; $p=0,45$) o síndrome aórtico (15 vs. 15%; $p=0,95$). El estudio genético tuvo una rentabilidad superior en los pacientes con PAFS (80 vs. 5%; $p<0,01$). La rentabilidad del estudio familiar fue superior en los pacientes con PAFS que en aquellos con PAFNS (52,2 vs. 16,1%; $p=0,01$). Los pacientes con PAFNS tendieron a haber sufrido más frecuentemente un síndrome aórtico agudo (35 vs. 10%; $p=0,07$) y presentaron un mayor diámetro de aorta ascendente ($51,3 \pm 18,2$ vs. $38,2 \pm 14,7$ mm; $p=0,03$).

Conclusiones: Los pacientes con PAFS presentaron mayores dimensiones aórticas y más síndromes aórticos, aunque la rentabilidad del estudio genético y familiar es inferior.

11. RESULTADOS DEL IMPLANTE DE STENTS SOLAPADOS VERSUS STENTS MUY LARGOS EN EL INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

José Abellán Huerta¹, Martín Negreira Caamaño², Alfonso Jurado Román³, María Thiscal López Lluva¹, Fernando Lozano Ruiz-Poveda¹, Ignacio Sánchez Pérez¹, Pedro Pérez Díaz², Jorge Martínez Del Río² y Manuel Muñoz García²

¹Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La longitud del stent y el solapamiento de stents son predictores de peor pronóstico tras el intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Carecemos de evidencia sobre el empleo de stents muy largos (SML) y stents solapados (SS) en el paciente con diabetes, que *per se* presenta peor pronóstico tras el ICP. Objetivo: Comparar el implante de SML (≥ 40 mm) y stents solapados (SS) en una cohorte de pacientes diabéticos.

Métodos: Se analizaron 334 lesiones consecutivas tratadas con implante de un SML (n=111) o SS (n=223). Se analizaron las características del ICP y la incidencia del endpoint combinado de muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio (IAM), revascularización de la lesión diana (TLR) y trombosis de stent (TS) tras 28 (20-36) meses de seguimiento.

Resultados: La indicación principal fue por síndrome coronario agudo (56,3%). En 90,1% de stents fueron farmacoactivos. El 27,9% de lesiones implicaban una bifurcación. Los procedimientos con SS presentaron mayor longitud total con stent ($59 \pm 20,4$ vs. $45,2 \pm 5,1$ mm; $p<0,01$) y requirieron mayor tiempo de fluoroscopia ($20,6 \pm 11,3$ vs. $16,4 \pm 8$ min; $p<0,01$). La tasa de evento combinado al final del seguimiento fue del 10,7%

[MC: 7%; IAM: 4%; TLR: 3,4%; TS: 0,9%] y similar entre grupos ($p=0,2$). No se objetivaron diferencias en la tasa de MC (7,2% vs. 7,2%; $p=0,98$), IAM (5,3% vs. 2,7%; $p=0,39$), TLR (4,7% vs. 0,9%; $p=0,08$) ni TS (0,1% vs. 0,1%; $p>0,99$).

Conclusiones: En el paciente diabético, el implante de SML presenta resultados similares al uso de SS, si bien conlleva procedimientos con menos tiempo de fluoroscopia.

12. RESULTADOS DEL IMPLANTE DE STENTS SOLAPADOS VERSUS STENTS MUY LARGOS EN LESIONES BIFURCADAS

José Abellán Huerta¹, Martín Negreira Caamaño², Alfonso Jurado Román³, Fernando Lozano Ruiz-Poveda¹, María Thiscal López Lluva¹, Ignacio Sánchez Pérez¹, Pedro Pérez Díaz², Jorge Martínez Del Río² y Alfonso Morón Alguacil²

¹Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La longitud del stent y el solapamiento de stents se consideran predictores de eventos adversos tras el intervencionismo coronario percutáneo (ICP). No existe evidencia acerca del pronóstico del empleo de stents muy largos (SML) o solapados (SS) sobre lesiones bifurcadas, que presentan *per se* un peor pronóstico. Objetivo: Comparar los resultados del implante de SML (≥ 40 mm) o SS en lesiones bifurcadas.

Métodos: Analizamos 235 ICP consecutivos con lesión bifurcada, en las cuales se realizó implante de SML (58 lesiones) o SS (177 lesiones). Se analizaron las características del procedimiento y la presentación del evento combinado [muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio (IAM), revascularización de la lesión (TLR) o trombosis del stent (TS)] y sus eventos independientes tras un seguimiento de 30 meses (18-38).

Resultados: Los procedimientos donde se implantaron SML precisaron menor cantidad de contraste (320 vs. 388 cc; $p=0,02$) y menor tiempo de fluoroscopia (20 vs. 27 min; $p=0,03$) que aquellos donde se implantaron SS. La tasa del combinado de eventos fue del 6,9% y similar entre grupos ($p=0,2$) (MC: 3,9%, IAM: 2,2%, TLR: 3,1%, TS: 1,7%). No hubo diferencias en la tasa de MC (6,1% vs. 8,7%; $p=0,33$), IAM (1,8% vs. 2,3%; $p=0,21$), TLR (0% vs. 4,2%; $p=0,1$) y TS (0% vs. 2,3%; $p=0,3$).

Conclusiones: El empleo de stents muy largos en el intervencionismo coronario de lesiones bifurcadas simplificó los procedimientos, con un pronóstico similar.

13. ANÁLISIS DEL SCACEST CON ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA: COMPARACIÓN ENTRE EL IMPLANTE DE STENTS SOLAPADOS Y STENTS MUY LARGOS

Martín Negreira Caamaño¹, José Abellán Huerta², Alfonso Jurado Román³, Ignacio Sánchez Pérez², Fernando Lozano Ruiz-Poveda², María Thiscal López Lluva², Pedro Pérez Díaz¹, Daniel Águila Gordo¹ y Cristina Mateo Gómez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) supone un contexto asociado a peores resultados en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP). Carecemos de evidencia que respalde el implante de stents solapados (SS) o de un stent muy largo (SML) cuando se objetiva enfermedad difusa en este escenario. **Objetivo:** Analizar el uso de SS o SML (≥ 40 mm) en una cohorte de SCACEST.

Métodos: Analizamos 175 ICP realizadas en SCACEST donde se implantó un SML o >1 SS. Se analizó la incidencia y el tiempo hasta el evento combinado [MACE: muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio relacionado (IAM), necesidad de revascularización (TLR) o trombosis de stent (TS)], la incidencia de eventos independientes y las características del procedimiento.

Resultados: La longitud con stent fue menor con SML (45,6 vs. 55,5 mm). Los procedimientos con SS requirieron más contraste (270 vs. 242 cc; $p < 0,01$) y mayor duración (41,2 vs. 34,9 min; $p < 0,01$). Tras un seguimiento de 28 (17-37) meses, hubo una tendencia a una menor tasa de eventos con los SML (SML: 11,3 vs. SS: 21,4%; $p = 0,09$), aunque el tiempo hasta el evento fue similar ($p = 0,11$). La incidencia de TLR fue inferior en los ICP con SML (0 vs. 7,1%; $p = 0,03$). No se observaron diferencias entre SML y SS en la tasa de MC (4 vs. 9,7%; $p = 0,49$), IAM (0 vs. 5,3%; $p = 0,07$) ni TS (0 vs. 1,1%; $p = 0,29$).

Conclusiones: En la angioplastia primaria, el empleo de SML presentó menor necesidad de revascularización en el seguimiento a largo plazo, simplificando además los procedimientos.

14. SOLAPAMIENTO DE STENTS VERSUS IMPLANTE DE UN STENT MUY LARGO: ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DIFUSA EN PACIENTES ANCIANOS

Martín Negreira Caamaño¹, José Abellán Huerta², Alfonso Jurado Román³, María Thiscal López Lluva², Ignacio Sánchez Pérez², Fernando Lozano Ruiz-Poveda², Pedro Pérez Díaz¹, Raquel Frías García¹ y Manuel Muñoz García¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El empleo de stents muy largos (SML) o stents solapados (SS) constituyen factores asociados a peor pronóstico en el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) de lesiones difusas. Carecemos de evidencia de su uso en pacientes ancianos, población con un peor pronóstico de base.

Objetivo: Analizar los resultados del implante de SML (≥ 40 mm) y SS en una cohorte de pacientes ancianos (>65 años).

Métodos: Analizamos 486 ICP consecutivos (edad media $75,4 \pm 6,8$ años) donde se implantó un SML (≥ 40 mm) o >1 SS (media de $2,6 \pm 1,1$). Se analizó la incidencia y el tiempo hasta el evento combinado [MACE: muerte cardiaca (MC), infarto de miocardio relacionado (IAM), necesidad de revascularización de la lesión índice (TLR) y trombosis del stent (TS)], así como la tasa de eventos por separado y las características del procedimiento.

Resultados: Los ICP con SS precisaron mayor tiempo de fluoroscopia (17 vs. 21,5 min; $p < 0,01$), más cantidad de contraste (275,6 vs. 306,1 cc; $p = 0,02$) y menor tiempo de procedimiento (39,1 vs. 48,9; $p < 0,01$). La longitud total con stent fue menor con los SML (46 vs. 59,8 mm; $p < 0,01$). Tras un seguimiento de $28,7 \pm 14$ meses, la incidencia del endpoint principal fue mayor en los pacientes que recibieron SS (13,5 vs. 6,6%; $p = 0,02$), diferencia que se mantuvo en el análisis de supervivencia ($p = 0,03$). Las tasas de MC, IAM, TLR y TS fueron 8,6, 3,1, 3 y 0,8% y similares entre grupos.

Conclusiones: El empleo de SS en pacientes ancianos alarga los procedimientos y asocia peores resultados a largo plazo.

15. RELACIÓN DE LAS DIFERENTES TERAPIAS ANTITROMBÓTICAS ORALES CON LA SEVERIDAD CLÍNICA DEL SANGRADO DIGESTIVO MAYOR

Belén Biscotti Rodil, Freddy Andrés Delgado Calva, Juan Duarte Torres, Alexander Marschall, Carmen Dejuan Bitriá, Ricardo Concepción Suárez, Dámaris Carballeira Puentes, Hugo Del Castillo Carnevali, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Surgen algunos matices en la evolución del sangrado digestivo según el tratamiento antitrombótico de base. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias clínicas y predictores de eventos adversos tras un sangrado digestivo mayor con los distintos grupos farmacológicos.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos que cumplieron los siguientes criterios de selección: diagnóstico de sangrado digestivo; transfusión de hemoderivados y tratamiento con algún anticoagulante o antiplaquetario oral en el momento del sangrado. Se compararon características basales y evolución clínica a los 12 meses, determinada por la incidencia acumulada de muerte por cualquier causa o nuevo sangrado ISTH mayor o clínicamente relevante.

Resultados: Se identificaron 86 pacientes con sangrado digestivo mayor (65 confirmados, 21 probables). La mayoría de los

Póster 15 – Tabla

	ACOD (n = 22)	AVK (n = 28)	Antiplaquetarios (n = 24)	Combinado (n = 12)	p
Edad	88 (82-91)	86 (79-89)	81 (74-84)	82 (74-84)	0,03
Sexo	9 (41)	9 (32)	11 (46)	8 (67)	0,24
DM	10 (46)	8 (29)	11 (46)	5 (42)	0,99
Infarto previo	6 (27)	2 (7)	9 (37)	6 (50)	0,54
IC previa	10 (46)	7 (25)	6 (25)	9 (75)	0,02
Sangrado previo	9 (41)	9 (32)	3 (13)	5 (42)	0,01
Índice de Charlson	7 (6-9)	6 (5-7)	6 (5-9)	7 (5-10)	0,33
índice de Shock	0,7 (0,5-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,7 (0,6-0,9)	0,8 (0,5-1,0)	0,62
Hemoglobina	7,7 (6,3-8,5)	7,7 (7,0-8,6)	7,1 (6,4-8,6)	6,9 (6,0-8,7)	0,85
Creatinina	1,2 (0,98-1,52)	1,09 (0,71-1,35)	1,16 (0,79-2,05)	1,44 (1,06-2,53)	0,25
Localización alta	10 (46)	12 (43)	12 (54)	3 (25)	0,71
Evento 12 meses	8 (36)	10 (36)	9 (37)	3 (25)	0,97

Los valores se expresan como número absoluto (porcentaje) o como mediana (rango intercuartílico).

pacientes ingresaron con anemia grave, pero con adecuada tolerancia hemodinámica (tabla). Los pacientes con tratamiento anticoagulante presentaron una edad ligeramente superior, y mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca frente a infarto previo, sin diferencias en la localización o pronóstico del sangrado. La incidencia acumulada de eventos a 12 meses fue elevada (34,9%, IC 95% 24,7% a 45,1%). En el análisis univariante, la localización baja y el índice de Charlson se asociaron al evento principal. Tras el análisis multivariante, solo el índice de Charlson mantuvo la significación (HR 1,25 por unidad, IC95%, 1,08-1,44, $p=0,003$).

Conclusiones: Independientemente del tratamiento anti-trombótico, alrededor de 1/3 de los pacientes con sangrado digestivo mayor sufren una recidiva o fallecen durante el siguiente año. Estos hallazgos evidencian la necesidad de seguimiento estrecho y optimización de estrategias preventivas en este complejo escenario clínico.

16. EVOLUCIÓN DE MARCADORES CARDIACOS Y DEL METABOLISMO MINERAL EN DOS PROGRAMAS DIFERENTES DE ENTRENAMIENTO DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Ana Venegas Rodríguez¹, Juan Antonio Franco Peláez¹, Óscar Lorenzo González², María Luisa González Casaus³, Koldo Villelaiteia Jaureguizar⁴, M. Aránzazu Núñez Cortés⁴, José María Romero Otero¹, José Antonio Esteban Chapel¹, Luis Nieto Roca¹, Miguel Ángel Navas Lobato¹ y Ana María Pello Lázaro¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ³Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ⁴Servicio de Rehabilitación, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Marcadores del metabolismo mineral y de daño miocárdico están relacionados con la enfermedad cardiovascular. En rehabilitación cardíaca, el entrenamiento in-

terváltico es un método eficiente en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica. El objetivo de este estudio es determinar la mejoría de biomarcadores cardíacos y del metabolismo mineral en el entrenamiento interváltico y el continuo.

Métodos: Incluimos 59 pacientes ingresados por un SCA entre 2013 y 2017 que siguieron un programa de rehabilitación cardíaca, bien con método interváltico ($n=31$) o continuo ($n=28$). Se recogieron variables clínicas y analíticas antes y después de finalizar el programa de rehabilitación, además de la medida de biomarcadores plasmáticos (cardíacos y del metabolismo mineral). El análisis estadístico fue realizado con la prueba t de Student para datos independientes o con la U de Mann-Whitney, según la normalidad de la variable.

Resultados: La edad media era 56 ± 8 años, 81,4% eran varones, 18,6% diabéticos y la FEVI media era $60,9 \pm 9,2\%$. El 62,7% ingresó por SCASEST y el 37,3%, por SCACEST. Tras 8 semanas de entrenamiento hubo una reducción de troponina I en el grupo de entrenamiento interváltico frente al continuo [$-0,04$ (0,04) vs. $-0,01$ (0,04) ng/ml; $p=0,023$] y un aumento de los niveles de klotto [$60,32$ (87,88) vs. 3 (75,7) pg/ml; $p=0,011$]. No hubo diferencias en el resto de parámetros estudiados.

Conclusiones: En pacientes con SCA, el entrenamiento interváltico supera al entrenamiento continuo en la mejoría de parámetros analíticos como el klotto y la troponina I. Se necesitan nuevos estudios para determinar si esta mejoría analítica se traduce en un beneficio clínico.

17. ¿SE EVALÚA DE FORMA DISTINTA LA CLASE FUNCIONAL DE LOS HOMBRES Y MUJERES CON CARDIOPATÍA?

Andrea Martínez Cámara, Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, Helena Contreras Mármol, Alejandro Cebollada Cameo, Alejandro Berenguel Senen y Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

Póster 16 – Tabla. Niveles de biomarcadores cardíacos, inflamatorios y del metabolismo mineral antes y después de un programa de entrenamiento continuo e interváltico

Biomarcadores	Preentrenamiento	Postentrenamiento	p	Diferencia de medias	p
Troponina I, ng/ml					0,023
Continuo	0,03 $\pm$ 0,04	0,02 $\pm$ 0,02	0,034	-0,01 (0,04)	
Interváltico	0,06 $\pm$ 0,05	0,02 $\pm$ 0,01	<0,001	-0,04 (0,04)	
NT-proBNP, pg/ml					0,945
Continuo	497,77 $\pm$ 1196,9	353 $\pm$ 617,7	0,171	-144,76 (623,83)	
Interváltico	347,6 $\pm$ 793,96	214,14 $\pm$ 238,48	0,015	-133,46 (616,01)	
Fósforo, mg/dl					0,100
Continuo	3,43 $\pm$ 0,64	3,22 $\pm$ 0,52	0,021	-0,22 (0,45)	
Interváltico	3,53 $\pm$ 0,56	3,52 $\pm$ 0,47	0,911	-0,01 (0,48)	
Vitamina D					0,788
Continuo	24,27 $\pm$ 9,94	24,43 $\pm$ 10,92	0,909	0,16 (7,09)	
Interváltico	26,73 $\pm$ 9,05	27,54 $\pm$ 11,4	0,676	0,82 (10,79)	
PTH, pg/ml					0,440
Continuo	56,84 $\pm$ 21,53	58,22 $\pm$ 22,65	0,689	1,38 (17,75)	
Interváltico	52,69 $\pm$ 17,11	57,07 $\pm$ 20,19	0,040	4,38 (11,34)	
FGF-23, ng/ml					0,808
Continuo	120,85 $\pm$ 80,95	131,19 $\pm$ 131,38	0,282	10,33 (94,41)	
Interváltico	103,65 $\pm$ 27,23	109,39 $\pm$ 50,32	0,636	5,74 (42,93)	
Klotto, pg/ml					0,011
Continuo	706,41 $\pm$ 235,13	709,41 $\pm$ 232,76	0,838	3 (75,7)	
Interváltico	674,97 $\pm$ 195,74	735,29 $\pm$ 216,48	0,001	60,32 (87,88)	

Los resultados son expresados en media $\pm$ desviación estándar.

FGF-23: factor de crecimiento de fibroblastos 23; NT-proBNP: péptido natriurético tipo B; PTH: hormona paratiroidea.

Póster 17 – Tabla

	NYHA 1		NYHA 2		NYHA 3		p
	Hombres (N=38)	Mujeres (N=12)	Hombres (N=21)	Mujeres (N=13)	Hombres (N=4)	Mujeres (N=0)	
VO ₂ pico (mL/min/kg)	30,7±32,4	21,4±5,4	22,5±6,6	17,6±3,4	13,4±2,3		<0.05
VO ₂ pred (%)	85,7±15,8	88,8±19,6	72,5±16,3	72,8±25	51±12,6		>0.05

Introducción y objetivos: El sexo femenino es un factor influyente en la evolución de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), con mayor retraso en el diagnóstico y menor uso de tratamiento que mejora el pronóstico. Se desconoce la causa de estas diferencias. Nuestra hipótesis es que podrían existir diferencias en la valoración de la clase funcional (CF) de hombres y mujeres según la escala de la New York Heart Association (NYHA), que tiene componente subjetivo. La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) valora la CF de manera objetiva. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en la valoración de la CF medida por NYHA entre ambos sexos al compararlo con PECP.

Métodos: Ochenta y ocho pacientes evaluados entre enero y marzo de 2020 en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) de nuestro centro. Por el mismo cardiólogo se calculaba su CF según la NYHA y según el valor de consumo de oxígeno pico alcanzado (VO₂pico) y el porcentaje del consumo de oxígeno pico respecto al predicho (VO₂pred).

Resultados: Edad media: 58.7±9.7 años, 71.6% varones. Un 77% con cardiopatía isquémica. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue 54.4±10.6%. VO₂ pico: 22.47±6.49 mL/min/kg y el VO₂pred 79.18±18.33%. Existieron diferencias por sexo en CF NYHA 1 y 2 según su VO₂pico ($p<0.05$), no según el VO₂pred, que ya tiene en cuenta el sexo para su cálculo ($p>0.05$).

Conclusiones: La CF según la NYHA 1-2 es comparable a la objetiva mediante el VO₂pred, que tiene en cuenta la edad, sexo, peso y altura.

18. PAPEL DEL HOLTER INSERTABLE EN LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Andrea Martínez Cámara, Marta Pachón Iglesias, Cristina Martín Sierra, Gerard Loughlin, Alberto Puchol Calderón, Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, Paula Lobato, Álvaro Jamilena, Luis Rodríguez Padial y Miguel Ángel Arias Palomares

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

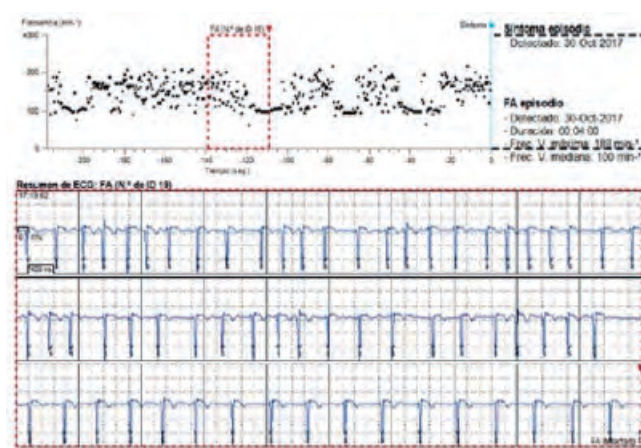
Introducción y objetivos: Se considera ictus criptogénico aquel sin causa tras un estudio etiológico completo. En un porcentaje importante, la fibrilación auricular (FA) es la causa. La monitorización continua prolongada del ritmo cardíaco pone de manifiesto en algunos episodios de FA asintomáticos. Los holter insertables con algoritmos para la detección de FA han demostrado ser una herramienta clínicamente eficaz.

Métodos: En nuestro centro se estableció un protocolo de colaboración entre el Servicio de Neurología y la Unidad de Arritmias que culminó en abril 2017 con la protocolización del implante de holter insertable Reveal LINQ en pacientes seleccionados con ictus criptogénico, fuera de quirófano. Todos fueron incluidos en un sistema de monitorización remota

con transmisiones automáticas diarias revisadas y analizadas por electrofisiólogo.

Resultados: 54 pacientes (edad media 60±14 años; 61.1% varones; 44.4% HTA; 13% DM; CHA2DS2VASc score 2.5±1.1). Sin complicación relacionada con el implante. Seguimiento medio de 572±325 días; se detectó FA en 11 (20.4%) pacientes, todos con cambio de tratamiento de antiagregante a anticoagulante. El tiempo medio desde el implante al diagnóstico fue de 332.62 días±269,3 días, y el tiempo desde el diagnóstico al inicio del tratamiento anticoagulante, de 2.25±3.5 días.

Conclusiones: El porcentaje de detección de FA en pacientes con ictus criptogénico a los que se les implantó un Reveal LINQ es similar a lo reportado en la literatura. En nuestra serie se confirma que es seguro implantar el dispositivo en consulta. La monitorización remota con transmisiones automáticas diarias de alertas permite un diagnóstico preciso de FA precoz que permite decisiones terapéuticas inmediatas.



19. ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K Y ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA DURANTE EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL RIESGO HEMORRÁGICO DE AMBAS ESTRATEGIAS

David González Casal, Alejandro Carta Bergaz, Nina Soto Flores, Gonzalo R. Ríos Muñoz, Pablo Ávila Alonso, Tomás Datino Romaniega, Esteban González Torrecilla, Felipe Atienza Fernández, Ángel Arenal Maíz y Francisco Fernández-Avilés Díaz

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos se está incrementando, realizándose, muchos de ellos, en pacientes

anticoagulados. El desarrollo de un hematoma sobre el generador del marcapasos tiene un efecto significativo sobre la morbimortalidad del paciente. Si el riesgo trombótico es elevado, es preferible mantener la anticoagulación oral con AVK de forma ininterrumpida. La estrategia a seguir con los ACOD todavía queda pendiente de aclarar.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los primoimplantes de marcapasos realizados durante un año en un hospital de tercer nivel. Se dividió en 2 grupos a los pacientes anticoagulados: i) Grupo AVK: mantuvieron los AVK de forma ininterrumpida y ii) Grupo ACOD: suspendieron exclusivamente la toma del fármaco inmediatamente antes de la intervención. Se recogieron variables relacionadas con el riesgo hemorrágico y trombótico en el momento del implante del dispositivo y se identificó a los pacientes que desarrollaron complicaciones. Se compararon las variables de los 2 grupos empleando los test Chi cuadrado o exacto de Fisher.

Resultados: Se realizaron 295 primoimplantes de marcapasos; 94 pacientes (32%) recibían anticoagulación, 64 (68%) con AVK y 30 (32%) con ACOD. No se objetivaron diferencias entre ambos grupos en cuanto al riesgo hemorrágico basal. En los grupos AVK y ACOD se produjeron 8 y 2 hematomas, respectivamente ($p=0.49$; IC 95%: 0.049-2.76).

Conclusiones: No existen diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de hematomas entre los pacientes anticoagulados de forma ininterrumpida con AVK y aquellos anticoagulados con ACOD que solo prescinden de la toma previa a la intervención.

20. EVOLUCIÓN DEL INTERVALO QT EN RELACIÓN CON LA TERAPIA FARMACOLÓGICA ESPECÍFICA Y NO ESPECÍFICA EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

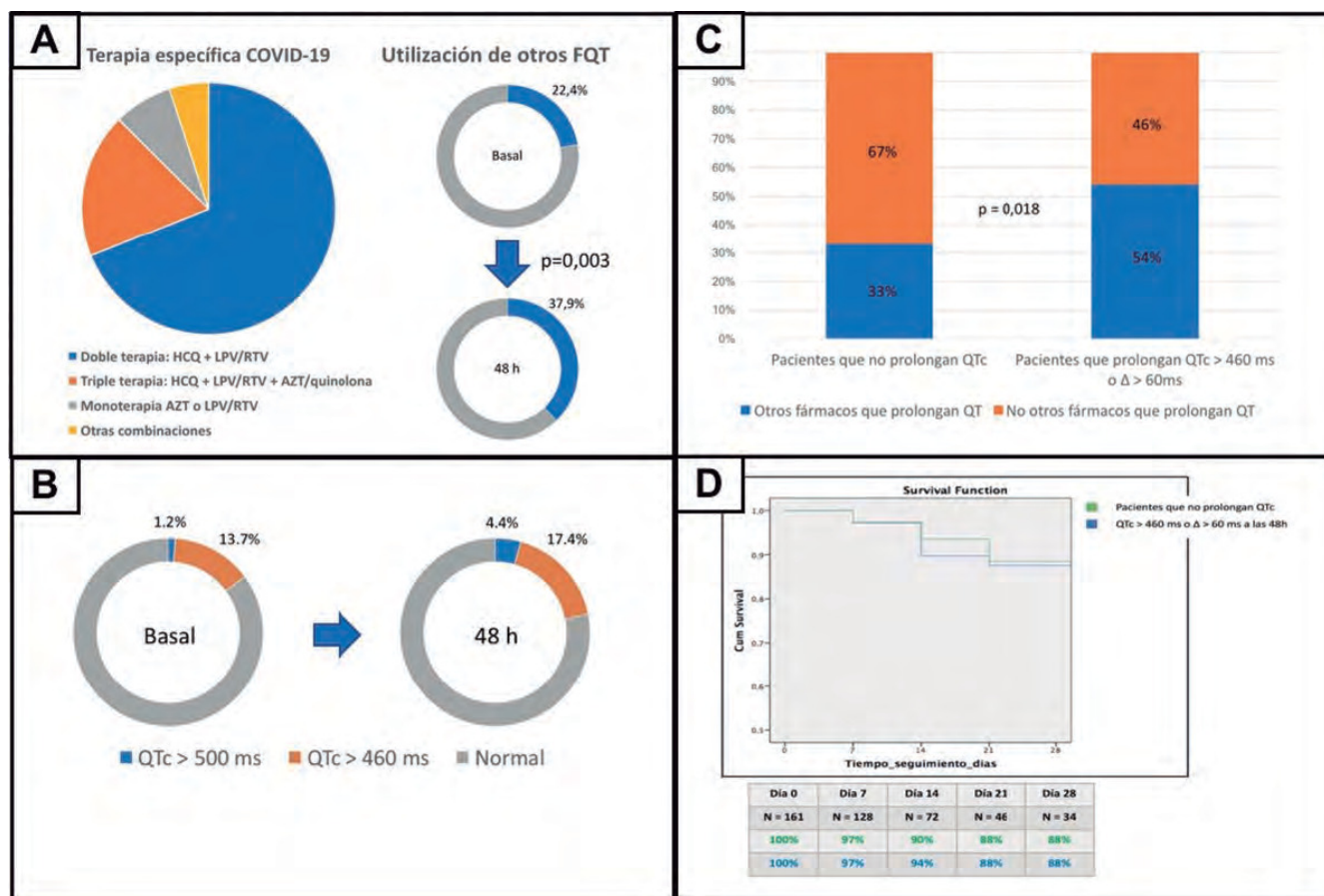
Daniel García Rodríguez, Eusebio García-Izquierdo Jaén, Paloma Remior Pérez, Jorge Toquero Ramos, Sara Lozano Jiménez, Víctor Castro Urda, Darwin Veloza Urrea, Cristina Aguilera Agudo, Joel David Morillo Díaz, Diego Jiménez Sánchez, Chinh Pham Trung e Ignacio Fernández Lozano

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El tratamiento frente al SARS-CoV-2 presenta un potencial riesgo arritmogénico asociado a la prolongación del intervalo QT. Nuestro objetivo es analizar la evolución del QTc a las 48 h y la supervivencia durante el ingreso por COVID-19.

Métodos: Registro prospectivo de 161 ingresados por COVID-19 en marzo 2020 con ECG basal y a las 48 h. Medición automática de QTc (Bazett). Se registró la medicación previa y durante el ingreso con riesgo de prolongación del QT (FQT). Se consideró pacientes de alto riesgo: QTc > 460 ms y/o incremento QTc (iQTc) > 60 ms a las 48 h.

Resultados: Globalmente, el QTc se prolongó significativamente a las 48 h (435 ± 25 vs. 443 ± 30 ms; $p=0,001$) y 37 pacientes presentaron QTc de alto riesgo. No hubo diferencias de QTc e iQTc a las 48 h entre diferentes terapias específicas ($p=0,633$, $p=0,407$). La



Póster 20 Figura 1. A) FQT específicos y no específicos administrados. B) Grupos de pacientes con QTc > 500, QTc 460-500 y QTc < 460 ms al ingreso y a las 48 h. C) Comparación sobre el porcentaje de FQT específicos y no específicos recibidos en el grupo de alto riesgo (QTc > 460 ms o iQTc > 60 ms) frente al resto. D) Kaplan-Meier y pacientes en cada periodo.

utilización de otros FQT asoció mayor QTc (449 ± 33 vs. 440 ± 28 ms; $p=0,064$) e iQTc (13 ± 28 vs. 4 ± 28 ms; $p=0,066$) a las 48 h. El 54% de los pacientes de alto riesgo habían recibido otros FQT a las 48 h, frente al 33% del resto. Diecinueve pacientes (12%) fallecieron durante el ingreso, ninguno por causa arritmica. La supervivencia fue similar en el grupo de alto riesgo.

Conclusiones: El QTc aumentó significativamente a las 48 h, independientemente de las terapias específicas utilizadas. El uso de otros FQT se relacionó con un QTc > 460 ms y un iQTc > 60 ms a las 48 h. No hubo mortalidad de causa arritmica y esta fue similar en el grupo de alto riesgo.

Tabla 1. Características basales y terapia recibida

Características basales			
Edad	64 $\pm$ 15	Sexo: varón	105 (65%)
Hipertensión arterial	56 (35%)	EPOC	26 (16%)
Diabetes mellitus	19 (12%)	Obesidad (IMC > 30)	31 (19%)
Dislipemia	48 (30%)	FQT al ingreso	36 (22.4%)
Terapia recibida en el ingreso			
	n (%)	QTc 48 h (ms)	iQTc (ms)
Triple terapia: HCQ+ LPV/RTV+AZT/quinolona	30 (19%)	442 $\pm$ 19	1 $\pm$ 25
Doble terapia: HCQ+ LPV/RTV	111 (69%)	442 $\pm$ 31	8 $\pm$ 27
Monoterapia HCQ o LPV/RTV	12 (8%)	450 $\pm$ 27	11 $\pm$ 22
	Valor p	0.633	0.407
Pacientes que no reciben otros FQT 48 h	100 (62%)	440 $\pm$ 28	4 $\pm$ 28
Pacientes que sí reciben otros FQT 48 h	61 (38%)	449 $\pm$ 33	13 $\pm$ 28
	Valor p	0.064	0.066

AZT: azitromicina; FQT: fármacos prolongadores del intervalo QT; HCQ: hidroxycloquin; iQTc: incremento QTc; IMC: índice de masa corporal; LPV/RTV: lopinavir/ritonavir.

21. PERFIL CLÍNICO Y TENDENCIA TEMPORAL DE LOS PACIENTES DERIVADOS PARA ANGIOPLASTIA PRIMARIA QUE NO PRESENTAN ENFERMEDAD CORONARIA

Alejandro Gutiérrez Fernández, José Eduardo Ramírez Batista, Carlos Cortés Villar, Pablo Aguiar Souto, Javier Fernández Fernández, Pilar Portero Pérez, Fausto Librada Escribano, Lucía Álvarez, Eduardo Luján, Isabel Ruiz-Zamora, Guillermo Pinillos Francia, José M. Forcada, Pedro M. Azcárate, Diego Lorente Carreño y Luis Javier Alonso-Pérez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Introducción y objetivos: No todos los pacientes activados para intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) presentan enfermedad coronaria, distinguiendo aquellos con IAM sin enfermedad coronaria (MINOCA) y los falsos positivos en el diagnóstico (FP-IAMCEST). El objetivo de este estudio fue describir el perfil clínico y pronóstico de estos grupos y describir la evolución de los errores diagnósticos desde el inicio del programa autonómico de Código-IAM.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo incluyendo los primeros 500 pacientes derivados para ICPp tras inicio del Código-IAM. Se diferenciaron tres grupos según presentaran enfermedad coronaria (IAMCEST), infarto sin enfermedad coronaria (MINOCA) y los falsos positivos (FP-IAMCEST). Se valoró el perfil clínico de los grupos y la evolución de los errores diagnósticos desde el inicio del Código-IAM.

Resultados: Del total de 500 pacientes consecutivos, el 8,6% no presentaba enfermedad coronaria (21 MICOCA y 22 FP-MINOCA). El perfil clínico y pronóstico de los tres grupos está presentado en la tabla. Se comprobó un mayor pico de troponina en IAMCEST ($p < 0,001$) y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ($p = 0,002$). En el primer tercil de los pacientes incluidos, la tasa de falsos positivos fue del doble que en el resto del periodo de estudio (6,58% vs. 3,30). Dentro de una mortalidad intrahospitalaria global del 5% solo un paciente sin enfermedad coronaria falleció.

Conclusiones: El 8,6% de los pacientes que son derivados para ICPp no presentan enfermedad coronaria, siendo el 4,2% MINOCA y el 4,4% errores diagnósticos. Los errores diagnósticos disminuyen con el tiempo desde la implantación del Código-IAM.

Tabla 1: perfil clínico y pronóstico de la cohorte de acuerdo a la presencia de infarto y enfermedad coronaria.

	Total n= 500 (100%)	IAMCEST n= 457 (91.4%)	MINOCA n= 21 (4.2%)	FP_IAMCEST n= 22 (4.4%)	Valor p
Edad (años)	62,22 $\pm$ 12.2	62,20 $\pm$ 10,0	62,23 $\pm$ 15,9	62,54 $\pm$ 12,3	0,99
Sexo (Varón)	397 (79,4%)	367 (80,3%)	11 (52,4%)	19 (86,3%)	0,006
Hipertensión Arterial	269 (53,8%)	248 (54,3%)	11 (52,4%)	10 (45,5%)	0,714
Diabetes Mellitus	95 (19,0%)	87 (19,0%)	3 (14,3%)	5 (22,7%)	0,778
Tabaco (%)	222 (44,4%)	208 (45,5%)	7 (33,3%)	7 (31,8%)	0,262
Enfermedad renal (%)	22 (4,4%)	22 (4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0,339
Arteriopatía (%)	75 (15,0%)	70 (15,31%)	2 (9,52%)	3 (13,6%)	0,755
TPE (mins)	9,84 $\pm$ 13,1	9,60 $\pm$ 12,7	8,43 $\pm$ 12,2	17,06 $\pm$ 22,4	0,07
TEA (mins)	26,75 $\pm$ 67,0	26,03 $\pm$ 66,9	45,92 $\pm$ 94,0	26,46 $\pm$ 27,4	0,577
TP_Fin proc. (mins)	105,39 $\pm$ 72,1	103,43 $\pm$ 71,3	162,77 $\pm$ 98,3	101,58 $\pm$ 34,1	0,013
Troponina Pico	4192,1 $\pm$ 4487,1	4520,2 $\pm$ 4535,8	1003,8 $\pm$ 968,2	43,1 $\pm$ 88,37	$< 0,001$
Creatinina	1,02 $\pm$ 0,45	1,02 $\pm$ 0,46	1,02 $\pm$ 0,24	0,91 $\pm$ 0,24	0,591
FEVI (%)	49,8 $\pm$ 10,6	49,1 $\pm$ 10,7	57,3 $\pm$ 6,9	55,6 $\pm$ 6,0	$< 0,001$
Días UCCA	2,74 $\pm$ 1,7	2,81 $\pm$ 1,7	2,72 $\pm$ 2,1	1,43 $\pm$ 1,1	0,001
Días Hosp.	7,77 $\pm$ 4,1	7,82 $\pm$ 3,9	7,40 $\pm$ 3,5	6,95 $\pm$ 6,2	0,578
Mortalidad IntraHosp.	25 (5%)	24 (5,25%)	1 (4,76%)	0 (0%)	0,543

TPE: tiempo primer contacto - ECG, TEA: tiempo ECG-activación. TP_Fin: tiempo primer contacto a fin del procedimiento. UCCA: unidad de cuidados cardiológicos agudos. Hosp.: hospitalización. IntraHosp.: intrahospitalaria

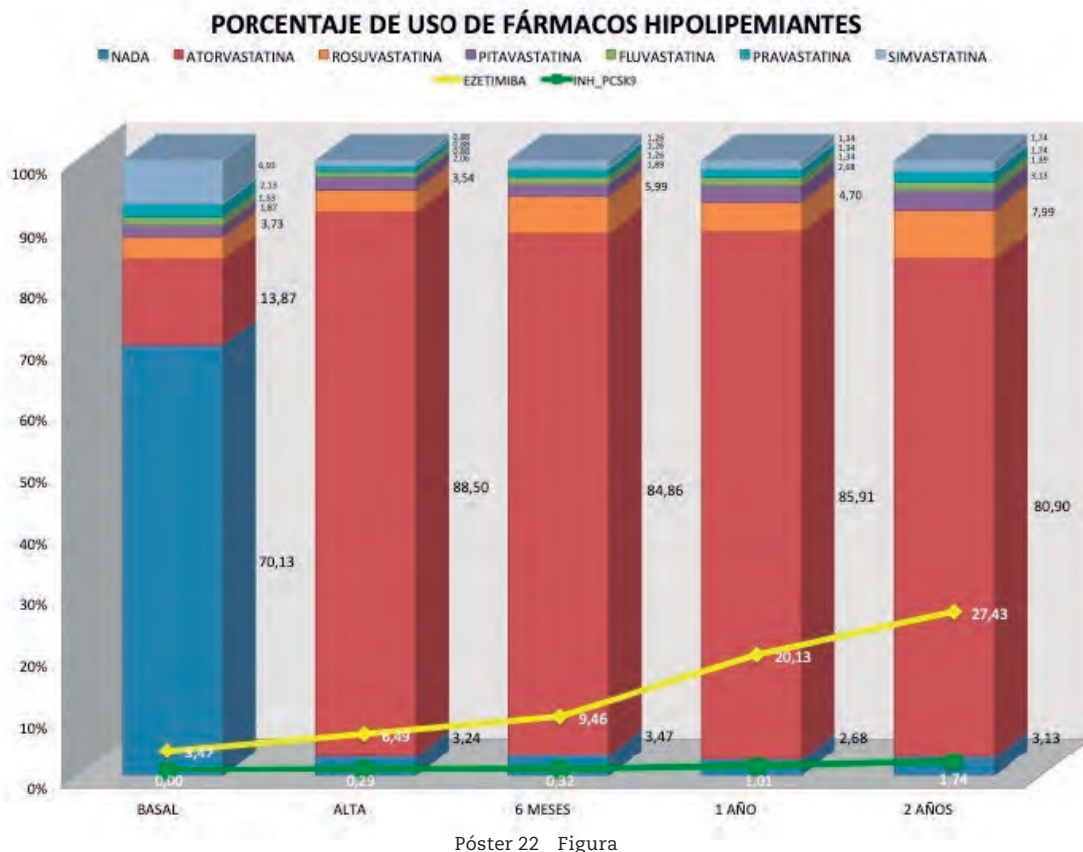
22. PORCENTAJE DE PACIENTES TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LOS QUE SE ALCANZA EL OBJETIVO DE COLESTEROL RECOMENDADO Y SU IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO

Alejandro Gutiérrez Fernández, José Eduardo Ramírez Batista, Carlos Cortés Villar, Pablo Aguiar Souto, Cristina Arina Cordeu, Javier Fernández Fernández, Pilar Portero Pérez, Guillermo Pinillos Francia, Isabel Ruiz Zamora, Eduardo Luján, Pedro M. Azcárate, Beatriz Moreno Djadou, Elena Sufrate Sorzano, Diego Lorente Carreño y Luis Alonso-Pérez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Introducción y objetivos: El objetivo de control del colesterol LDL tras un IAM es < 55 mg/dl. El porcentaje de pacientes en los que se consigue y su pronóstico a largo plazo no ha sido suficientemente estudiado. Los objetivos de este trabajo fueron: valorar el porcentaje y predictores de alcanzar el objetivo LDL < 55 y valorar el pronóstico según el nivel de LDL.

Métodos: Se incluyeron un total de 500 pacientes consecutivos sometidos a angioplastia primaria. Se analizaron los ni-



veles de colesterol a los 6 meses, 1 y 2 años. Se compararon los eventos cardiovasculares de acuerdo con el nivel de colesterol y los predictores de alcanzar el objetivo LDL < 55.

Resultados: El 38,3% de los pacientes se encontraban con niveles de LDL < 55 mg/dl. La mortalidad en este grupo fue del 3,80%, siendo 1,5 veces mayor en los pacientes con LDL > 55. El uso de estatinas de alta intensidad y ezetimiba se fue incrementando en el seguimiento (figura). El uso de estatinas de alta intensidad no se asoció a mejoría pronóstica ($p=0,74$), pero sí se encontró una tendencia a menor mortalidad de origen cardiovascular en uso asociado de ezetimiba ($p=0,06$).

Conclusiones: El 38% de los pacientes tratados con IAMCEST están dentro de los niveles objetivos de LDL. El LDL basal, la diabetes, el uso de estatinas de alta intensidad y su asociación con ezetimiba fueron los principales predictores de alcanzar dicho objetivo. No hubo diferencias en mortalidad de acuerdo con los niveles de LDL, pero sí una tendencia a disminuir la mortalidad cardiovascular cuando se asocia el tratamiento con ezetimiba.

23. EFICACIA DEL PRECONDICIONAMIENTO REMOTO ISQUÉMICO EN PREVENCIÓN DE NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE EN PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO CARDIACO: ESTUDIO PILOTO

Alejandro Gutiérrez Fernández¹, José Ramírez Batista¹, Julio Martín Díaz Perera², Marta Artamendi Larrañaga², Fausto Librada Escribano¹, Emma Huarte Loza², Laura Sahdala Santana², Luis Javier Alonso Pérez¹, Pedro M. Azcárate¹, M.^a Pilar Portero Pérez¹, Pablo Aguiar Souto¹, Javier Fernández Fernández¹, Carlos Cortés Villar¹, Guillermo Pinillos Francia¹, Isabel Ruiz Zamora¹ y Elena Sufrate Sorzano¹

¹Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España. ²Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Introducción y objetivos: El preconditionamiento remoto isquémico (PRI) se ha descrito como una técnica prometedora en la prevención de la nefropatía inducida por contraste (NIC), pero existe controversia sobre su eficacia. El objetivo principal de este estudio es valorar la eficacia del PRI en la profilaxis de la NIC en pacientes sometidos a la realización de cateterismo cardiaco.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado simple ciego. Se incluyeron 34 pacientes sometidos a un cateterismo cardiaco y con un riesgo moderado-alto de desarrollar NIC (escala de Merhan > 6). Al grupo de intervención ($n=17$) se le realizaron 3 ciclos de isquemia en extremidad superior izquierda y al grupo control ($n=17$) se le realizaron 3 ciclos de compresión sin isquemia, previo al cateterismo cardiaco. Realizamos monitorización analítica a las 24 horas, 48 horas y a la semana posttécnica, evaluando la aparición de fracaso renal agudo (FRA).

Resultados: El perfil de ambos grupos fue similar (ver tabla). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los valores de creatinina entre el grupo control y el grupo de intervención, tanto en el análisis a las 48 horas ($1,47 \pm 0,6$ vs. $1,08 \pm 0,2$ mg/dl, $p=0,02$) como a los 7 días postintervención ($1,37 \pm 0,5$ vs. $1,06 \pm 0,2$ mg/dl, $p=0,047$). La incidencia de FR fue significativamente menor en el grupo al que se realizó PRI (41,2% vs. 5,9%, $p=0,04$).

Conclusiones: Este estudio sugiere que la aplicación del PRI previo a la realización de cateterismo cardiaco en pacientes de alto riesgo de NIC puede tener efecto protector sobre la aparición de FRA.

	Grupo Control (n 17)	Grupo Intervención (n 17)	p
Edad (años)	71.8 ± 9.99	71.06 ± 7.46	0.46
Sexo (varones) % (n)	70.6% (12)	52% (9)	
Diabéticos % (n)	76.5% (13)	94.1% (16)	0.34
Hipertensos % (n)	47.1% (8)	29.4% (5)	0.29
Dislipemia % (n)	82.4% (14)	76.5% (13)	1
Enfermos renales crónicos % (n)	58.8% (10)	23.5% (4)	0.08
IMC > 25 % (n)	100%	100%	1
Cr basal (mg/dl)	1.01 ± 0.42	0.97 ± 0.34	0.12
FG basal (ml/min)	73.94 ± 22.87	72.84 ± 18.28	0.87
Volumen de contraste (ml)	93.29 ± 14.12	94.76 ± 15.53	0.14
Realización de revascularización*	52.9% (9)	41.2% (7)	0.39
Triglicéridos (mg/dl)	217.65 ± 107.22	226.53 ± 134.06	0.83
Colesterol total (mg/dl)	157 ± 51.8	154 ± 72.7	0.73
Hemoglobina glicosilada (%)	6.1 ± 0.8	6.66 ± 0.98	0.8
Score Mehran promedio	7.41 ± 1.93	6.71 ± 1.86	0.25
Factores de riesgo según Mehran			
Hematocrito bajo**	58.0% (10)	58.8% (10)	1
Edad > 75 años	52.9% (9)	41.2% (7)	0.49
Cr basal ≥ 1.5 mg/dl	11.8% (2)	5.9% (1)	1
FG < 60ml/min	29.4% (5)	23.5% (4)	1

* Entendemos como realización de revascularización aquellos pacientes sobre los que se actuó de manera terapéutica en el cateterismo cardiaco. **Si Varón Hto < 39%, si Mujer Hto < 36%

Póster 23 Figura

24. ¿ES EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREDICTOR DE MORTALIDAD EN COVID-19 INDEPENDIENTEMENTE DE LOS FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR?

Lorena Martín Polo, Juan Caro Codon, Juan Ramón Rey Blas, Marcel Martínez Cossiani, Carlos Merino Argos, Irene Marco Clement, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Borja Rivero Santana, Andrea Severo Sánchez, Víctor Manuel Juárez Olmos, Sergio Castrejón Castrejón, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Sandra Ofelia Rosillo Rodríguez, José Luis López Sendón y José Luis Merino Lloréns

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La actual pandemia por COVID-19 ha llevado a una crisis de salud sin precedentes en la que es crucial identificar qué personas tienen mayor susceptibilidad de desarrollar una infección grave por COVID-19 que lleve, consecuentemente, a la muerte. Hasta el momento, se han identificado varios factores de riesgo como son la edad, la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, comunes en pacientes con alta comorbilidad cardiovascular. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de obesidad en pacientes fallecidos por COVID-19 y analizar si este factor de riesgo actúa como factor independiente de muerte.

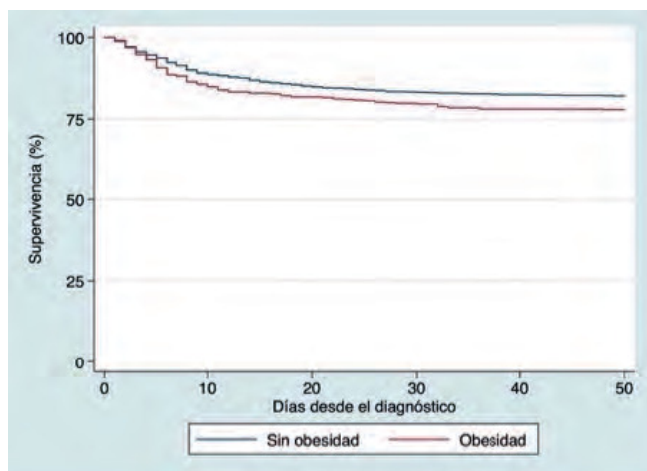
Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, de una cohorte de pacientes consecutivos con diagnóstico hospitalario de COVID-19 confirmado mediante PCR de SARS-CoV-2 positiva realizada entre el 1 de marzo y el 20 de abril de 2020. Para la recogida de datos se realizó una búsqueda exhaustiva, no solo en el sistema de historia clínica electrónica del hospital, sino también en el sistema central de información sanitaria que incluye los datos clínicos de todos los hospitales y centros de salud públicos de la región (Horus).

Resultados: Durante el periodo de estudio, se consiguió calcular el índice de masa corporal (IMC) en un total de 1571 pa-

cientes, de los cuales 316 fallecieron (20.1%). Treinta y tres (2.1%) pacientes tenían bajo peso (IMC < 18.5 kg/m²), 639 (40.7%) sobrepeso (IMC ≥ 25 y < 30 kg/m²) y 521 (33.2%) obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²). Utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox se observó una menor supervivencia en pacientes obesos a lo largo del seguimiento. Tras ajustar por posibles factores de confusión, se comprobó que la obesidad (HR 1.53, IC95% 1.10-2.14) resultó ser un factor predictor independiente para la mortalidad en estos pacientes, no siendo así en aquellos con bajo peso y sobrepeso.

Conclusiones: Los pacientes obesos que se infectan por el SARS-CoV-2 tienen mayor riesgo de muerte independientemente del resto de factores de riesgo cardiovasculares y comorbilidad cardiovascular. El sobrepeso y el peso bajo no parecen ser, sin embargo, predictores de muerte en estos pacientes.

Factores predictores de mortalidad	Hazard ratio	P	IC95%
IMC			
Bajo peso	0.70	0.629	0.17-2.91
Sobrepeso	1.16	0.374	0.84-1.61
Obesidad	1.53	0.012	1.10-2.14
Edad	1.08	<0.001	1.07-1.10
Sexo	1.99	<0.001	1.53-2.57
Hipertensión arterial	1.00	0.995	0.76-1.32
Diabetes mellitus	1.00	0.982	0.77-1.30
Dislipemia	1.32	0.034	1.02-1.71
Tabaco	0.86	0.435	0.59-1.25
Cardiopatía isquémica	0.75	0.200	0.49-1.16
IC o FEVI ≤ 40%	0.97	0.888	0.65-1.45
Ictus/AIT	1.14	0.468	0.80-1.61
Insuficiencia renal	1.07	0.715	0.75-1.51
Arteriopatía periférica	1.41	0.104	0.93-2.14
AIT: accidente isquémico transitorio; FEVI: fracción de eyección ventricular izquierda; IC: insuficiencia cardíaca.			



25. ESTIMULACIÓN BICAMERAL VS. UNICAMERAL EN PACIENTES ≥ 80 AÑOS

Alexander Marschall, Hugo del Castillo Carnevalli, David Martí Sánchez, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevalli y Salvador Álvarez Antón

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: No existen estudios que comparen la tasa de complicaciones y la mortalidad de marcapasos bicamerales (MP-BC) con marcapasos unicamerales (MP-MC), dirigidos a pacientes ≥ 80 años. Nuestro objetivo fue comparar la tasa de complicaciones y la mortalidad de implante de MP-BC y MP-MC en pacientes ancianos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, que incluía pacientes ≥ 80 años que fueron sometidos a implante de marcapasos entre enero de 2017 y junio de 2018 en un único centro. Se compararon las tasas de complicaciones relacionadas con el dispositivo y la mortalidad entre los diferentes modos de estimulación.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes, de los cuales 126 (74%) recibieron un MP-BC. La edad media de los pacientes con MP-BC fue de 85.6 (± 3.9) años, comparado con 86.3 (± 4.6) años en pa-

cientes con MP-MC ($p=0.36$). El 18% ($n=31$) de los pacientes tenía ≥ 90 años. La tasa de complicaciones relacionadas con el dispositivo fue del 8.8% en pacientes con MP-DC, comparado con un 4.7% en pacientes con MP-MC ($p=0.52$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos modos de estimulación respecto a la tasa de mortalidad (MP-BC: 12.8% vs. MP-MC: 18.6%, $p=0.45$). Generando modelos de regresión logística multivariantes de Cox, el modo de estimulación bicameral no fue un predictor de complicación, ni de mortalidad (HR: 0.59; IC95%: 0.13-2.7 y HR: 0.56; IC95%: 0.2-1.4, respectivamente).

Conclusiones: En pacientes ancianos, la estimulación bicameral parece ser una opción segura, ya que el modo de estimulación parece no influir en la tasa de complicaciones relacionadas con el dispositivo, ni en la mortalidad.

26. MARCAPASOS SIN CABLE COMPARADO CON MARCAPASOS UNICAMERAL CONVENCIONAL EN PACIENTES ≥ 75 AÑOS Y ≥ 85 AÑOS

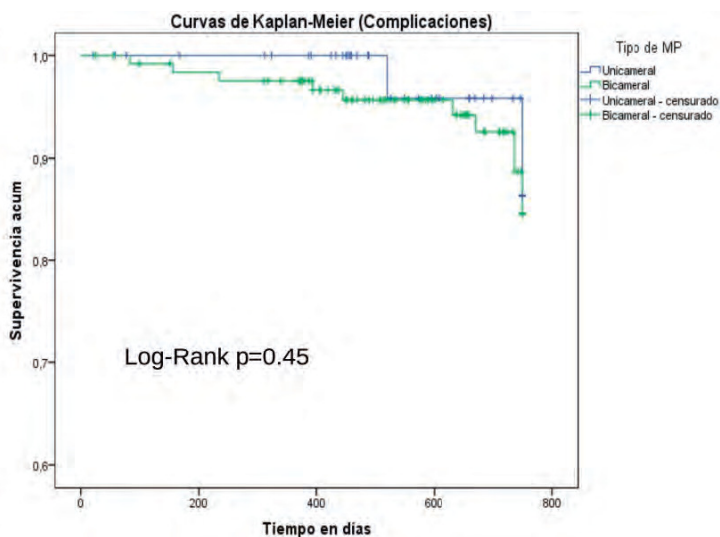
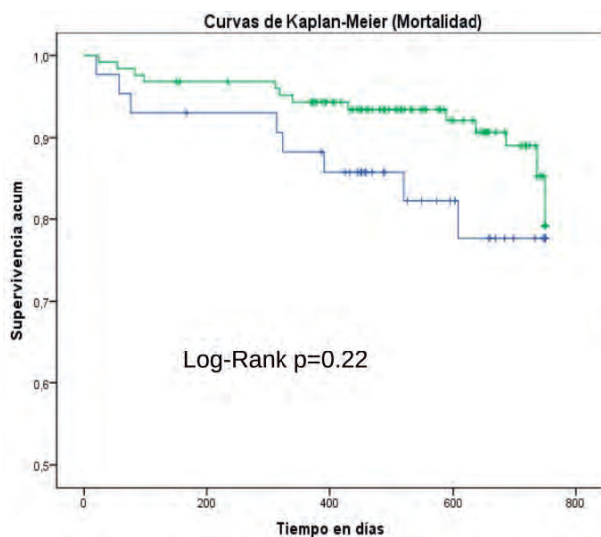
Alexander Marschall, Hugo del Castillo Carnevalli, David Martí Sánchez, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevalli y Salvador Álvarez Antón

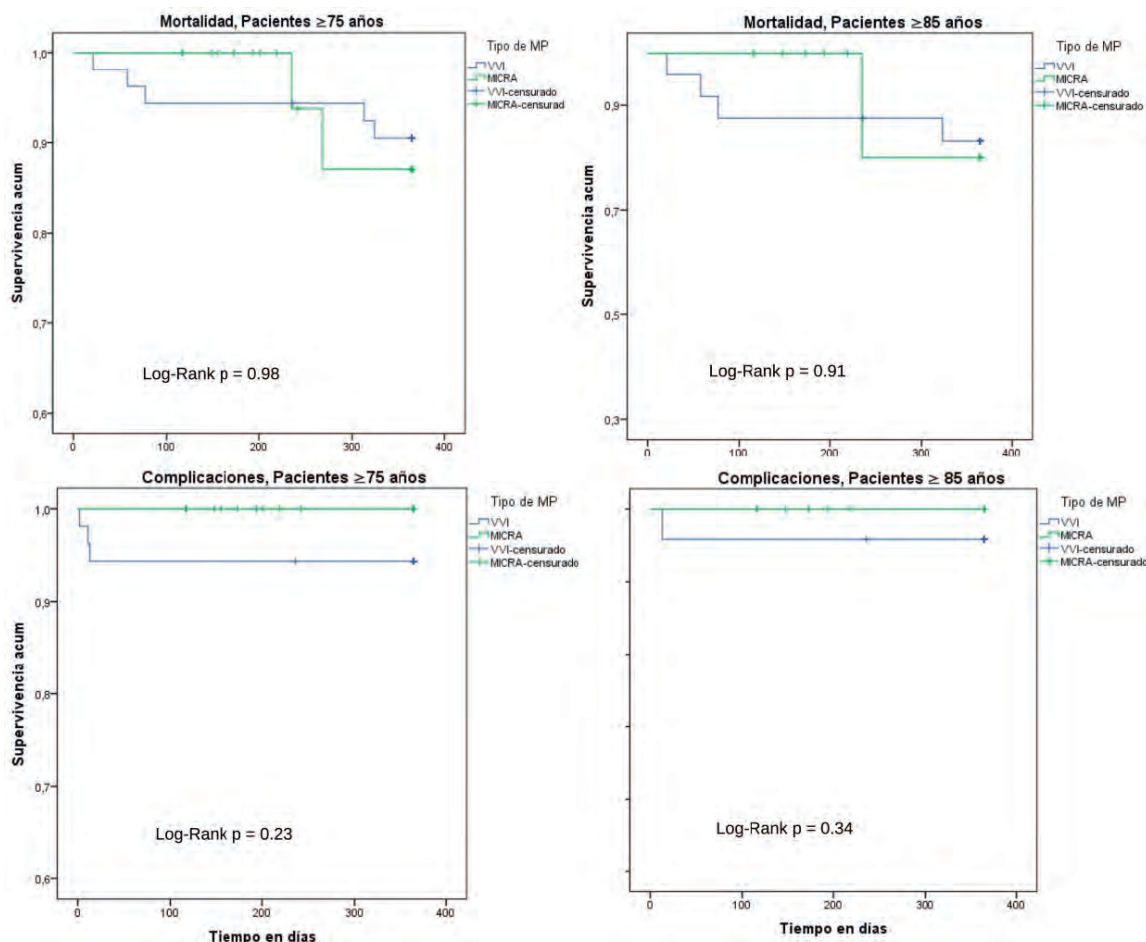
Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El uso de marcapasos (MP) sin cable en la población anciana esta poco estudiado. Nuestro objetivo fue determinar la seguridad y factibilidad de los marcapasos sin cable en pacientes ancianos y muy ancianos.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a implante de marcapasos sin cable MICRA. Se incluyeron pacientes consecutivos ancianos (≥ 75 años) y muy ancianos (≥ 85 años) sometidos a implante de MICRA entre junio de 2016 y enero de 2020.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes ancianos (25 MICRA, 53 unicamerales convencionales) con una edad media de 82.4 y 83.8 años, respectivamente ($p=0.82$). Treinta y cinco pacientes (11 MICRA, 24 unicamerales convencionales) tuvieron una edad ≥ 85 años. No se encontraron diferencias con respecto a la amplitud de onda R, umbral de estimulación e impedancia. No hubo cambios significativos de dichos parámetros a lo largo del seguimiento (11.2 ± 1.3 meses). No se encontraron dife-





Póster 26 Figura

rencias al comparar la tasa de complicaciones a los 12 meses de pacientes ancianos y muy ancianos que recibieron un MICRA con los que recibieron un MP convencional (0% vs. 5.7%, $p=0.35$; 0% vs. 4.2%, $p=0.41$, respectivamente). De la misma manera, no se encontraron diferencias con respecto a mortalidad por todas las causas (12% vs. 13%, $p=0.92$; 9% vs. 25%, $p=0.18$). Comparando curvas de supervivencia, no se evidenciaron diferencias con respecto a complicaciones a los 12 meses y mortalidad por todas las causas (figura 1).

Conclusiones: La implantación de marcapasos sin cable presenta una alternativa factible y segura a marcapasos unicamerales convencionales en el subgrupo de pacientes ancianos y muy ancianos.

27. EL VALOR PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL LEVE A MODERADA COMO PREDICTOR DE DETERIORO CLÍNICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y NYHA I

Alexander Marschall, Ana Lorente Rubio, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevali, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

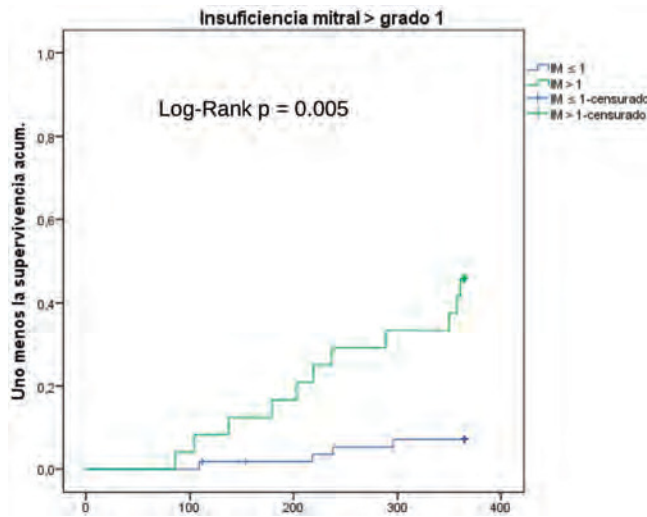
Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) se caracteriza por una fase inicial de progresión subclínica que

motiva una falsa imagen de estabilidad clínica. Nuestro objetivo fue identificar predictores ecocardiográficos de empeoramiento clínico que permiten identificar pacientes que se pudiesen beneficiar de una intensificación de su tratamiento.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos evaluados en consulta de IC entre enero de 2017 y diciembre de 2017. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico previo de IC y FEVI reducida, clase funcional NYHA I, sin ingresos por IC durante los 6 meses previos y ausencia de valvulopatía severa. El evento principal fue la progresión clínica de IC a 12 meses, definida como el combinado de muerte por IC, visita a urgencias u hospitalización por IC, o intensificación de tratamiento diurético.

Resultados: De 446 pacientes con FEVI < 50%, 82 pacientes cumplieron criterios de selección. La edad media fue de 74 ± 10 años y el 78% fueron varones. La incidencia de progresión clínica fue del 19%, con una mediana de 7 meses. Los principales hallazgos de función ventricular fueron FEVI promedio $41 \pm 7\%$, diámetro diastólico de VI 54 ± 8 mm y relación E/e' 11 ± 6 . El 30% de los pacientes presentó insuficiencia mitral de grado > 1, y esta demostró ser un potente predictor de progresión clínica (44,0% frente a 7,2%, HR 7,5, $p=0,001$; figura).

Conclusiones: En una serie de pacientes con parámetros clínicos y ecocardiográficos de «aparente estabilidad», los grados leves a moderados de insuficiencia mitral mostraron ser un potente predictor de progresión clínica de la IC a medio plazo.



28. EL ELECTROCARDIOGRAMA COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y CLASE FUNCIONAL NYHA I

Alexander Marschall, Ana Lorente Rubio, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevalli, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La valoración del estadio clínico supone un reto en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca (IC). Nuestro objetivo fue investigar la utilidad del electrocardiograma para la predicción de empeoramiento clínico.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes consecutivos evaluados en consulta de IC entre enero de 2017 y diciembre de 2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de IC y FEVI reducida, que se encontrasen en NYHA I y sin ingresos por IC durante los 6 meses previos. El evento

principal fue la progresión clínica de IC a 12 meses, definida como el combinado de muerte por IC, visita a urgencias u hospitalización por IC, o intensificación de tratamiento diurético. **Resultados:** De 446 pacientes con FEVI < 50%, 82 pacientes cumplieron los criterios de selección; la edad media fue 74 ± 10 años y el 78% eran varones. La incidencia acumulada de empeoramiento clínico durante los 12 meses siguientes fue del 19%. La mediana hasta el evento fue 7 meses, y en la mitad de los casos se produjo en forma de hospitalización o muerte del paciente. En el análisis de regresión de Cox, la presencia de un QRS ≥ 120 ms y un Producto de Cornell (PC) ≥ 1800 fueron predictores de la progresión clínica de la IC (HR: 4,2, $p=0,01$ y HR: 6,4, $p=0,001$).

Conclusiones: El deterioro clínico es común en pacientes ambulatorios con situación de hipotética estabilidad sintomática. El electrocardiograma es una exploración barata y universalmente disponible que permite seleccionar pacientes subsidiarios de un manejo y seguimiento más intensivo.

29. ÍNDICE DE CHARLSON VS. EDAD COMO PREDICTOR DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS

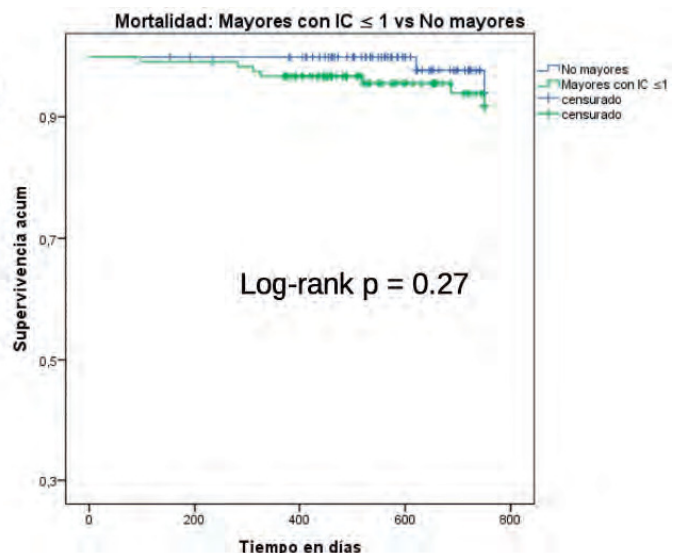
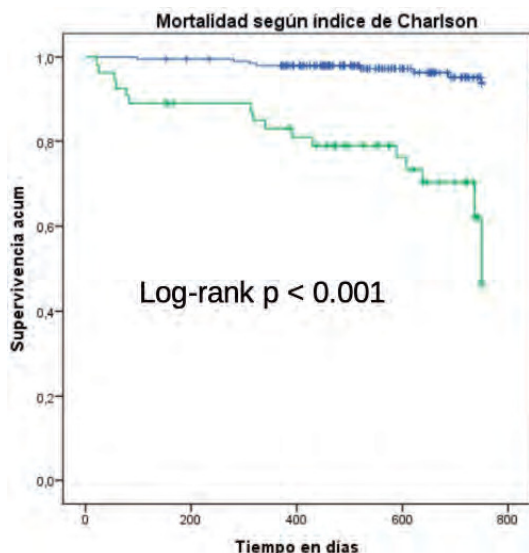
Alexander Marschall, Hugo del Castillo Carnevalli, Freddy Andrés Delgado Calva, Carmen Dejuan Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Concepción Fernández Pascual, Hugo del Castillo Carnevalli, Salvador Álvarez Antón y David Martí Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Tradicionalmente, se ha atribuido a la edad una mayor estancia hospitalaria (EEH) y coste sanitario. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de comorbilidades, comparado con la edad, sobre la EEH y mortalidad en pacientes sometidos a implante de marcapasos.

Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a implante de marcapasos en nuestro centro entre enero de 2017 y junio de 2018. El exceso de estancia hospitalaria fue definido como >3 días.

Resultados: Se incluyeron 257 pacientes, con una edad media de $81.4 (\pm 7.9)$ años. El tiempo medio de seguimiento fue de 20



(15-25) meses. El 78% de los pacientes recibió un marcapasos bicameral. La estancia hospitalaria mediana fue de 3 (RIQ 3-5) días. En los modelos de regresión logística binario multivariantes, la presencia de un índice de Charlson (CCI) > 1 fue un predictor significativo para el exceso de EEH (HR: 4.68, 2.3-9.4, $p < 0.001$). La edad y el tipo de marcapasos no lo predijeron. En los modelos de regresión de Cox, el CCI y la edad fueron predictores significativos de mortalidad. Sin embargo, la asociación fue más significativa y evidente para el CCI (HR: 7.3, 3.1-17.3, $p < 0.001$ vs. HR: 1.15, 1.1-1.2, $p = 0.009$, respectivamente). No hubo diferencias con respecto a la EEH y la mortalidad entre pacientes ancianos con un $\text{CCI} \leq 1$ y pacientes no ancianos ($p = 0.75$ y $p = 0.32$, respectivamente).

Conclusiones: El CCI es un predictor significativo de exceso de la EEH, al contrario que la edad. Además, la supervivencia en pacientes ancianos con poca comorbilidad ($\text{CCI} \leq 1$) fue similar a la de pacientes más jóvenes.

30. IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA COMPARTIMENTAL: ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DE CONGESTIÓN PULMONAR?

Alexander Marschall¹, Jose Carlos de la Flor Merino², Hugo del Castillo Carnevali¹, David Martí Sánchez¹, Freddy Andrés Delgado Calva¹, Carmen Dejuan Bitriá¹, Belén Biscotti Rodil¹, Juan Duarte Torres¹, Concepción Fernández Pascual¹, Hugo del Castillo Carnevali¹ y Salvador Álvarez Antón¹

¹Departamento de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ²Departamento de Nefrología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La impedancia bioeléctrica (BIA) es de utilidad para la estimación del agua corporal total (ACT), del agua intracelular (AIC) y del agua extracelular (AEC). Sin embargo, su uso para distinguir entre compartimientos corporales no está estudiado. Nuestro objetivo fue valorar la factibilidad de la BIA compartimental para la valoración de hidratación a nivel pulmonar.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes sometidos a hemodiálisis sin hospitalizaciones en los 3 meses previos al estudio. Se realizaron mediciones de líneas B en ecografía pulmonar (BLS) y la BIA antes y después de la sesión de hemodiálisis. Posteriormente, se compararon los cambios de las mediciones de la BLS con los cambios obtenidos por BIA.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes en HDC (210 minutos por sesión, 3 veces a la semana). La mediana de la pérdida de peso intradiálisis fue de 2.0 kg (1.7-2.8). Las tasas de reducción porcentual del ACT y del AEC de la BIA mostraron una correlación estadísticamente significativa con los cambios de la BLS (coeficiente de Pearson: 0.49, $p = 0.047$ y CP: 0.54, $p = 0.036$, respectivamente). No encontramos una correlación significativa entre las líneas B en la ecografía pulmonar y el agua corporal en los compartimientos del tronco (AC tronco) ni en AEC/AC tronco (CP: 0.31, $p = 0.261$ y CP: 0.17, $p = 0.529$, respectivamente).

Conclusiones: La BIA compartimental no parece reflejar de forma adecuada los cambios de hidratación a nivel pulmonar. Por esto, no parece una herramienta adecuada para la valoración clínica de la congestión pulmonar y cambios en la misma.

31. IMPACTO DE LA EDAD EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR. RESULTADOS A QUINCE MESES

Rocío Abad Romero, Juan Gorritz Magaña, Renée Olsen Rodríguez, María Jesús Espinosa Pascual, Cristina Perela Álvarez, Daniel Nieto Ibáñez, Jesús Ángel Perea Egidio, Alfonso Fraile Sanz y Joaquín Jesús Alonso Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La historia natural de la insuficiencia cardíaca (IC) se caracteriza por ingresos hospitalarios (IH) recurrentes. El objetivo de este estudio es conocer el efecto de

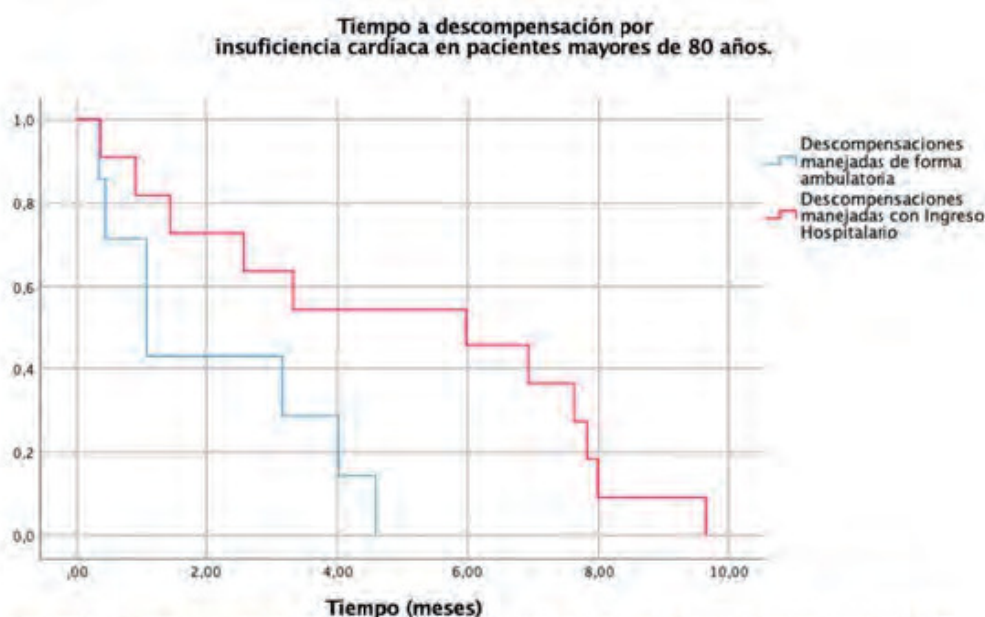


Gráfico 1. Tiempo a descompensación por insuficiencia cardíaca en pacientes mayores de 80 años.

la edad sobre los IH por IC evitables en una unidad de IC multidisciplinar.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en un centro con área de 220 000 habitantes. Se evaluaron todas las descompensaciones de IC consecutivas desde febrero de 2019 a mayo de 2020 de los pacientes (pts.) con seguimiento en la unidad de IC. La variable desenlace fue el tiempo hasta descompensación por IC, tanto si requirió IH como si se controló con manejo ambulatorio (DA).

Resultados: Se registraron 189 descompensaciones. En los pts. ≥ 80 años (29,6%) se observó que la mediana a un DA fue de 1,1 meses y a un IH de 6,0 meses ($p=0,029$) (gráfico 1). Por el contrario, en los pts. < 80 años (70,4%) no hubo diferencias en el tiempo a DA e IH (2,6 y 1,7 meses; $p=0,155$), siendo el tiempo a IH menor que en los ≥ 80 años ($p=0,003$). Los pts. < 80 años presentaban más frecuentemente IC con fracción de eyección reducida (ICFER) (65,4 vs. 37,0%; $p<0,001$), disfunción del ventrículo derecho (40,9 vs. 25,5%; $p=0,045$), fibrilación auricular (65,4 vs. 37,0%; $p<0,001$) y mayor media de relación E/A (2,7 vs. 1,9; $p=0,012$).

Conclusiones: Este estudio sugiere que los pacientes mayores de 80 años tienen un perfil cardiovascular más favorable, a pesar de lo cual se benefician más de los programas de intervención precoz para prevenir ingresos hospitalarios y el deterioro funcional que suponen.

32. FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL USO DE DOBLE O TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA

Raquel Ramos Martínez, Laura Expósito Calamardo, Sofía Calero Núñez, Juan José Portero Portaz, Alicia Prieto Lobato, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Miguel José Corbí Pascual y Jesús María Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción y objetivos: El manejo antitrombótico en pacientes (p) que requieren anticoagulación y antiagregación sigue generando debate. Nuestro objetivo fue dilucidar qué factores clínicos influyen en la elección de doble o triple terapia y comparar sus resultados.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente 112 p (74.79 $\pm$ 8.97 años; 21.4% mujeres) divididos en dos grupos: doble terapia (DT) [anticoagulante directo (ACOD) + clopidogrel] vs. triple terapia (TT) (ACOD + doble antiagregación). Se compararon las características clínicas y los resultados de eficacia [mediante un compuesto de muerte cardiovascular, infarto, ictus u hospitalización (MACE)] y de seguridad mediante hemorragia mayor (BARC $\geq$ 3).

Resultados: Hubo 43 p (38,4%) en el grupo de DT y 69 p (61,6%) en el de TT. Los de DT tuvieron más insuficiencia renal (IR) (ClCr $<$ 30: 58.1% vs. 29%, $p=0.002$), mayor riesgo hemorrágico (HAS BLED $\geq$ 3: 90,7% vs. 59.4%, $p=0,001$) y un índice de comorbilidad de Charlson mayor (6,2 vs. 5.2; $p=0,036$). Los de TT recibieron más frecuentemente dosis reducida de ACOD (59.7% vs. 37.2%, $p=0.021$). La duración media de TT fue 2,7 $\pm$ 2,7 meses, el 58% recibió TT 1 mes, la máxima duración fue 12 meses. Tras un seguimiento de 23.3 $\pm$ 13.86 meses, 11 p (9.8%) fallecieron por cualquier causa, 8 p (7,2%) de causa cardiovascular. El 22.3% (25 p) presentó un MACE y un 6.3% (7 p), un sangrado mayor. No hubo diferencias entre los grupos. Las curvas de Kaplan Meier muestran mayor supervivencia libre de MACE del grupo de TT ($p=0,015$), pero a partir del primer año cuando ya no reciben TT, por lo que esta diferencia se atribuyó a la mayor comorbilidad del grupo de DT.

Conclusiones: El uso de DT se prefiere en pacientes con riesgo hemorrágico elevado, IR y otras comorbilidades. La TT se usa durante periodos cortos y fue frecuente su uso con dosis reducida de ACOD a pesar de las recomendaciones de las guías clínicas. No hubo diferencias en los resultados entre DT y TT.

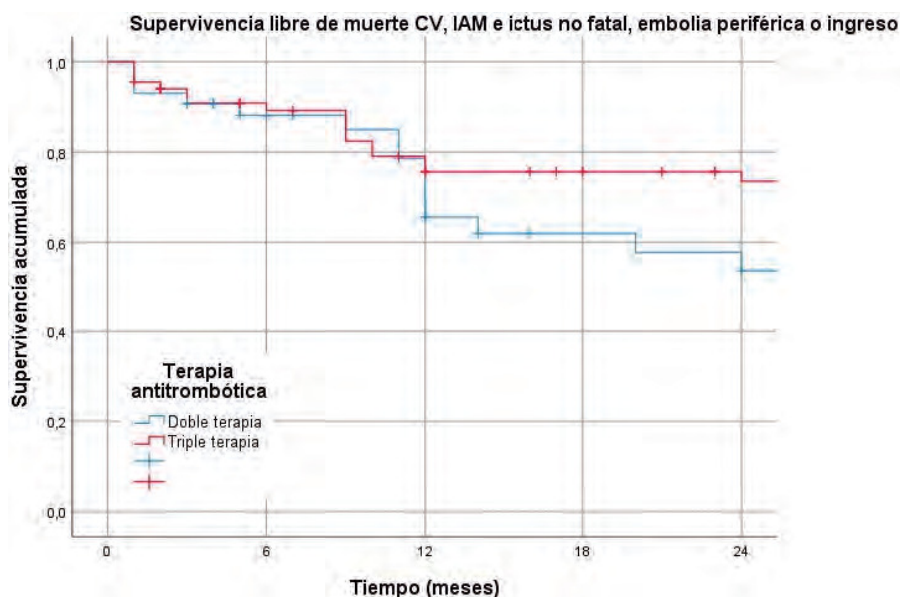
33. DIFERENCIAS EN SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES > 75 AÑOS

Raquel Ramos Martínez, Laura Expósito Calamardo, Sofía Calero Núñez, Juan José Portero Portaz, Marta Cubells Pastor, Sara Díaz Lancha, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Miguel José Corbí Pascual y Jesús María Jiménez Mazuecos

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Póster 32 – Tabla 1

		Doble terapia n = 43 (38.4%)	Triple terapia n = 69 (61.6%)	p	Total (n = 112)
CARACTERÍSTICAS BASALES (N = 112)	Mujeres	6 (14%)	18 (26.1%)	0.128	24 (21.4%)
	DM2	19 (44.2%)	29 (42.6%)	0.873	48 (43.2%)
	HTA	37 (86%)	63 (91.3%)	0.382	100 (89.3%)
	ClCr medio (<60)	13 (30.2%)	20 (29%)	0.888	33 (29%)
	ClCr <30	25 (58.1%)	20 (29%)	0.002	45
	KATZ >B	4 (9.3%)	5 (7.5%)	0.731	9 (8.2%)
	Arteriopatía periférica	10	10	0.239	20
	HASBLED $\geq$ 3	39 (90.7%)	41 (59.4%)	0.000	80
	CHA ₂ DS ₂ VASc $\geq$ 3	31 (72.1%)	43 (62.3%)	0.288	74
	Angiagregación por SCA	37 (86%)	54 (79.4%)	0.376	91 (82%)
RESULTADOS	Dosis reducida	16 (37.2%)	40 (59.7%)	0.021	56 (50.9%)
	MACE	12 (27.9%)	13 (18.8%)	0.262	25 (22.3%)
	Hemorragia mayor	4 (9.3%)	3 (4.3%)	0.425	7 (6.3%)
	Muerte total	4 (9.3%)	7 (10.1%)	1	11 (9.8%)
	Muerte CV	2 (4.7%)	6 (8.8%)	0.481	8 (7.2%)



Póster 32 Figura

Introducción y objetivos: El manejo antitrombótico en pacientes (p) que requieren anticoagulación y antiagregación supone un desafío especialmente en ancianos dado su mayor riesgo tromboembólico y hemorrágico. Nuestro objetivo fue comparar la estrategia terapéutica y los resultados entre dos grupos de edad. **Métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 112 p (74.79 ± 8.97 años; 21.4% mujeres) divididos en dos grupos: ≤ 75 años (52 p) y >75 años (60 p); analizamos las características clínicas

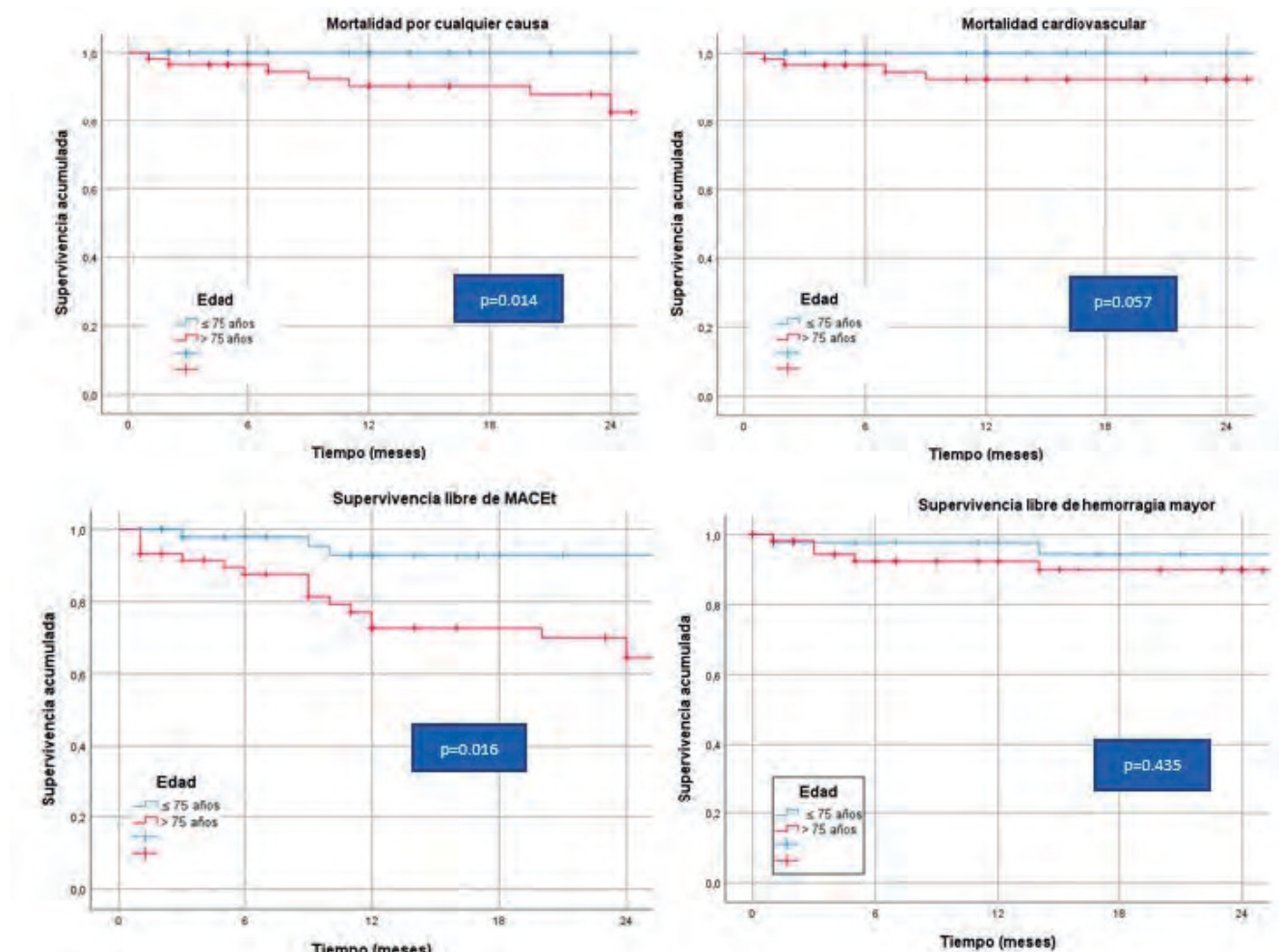
y los resultados de eficacia [mediante un compuesto de muerte cardiovascular, infarto, ictus u hospitalización (MACE)] y de seguridad mediante hemorragia mayor (BARC ≥ 3).

Resultados: Los ≤ 75 años fueron más diabéticos (64.7% vs. 25%, $p=0.001$) y fumadores (19.2% vs. 6.7%, $p=0.045$). En el grupo de >75 años hubo más mujeres (31,5% vs. 9,6%; $p=0,005$), antecedentes de ICTUS/AIT (23.3% vs. 7.7%, $p=0.025$), mayor dependencia (KATZ $> B$) (13.6% vs. 2%, $p=0.036$), comorbilidad (índice de Charl-

Póster 33 – Tabla

		≤ 75 años n = 52	>75 años n = 60	p
CARACTERÍSTICAS BASALES	Edad	$67 \pm 6,3$	$81,5 \pm 4,2$	0,001
	Mujeres	5 (9,6%)	19 (31,7%)	0,005
	DM2	33 (64.7%)	15 (25%)	0.000
	HTA	45 (86.5%)	55 (91.7%)	0.382
	Tabaquismo	10 (19.2%)	4 (6.7%)	0.045
	ClCr	15 (28.8%)	18 (30%)	0.894
	HASBLED	$3 \pm 1,3$	$3,1 \pm 0,9$	0.59
	CHA ₂ DS ₂ VASc	$3,2 \pm 1,2$	$4,2 \pm 1,4$	0,001
	I. Charlson	$4,9 \pm 2,6$	$6,1 \pm 2,3$	0,016
	KATZ > B	1 (2%)	8 (13.6%)	0.036
	ICTUS/AIT previo	4 (7.7%)	14 (23.3%)	0.025
	Triple terapia	32 (61.5%)	37 (61.7%)	0.984
	Dosis reducida	25 (50%)	31 (51.7%)	0.862
	ACOD			
	Rivaroxaban	12 (24%)	10 (16,7%)	0,32
	Apixaban	23 (46%)	26 (43,3%)	
RESULTADOS	Dabigatran	15 (30%)	21 (35%)	
	Edoxaban	0	3 (5%)	
	Enfermedad multivaso	22 (42.3%)	30 (51.7%)	0.323
	Revas completa	39 (75%)	36 (61%)	0.116
	BMS	0 (0%)	17 (30.9%)	0.001
	MACE	6 (11.5%)	19 (31.7%)	0.011
	Hemorragia mayor	2 (3.8%)	5 (8.3%)	0.447
	Muerte total	1 (1.9%)	10 (16.7%)	0.009
	Muerte CV	1 (2%)	7 (11.7%)	0.06

MACEt; combinado de mortalidad cardiovascular (CV), IAM no fatal o ictus.



Póster 33 Figura

son: 6.1 ± 2.3 vs. 4.9 ± 2.6 ; $p=0.016$) y riesgo trombótico (CHA2DS2VASc: 4.2 ± 1.4 vs. 3.2 ± 1.2 ; $p=0.001$). No hubo diferencias en el riesgo hemorrágico (HASBLED 3.1 ± 0.9 vs. 3 ± 1.3 ; $p=0.59$) ni uso de DT vs. TT ($p=0.9$), ACOD empleado ni en la dosis empleada ($p=0.862$). Tras un seguimiento de 23.3 ± 13.86 meses, hubo más mortalidad global [16.7% (10) vs. 1.9% (1), $p=0.009$] y MACE [31.7% (19) vs. 11.5% (6), $p=0.011$] en >75 años. En la mortalidad cardiovascular se observa una tendencia a ser mayor en el grupo de >75 años sin ser significativa ($p=0.06$). Tampoco hubo diferencias en eventos hemorrágicos [8.3% (5) vs. 3.8% (2), $p=0.44$].

Conclusiones: Los pacientes ancianos tienen una mayor morbilidad, no observamos diferencias en el uso de DT vs. TT ni en cuanto a duración ni tampoco en el ACOD empleado ni su dosis. Los >75 años tuvieron más eventos isquémicos, pero la terapia fue igualmente segura por no haber diferencias en las hemorragias mayores.

34. DETECCIÓN REMOTA PRECOZ DE DESCOMPENSACIONES DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) EN PORTADORES DE DAI – TRC; CAUSAS Y DESENCADENANTES

Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, Marta Pachón Iglesias, Cristina Martín Sierra, Gerard Loughlin Ramírez, Alberto Puchol Calderón y Miguel Ángel Arias Palomares

Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Introducción y objetivos: Mediante el algoritmo HeartLogic® de los dispositivos implantables más novedosos se combinan 5 sensores integrados y crea un índice validado conjunto con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 85,7% (estudio multiSENSE) para detección de descompensación de IC.

Métodos: Incluimos 24 pacientes durante 17 meses. Mediante los 5 sensores integrados junto a parámetros adquiridos en domicilio por el paciente (peso y tensión arterial [TA]) se formula el índice HeartLogic®. Cuando su valor supera el umbral, emite una alerta que condiciona una llamada telefónica para identificar si el paciente sufre una descompensación de su IC y cuál es la presunta causa.

Resultados: El índice HeartLogic® avisó de 32 alertas en 16 pacientes (1,3 alertas/paciente y 0,94 alertas/paciente/año), manteniéndose 1/3 de los pacientes sin datos de descompensación. En un 65% existían indicios clínicos para la alteración del índice de HeartLogic® (alarmas justificadas): un tercio (31%) presentó descompensación de IC, siendo la infección del tracto respiratorio, anemia y la transgresión dietética los desencadenantes más frecuentes. Un 19% precisó ingreso. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con alertas y sin alertas en cuanto a sexo, etiología isquémica ($p=0.56$), FEVI ($p=0.35$), clase funcional ($p=0.66$), déficit funcional de hierro ($p=0.27$) o implante de dispositivo en prevención 1.ª o 2.ª ($p=0.25$). El aumento de S3 seguido del cambio en impedancia torácica

fueron los parámetros más sensibles para la detección de descompensación, ambos más precoces que modificaciones en peso y TA.

Número de pacientes	24 pacientes
Seguimiento promedio desde el implante del total de pacientes	20,2 meses
Tiempo promedio del implante a la 1ª alerta	9,6 meses
Edad	70,1 ± 7,6 años
Varones	71%
FEVI	
< 35%	67%
35-50%	29%
>50%	4%
Prevención 1ª de muerte súbita	87,5%
Etiología miocardiopatía	
Isquémica	40%
Idiopática	21%
Valvular	12,5%
Clase funcional	
NYHA I	38%
NYHA II	33%
NYHA III-IV	29%
NT-proBNP promedio	950 ± 565 pg/ml
Filtrado glomerular (CKD-EPI)	54,6 ± 22,4 (ml/min/1.73m2)

Conclusiones: El índice de HeartLogic® podría predecir qué pacientes van a presentar una descompensación de IC antes de presentar síntomas y así beneficiarse de una intervención médica precoz que evitara el ingreso hospitalario.

35. DIFERENCIAS EN EL MANEJO AL INGRESO Y AL ALTA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

Paula Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, Eva García Camacho, Andrea Martínez Cámara, Alejandro Cebollada, Helena Contreras, Carlos de Cabo, Álvaro Serrano, Alejandro Gadella, Cristina Morante, Esther Gigante, Alejandro Cabello y Luis Rodríguez Padial

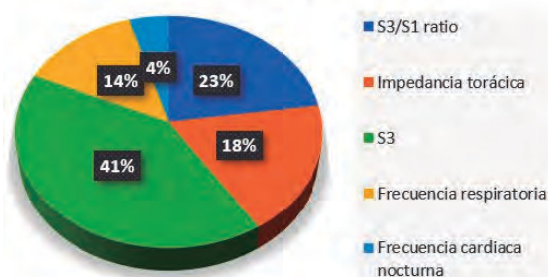
Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España.

Introducción y objetivos: Podría existir relación entre sexo y edad con diferente pronóstico del síndrome coronario agudo (SCAg), como indican diferentes estudios. El objetivo es conocer el manejo en práctica clínica real en nuestro centro.

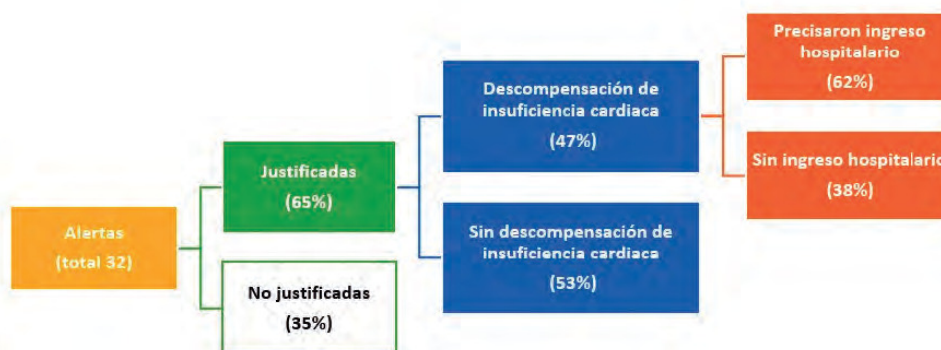
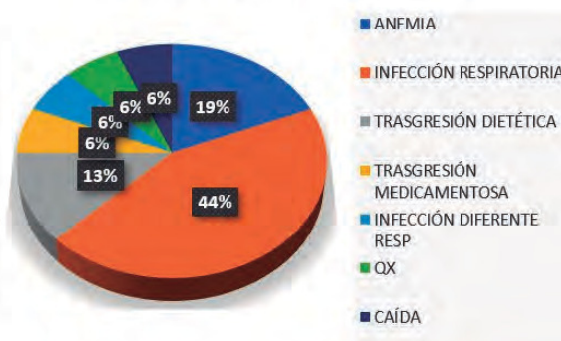
Métodos: Estudio analítico retrospectivo observacional de 101 pacientes diagnosticados de SCA en un centro, durante 3 meses.

Resultados: Reunimos 87 hombres y 14 mujeres diagnosticados de SCAg. Cincuenta y cuatro pacientes < 65 años (53,5%) y 47 (46,5%) = 65. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo y tipo de SCA; número de vasos afectados, deterioro de FEVI, incidencia de fibrilación auricular (FA), revascularización completa ni segundo antiagregante; sin embargo, hubo tendencia a pautar clopidogrel en mujeres. Al alta, a ninguna mujer se le calculó PRECISE-DAPT. No existieron diferencias significativas respecto a revascularización completa en >65 años respecto a <65. Existe mayor elección de clopidogrel en añosos en posible relación

SENSOR PREDOMINANTE DE LA ENTRADA EN ALERTA



CAUSA DE ENTRADA EN ALERTA



con mayor incidencia de FA ($p=0,007$). Se prefiere acenocumarol frente a anticoagulantes de acción directa (ACOD) ($p=0,037$). Encontramos diferencias significativas respecto a la infrautilización de betabloqueantes en mujeres y añosos ($p=0,045$) y añosos ($p=0,002$), y menor uso de IECA/ARA II ($p=0,081$) y antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) ($p=0,052$) en la mujer.

Conclusiones: Visualizamos una infrautilización de betabloqueantes en mujeres y pacientes añosos. Preferencia por clopidogrel en mujeres, así como a no proponer activamente prolongar DAPT más allá de 12 meses. En >65 años se prefiere clopidogrel frente a ticagrelor a pesar de no tener más antecedentes de sangrado. Se pauta más acenocumarol frente a ACOD en añosos con SCAg y FA.

	Hombres	Mujeres			
Nº pacientes	87	14			
Edad media (años)	62,7 ± 13	69,2 ± 11			
Tipo SCA					
SCA-CEST	41	6	47		
IAM-CEST	39	6	45		
Angina inestable	7	2	9		
Fibrilación auricular (%)	11%	14%			
Ticagrelor	58	8	<i>p 0,487</i>		
Clopidogrel	20	6	<i>p 0,115</i>		
Prasugrel	7	0			
Sangrados previos					
ACV previos					
	SI	NO	SI	NO	
Beta-bloqueantes	66	21	7	7	<i>p 0,045</i>
IECA/ARA II	73	14	9	5	<i>p 0,081</i>
ARM	19	68	0	14	<i>p 0,052</i>
PRECISE-DAPT Score					
MUY BAJO	15		0		
BAJO	29		5		
MODERADO	22		4		
ALTO	19		4		

36. MINOCA, ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

Cristina Morante Perea, Belén Santos González, Álvaro Serrano Blanco, José Moreu Burgos, Luis Rodríguez Padial y Esther Gigante Miravalles

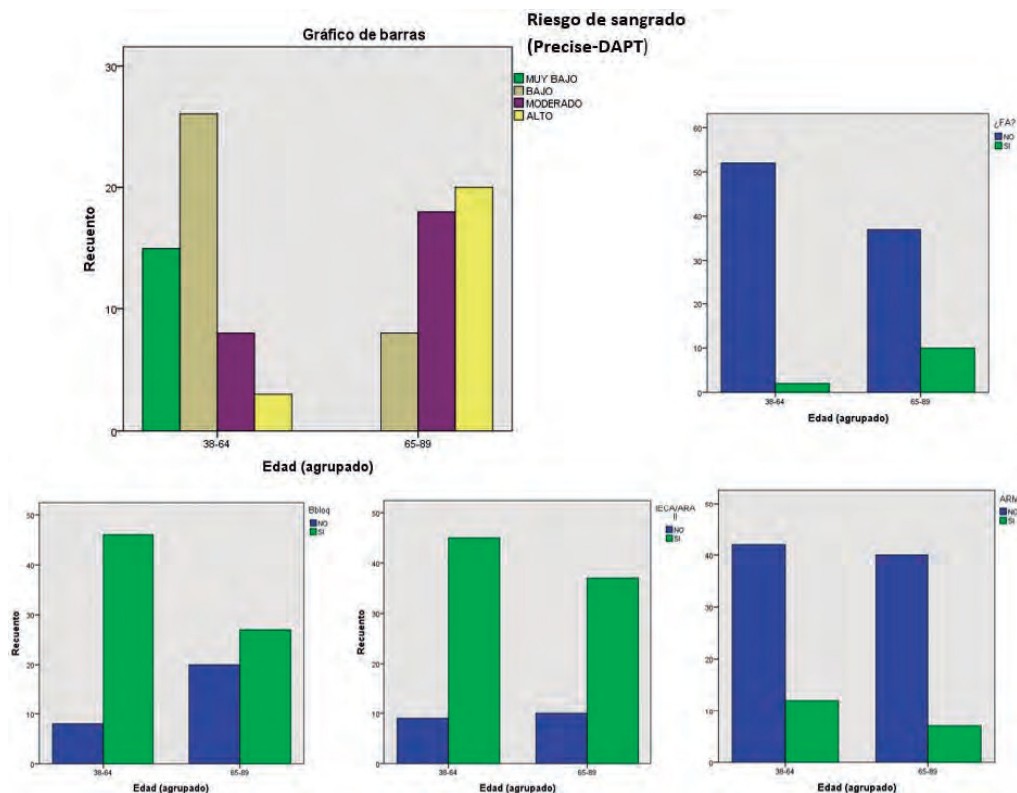
Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España.

Introducción y objetivos: El infarto sin enfermedad coronaria aterosclerótica obstructiva (MINOCA) es un conjunto de entidades con diferente sustrato fisiopatológico, en algunos casos bien definidas con tratamiento específico. Nuestro objetivo es conocer sus características clínicas, prevalencia y diagnósticos finales para facilitar su manejo.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 99 pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología entre enero de 2017 y diciembre de 2019 que cumplían criterios de MINOCA. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la elevación de troponina I fue por causas no cardíacas. La resonancia cardíaca se realizó en una Avanto Siemens 1.5T.

Resultados: De los 99 pacientes, fue excluido para el análisis un paciente con disección. De los 98 pacientes, el 52% fue diagnosticado de infarto, seguido de tako-tsubo (21%) y miocarditis (9%). La edad media de presentación en el tako-tsubo ($69,13 \pm 17,40$) fue superior al resto de entidades ($p < 0,05$). La presentación clínica más frecuente fue angina típica. La miocarditis se presentó como angina atípica en el 33,5% de los pacientes. La entidad con mayor elevación media de troponina fue la miocarditis. El 88,9% de las RMCM se realizó ante la sospecha de miocarditis aguda. En el ecocardiograma transtorácico, la FEVI promedio fue del $52,95 \pm 11,71$. La mayor parte de los pacientes no presentó ninguna lesión coronaria, siendo especialmente llamativo en el tako-tsubo (95,2%).

Conclusiones: Dentro del MINOCA, el infarto, el tako-tsubo y la miocarditis fueron las patologías más prevalentes en nuestra muestra. La miocarditis presentó una mayor elevación de troponina I y fue la principal entidad por la que se realizó RMCM.



Póster 35 Figura

Póster 36 – Análisis por diagnóstico

	Infarto (n=52)	Miocarditis aguda (n=9)	Tako-tsubo (n=21)	Sospecha de vasoespasmo (n=4)	Miocardiopatía (n=6)	Total N=98	p
Hombre	25 (48%)	7 (77,8%)	2 (9,5%)	6 (60%)	4 (66,7%)	52	0,02
Edad	67,23±13,82	54,28±17,40	69,13±13	55,35±12,59	53,35±18,67	64,39±15,08	0,04
HTA	36 (69,2%)	1 (11,1%)	16 (76,2%)	3 (30%)	3 (50%)	59 (60,2%)	0,02
Dislipemia	31 (56,9%)	4 (44,4%)	12 (57,1%)	2 (20%)	4 (66,7%)	53 (54,1%)	0,19
DM	14 (26,9%)	0	4 (19%)	0	0	18 (18,4%)	0,86
Tabaquismo	18 (40,9%)	2 (25%)	2 (11,1%)	7 (70%)	2 (40%)	31 (36,5%)	0,03
FA	14 (26,9%)	0	3 (14,3%)	3 (30%)	0	20 (20,4%)	0,18
Coronarias sin lesiones	38 (73,1%)	8 (88,9%)	20 (95,2%)	6 (60%)	6 (100%)	78 (79,6%)	
Lesión < 50%	14 (26,9%)	1 (11,1%)	1 (4,8%)	4 (40%)	0	20 (20,4%)	0,06
Troponina I (ng/mL)	3,47±5,92	15,59±24,85	2,41±2,35	4,24±6,31	2,31±4,42	4,36±9,40	0,04
FEVI (%)	55,78±9,46	48,89±14,31	42,14±11,01	61%±3,94%	59,16±12,41	52,95±11,71	0,00
RMC	10 (19,2%)	8 (88,9%)	4 (19%)	1 (10%)	4 (66,7%)	27 (27,6%)	0,00
AAS	33 (63,5%)	1 (11,1%)	9 (42,9%)	7 (70%)	0	50 (51%)	0,02
Clopidogrel	12 (23,1%)	0	3 (14,3%)	2 (20%)	0	17 (17,3%)	0,34
Betabloqueantes	29 (55,8%)	2 (22,2%)	13 (61,9%)	1 (10%)	5 (83,3%)	50 (51%)	0,08
IECA/ARA2	32 (61,5%)	4 (44,4%)	15 (71,4%)	2 (20%)	2 (33,3%)	55 (56,1%)	0,04
Calcioantagonistas	15 (28,8%)	1 (11,1%)	1 (4,8%)	5 (50%)	0	22 (22,4%)	0,01

FEVI: fracción eyección ventrículo izquierdo por ventriculografía; RMC: resonancia magnética cardíaca.

Los datos cuantitativos se expresan como media ± desviación estándar y los datos categóricos como valor (porcentaje).

37. IMPACTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA: ESTUDIO COMPARATIVO EN UN MISMO CENTRO ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN

Renée Olsen Rodríguez, Juan Górriz Magaña, Rocío Abad Romero, María Espinosa Pascual, Alfonso Fraile Sanz, Jesús Ángel Perea Egido, Daniel Nieto Ibáñez, Cristina Perela Álvarez y Joaquín Jesús Alonso Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España.

Introducción y objetivos: Los pacientes (pts.) con insuficiencia cardíaca (IC) tienen reingresos por descompensación (episodios de insuficiencia cardíaca aguda (ICA) de forma frecuente.

Suponen altos costes al sistema y tienen importancia pronóstica. El objetivo del estudio es comparar los reingresos por IC antes y después de implantar una unidad especializada multidisciplinar de IC (UEMIC).

Métodos: Estudio analítico y observacional en un hospital, que engloba a una población de 220 000 personas. Se incluyeron todos los pts. consecutivos ingresados por ICA y admitidos en el programa entre febrero de 2019 y mayo de 2020 y se compararon con los pts. con IC ingresados cuando no había UEMIC, entre enero de 2013 y marzo de 2014. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y reingresos por IC.

Resultados: No hubo diferencias en las características basales entre los pts. del periodo con y sin UEMIC (mujeres 31% y 33%; $p=0,78$. Edad 74 y 72 años, $p=0,77$), pero sí en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (47% en 2013 vs. 41% en 2019, $p=0,01$). Encontramos diferencias en el tiempo medio

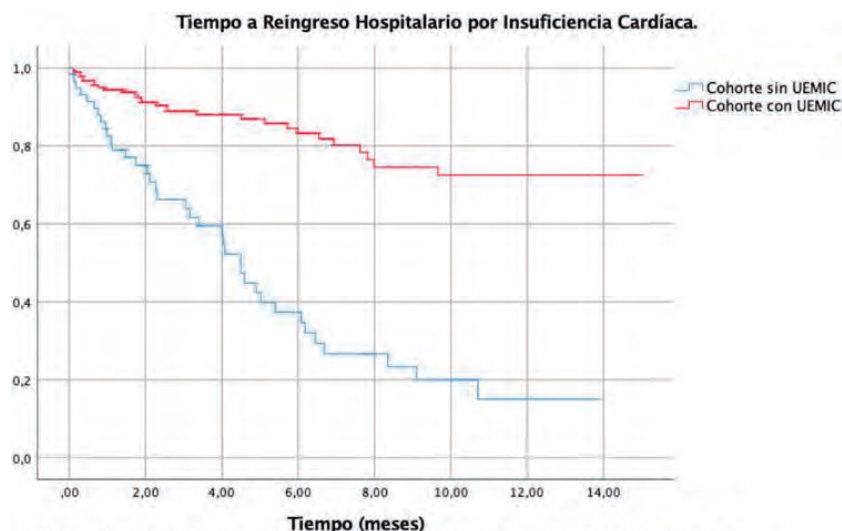


Gráfico 1. Tiempo a reingreso hospitalario. Comparación entre pacientes manejados con y sin unidad de insuficiencia cardíaca. Curva de Kaplan Meier.

libre de reingreso por ICA: mediana 5,5 meses (IC95%, 4,2-6,8) en los no-UEMIC frente a 12 meses (IC95% 11,2-13) en los UEMIC ($p < 0,001$). El riesgo de reingreso ajustado por FEVI se reduce en un 80% (HR 0,20) en los pts. incluidos en UEMIC frente a la cohorte sin UEMIC (ver gráfico 1).

Conclusiones: En nuestro centro, la implantación de una UEMIC donde trabajan conjuntamente cardiólogos, internistas y enfermería ha prolongado el tiempo libre de reingreso por ICA.

38. ÍNDICE DE KATZ Y PRONÓSTICO DE PACIENTES ANCIANOS EN TRATAMIENTO CON DOBLE O TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA

Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Sofía Calero Núñez, Juan Gabriel Córdoba Soriano y Jesús Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción y objetivos: La mayor esperanza de vida comporta un aumento de pacientes (p) con peor situación funcional bajo tratamiento antitrombótico. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la situación funcional valorada por el índice de Katz en el pronóstico de pacientes bajo tratamiento combinado de anticoagulación y antiagregación.

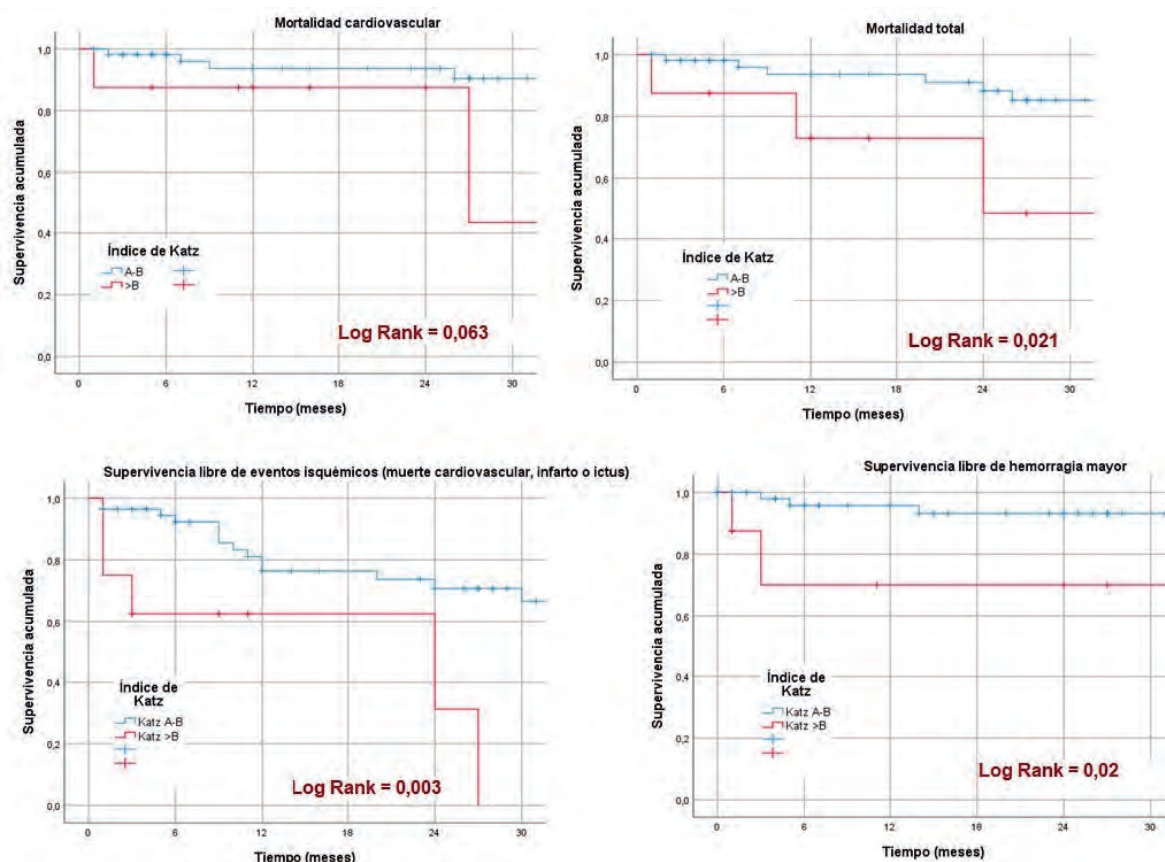
Métodos: Entre enero de 2016 y marzo de 2020 incluimos consecutivamente los pacientes en tratamiento con doble terapia

(DT) [anticoagulante directo (ACOD) + clopidogrel] o triple terapia (TT) (ACOD + doble antiagregación). De 112 p, analizamos 64 que tuvieron ≥ 75 años (media $81 \pm 4,4$ años; 29,7% mujeres) dividiéndolos en dos categorías según el índice de Katz (Katz A-B vs. Katz > B). Comparamos la supervivencia, los eventos isquémicos (MACE: muerte cardiovascular, infarto, ictus) y hemorragias con curvas de Kaplan-Meier según el índice de Katz. **Resultados:** Hubo 56 p (87,5%) en el grupo Katz A-B y 8 p (12,5%) con Katz > B. El grupo Katz > B tuvo más pacientes con índice de comorbilidad de Charlson > 6 [87,5% (7) vs. 39,3% (22); $p = 0,019$]. No hubo diferencias en otras características basales ni estrategia terapéutica, siendo el principal motivo de antiagregación un evento coronario agudo (84,4%-54 p), usándose más frecuentemente TT (57,8%-37 p) con dosis reducida (51,6%-33 p) con una duración media similar en ambos grupos ($2,4 \pm 2,8$ meses). Tras un seguimiento de $22,7 \pm 14,4$ meses, el grupo Katz > B tuvo menor supervivencia total, sin diferencias en mortalidad cardiovascular, mayor tasa de MACE [62,5% (5) vs. 25% (14); $p = 0,044$] y trombosis de stent [25% (2 p) vs. 1,8% (1 p); $p = 0,039$]. La supervivencia libre de hemorragias (BARC ≥ 3) también fue menor (figura 1). En un análisis multivariante, la hemoglobina más alta al inicio es un factor protector de eventos isquémicos (HR 0,56; IC95%: 0,3-0,9; $p = 0,042$).

Conclusiones: Los pacientes con índice Katz > B presentan mayor mortalidad total, aparición de eventos cardiovasculares y hemorragias mayores. La hemoglobina al inicio del tratamiento fue un factor predictor independiente de eventos cardiovasculares.

Póster 38 – Tabla

		KATZ A-B n = 56 (87.5%)	KATZ > B n = 8 (12.5%)	p	Total (n = 64)
CARACTERÍSTICAS BASALES (N = 64)	Edad	80,7 $\pm$ 4,5	82,8 $\pm$ 2,9	0,1	81 $\pm$ 4,4
	Mujeres	16 p (28.6%)	3 p (37.5%)	0,68	19 p (29.7%)
	DM2	16 p (28.6%)	4 p (50%)	0,24	20 p (31.3%)
	HTA	51 p (91.1%)	8 p (100%)	1,00	59 p (92.2%)
	ClCr medio (ml/min/1.73m ²)	69,3 $\pm$ 19,5	63,8 $\pm$ 22,5	0,46	68,7 $\pm$ 19,8
	Hb inicial	13,02 $\pm$ 1,7	13,6 $\pm$ 1,9	0,38	13 $\pm$ 1,8
	Arteriopatía periférica	10 p (17.9%)	1 p (12.5%)	1,00	11 p (17.2%)
	FEVI < 50%	23 p (41.1%)	3 p (37.5%)	1,00	26 p (40.6%)
	I. de Charlson > 6	22 p (39.3%)	7 p (87.5%)	0,019	29 p (45.3%)
	HASBLED	3,2 $\pm$ 1	3,3 $\pm$ 1,3	0,93	47 p (73.4%)
	CHA ₂ DS ₂ VASc	4,2 $\pm$ 1,3	5,1 $\pm$ 1,8	0,07	47 p (73.4%)
	Angiagregación por SCA	48 p (85.7%)	6 p (75%)	0,6	54 p (84.4%)
TRATAMIENTO	Triple terapia	32 p (57.1%)	5 p (62.5%)	1,00	37 p (57.8%)
TRATAMIENTO	Dosis reducida	29 p (51.8%)	4 p (50%)	1,00	33 p (51.6%)
	Duración TT (meses)	2,5 $\pm$ 3	1,4 $\pm$ 0,9	0,85	2,4 $\pm$ 2,8
HALLAZGOS ANGIOGRÁFICOS Y PROCEDIMIENTO					1 m $\rightarrow$ 70,3% (26)
					3 m $\rightarrow$ 13,5% (5)
					6 m $\rightarrow$ 10,8% (4)
					12 m $\rightarrow$ 5,4% (2)
	Enfermedad multivaso	27 p (49.1%)	4 p (57.1%)	1,00	31 p (50%)
	Revascularización completa	34 p (60.7%)	5 p (71.4%)	0,69	39 p (61.9%)
	BMS	13 p (25.5%)	3 p (42.9%)	0,38	16 p (27.6%)
	IAM	7 p (12.5%)	3 p (37.5%)	0,10	10 p (15.6%)
	Trombosis de stent	1 p (1.8%)	2 p (25%)	0,039	3 p (4.7%)
	Ictus	2 p (3.6%)	0	1,00	2 p (3.1%)
RESULTADOS	Ingreso hospitalario CV	16 p (28.6%)	5 p (62.5%)	0,08	21 p (32.8%)
	MACEt	14 p (25%)	5 p (62.5%)	0,044	19 p (29.7%)
	Mortalidad cardiovascular	5 p (8.9%)	2 p (25%)	0,20	7 p (10.9%)



Póster 38 Figura

39. IMPACTO DEL TIPO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON DOBLE O TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA

Laura Expósito Calamardo, Raquel Ramos Martínez, Sofía Calero Núñez, Juan Gabriel Córdoba Soriano y Jesús Jiménez Mazuecos

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción y objetivos: La concurrencia de enfermedad coronaria y fibrilación auricular es alta en nuestro medio, lo que plantea una controvertida elección de tratamiento antitrombótico. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del tipo de síndrome coronario agudo (SCA) en el pronóstico de pacientes (p) en tratamiento con doble (DT) o triple terapia (TT) antitrombótica con anticoagulantes directos (ACOD).

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 91 p ingresados por síndrome coronario agudo (SCA) tratados con DT o TT entre enero de 2016 y marzo de 2020. Se dividieron en dos grupos según el tipo de SCA; angina inestable (AI) o IAMSEST vs. IAMCEST. Se comparó la supervivencia libre de eventos isquémicos y hemorrágicos.

Resultados: De 9 p (75 ± 8,3 años; 80.2% hombres), el 64% (58) tuvieron IAMSEST/AI, el 36% (33) IAMCEST. El 60.6% de pacientes con IAMCEST presentaron FEVI < 50%, frente al 27,6% de los IAMSEST/AI (p 0.003). No hubo diferencias en el resto de características basales (tabla 1). Tras un seguimiento de 22 ± 13,5 meses, el 5.6% (5) falleció por causa cardiovascular; el 8.8% (8) por cualquier causa; el 40.7% (37) sufrió un evento isquémico, y el 6.6% (6) una hemorragia mayor, sin diferencias entre los grupos. En un análisis multivariante, se observó que

el índice de Katz influye en la mortalidad total (HR 3, IC 95% 1.5-5.6; p 0.001); CV (HR 3.7, IC 95% 1.2-10.6; p 0.015), eventos isquémicos (HR 3, IC 95% 1.8-4.8; p 0.000) y hemorragias mayores (HR 20.3, IC 95% 1.3-302.6; p 0.029).

Conclusiones: El pronóstico de los pacientes en tratamiento antitrombótico no se ve influenciado por el tipo de SCA, mientras que el estado funcional valorado por el índice de Katz fue factor de riesgo de eventos cardiovasculares.

40. EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN CON RETINOPATÍA (HIPERTENSIÓN/DIABETES/ATEROSCLERÓTICA) Y ENFERMEDAD CORONARIA

Daniel Águila Gordo¹, Manuel Marina Breyse², Jesús Piqueras Flores¹, Daniel Salas Bravo¹, Cristina Mateo Gómez¹, Martín Negreira Caamaño¹, Jorge Martínez del Río¹, Raquel Frías García¹, Alfonso Morón Alguacil¹, Manuel Muñoz García¹ y Pedro Pérez Díaz¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, España.

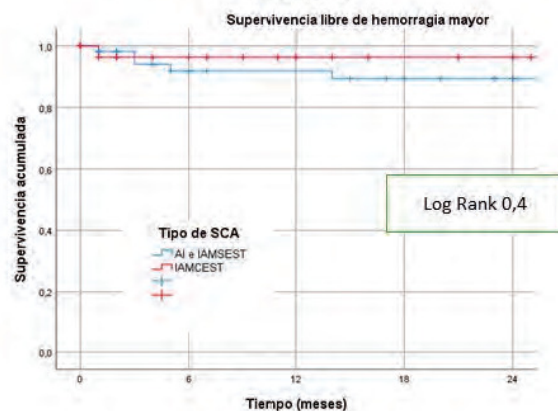
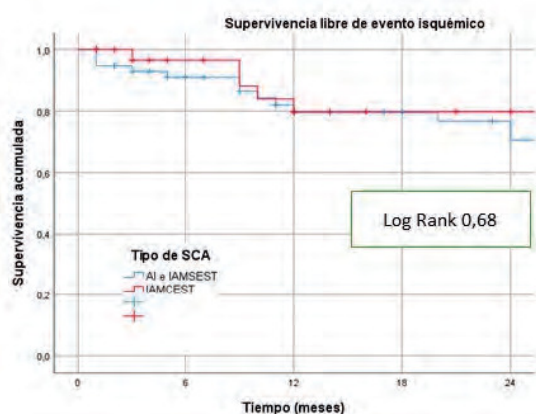
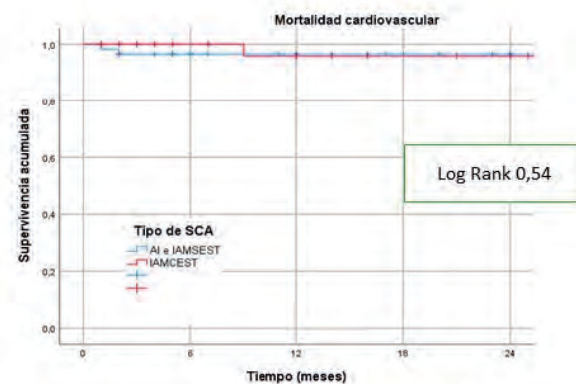
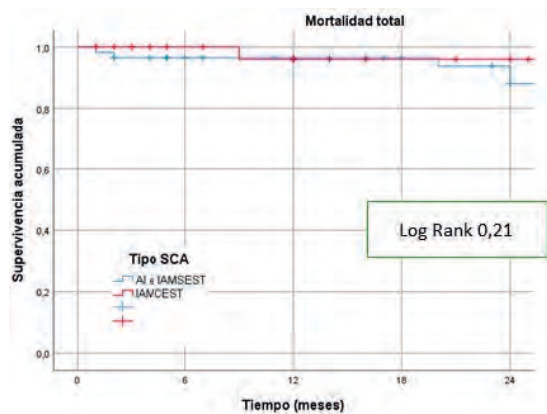
Introducción y objetivos: En los pacientes con retinopatía vascular (hipertensiva, diabética o aterosclerótica) el control glucémico o lipídico estricto ha sido poco estudiado.

Métodos: Estudio prospectivo de 107 pacientes (75,19 ± 11,53 años; 60,7% varones) a los que se realizó un fondo de ojo y una coronariografía por indicación médica, de los cuales 42

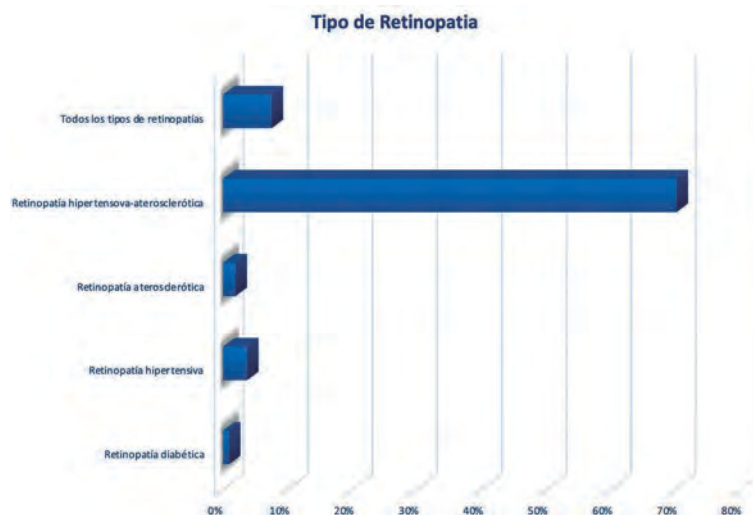
Póster 39 – Tabla

		IAMSEST y AI n = 58 p (64%)	IAMCEST n = 33 p (36%)	p	Total (n = 91)
CARACTERÍSTICAS BASALES (N = 91)	Mujeres	13 p (22.4%)	5 p (15.2%)	0,5	18 p (19.8%)
	DM2	27 p (46.6%)	13 p (39.4%)	0,6	40 p (44%)
	HTA	54 p (93.1%)	27 p (81.8%)	0,16	81 p (89%)
	CLCr medio (ml/min/1.73m ²)	67.4 (DE 19,8)	65.7 (DE 18,9)	0,6	66,8 (DE 0,6)
	Hb inicial	13.6 (DE 2)	13.4 (DE 1.9)	0,68	13,6 (DE 1,9)
	Arteriopatía periférica	14 p (24.1%)	4 p (12.1%)	0,27	18 p (19.8%)
	FEVI < 50%	16 p (27.6%)	20 p (60.6%)	0,003	36 p (39.6%)
	I. de Charlson	5.5 (DE 2,4)	6.1 (DE 2,9)	0,3	5,7 (DE 2,7)
	HASBLED ≥ 3	42 p (72.4%)	26 p (78.8%)	0,61	68 p (74.7%)
	CHA ₂ DS ₂ VASc ≥ 3	40 p (69%)	24 p (72.7%)	0,81	64 p (70.3%)
	Doble terapia	22 p (37.9%)	15 p (45.5%)	0,51	37 p (40.7%)
	Dosis reducida	29 p (5.9%)	19 p (57.6%)	0,6	48 p (53.3%)
	Duración triple terapia > 3 meses	30 p (51.7%)	21 p (63.6%)	0,38	51 p (56%)
HALLAZGOS ANGIOGRÁFICOS Y PROCEDIMIENTO	Enfermedad multivaso	32 p (56.1%)	12 p (37.5%)	0,12	44 p (49.4%)
	Revascularización completa	36 p (63.2%)	22 p (66.7%)	0,82	58 p (64.4%)
	BMS	10 p (18.2%)	3 p (9.7%)	0,36	13 p (15.1%)
RESULTADOS EN EL SEGUIMIENTO (N = 91)	IAM no fatal	11 p (19%)	4 p (12.1%)	0,55	15 p (16.5%)
	Trombosis de stent	4 p (6.9%)	0 p (0.0%)	0,29	4 p (4.4%)
	Ictus/AIT	1 p (1.7%)	2 p (6.1%)	0,29	3 p (3.3%)
	MACet	25 p (43.1%)	12 p (36.4%)	0,65	37 p (40.7%)
	Ingreso hospitalario	21 p (36.8%)	9 p (27.3%)	0,48	30 p (33.3%)
	Hemorragia mayor	5 p (8.6%)	1 p (3%)	0,41	6 p (6.6%)
	Muerte total	7 p (12.1%)	1 p (3%)	0,2	8 p (8.8%)
	Muerte CV	4 p (6.9%)	1 p (3.1%)	0,65	5 p (5.6%)

MACet; combinado de mortalidad cardiovascular (CV), IAM no fatal, ictus, trombosis del stent e ingreso.



Póster 39 Figura



Póster 40 Figura

precisaron de revascularización percutánea. Se registró la aparición de nuevos eventos cardiovasculares durante el seguimiento (media de 9,9 años) y el control analítico de los factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: El 60,7% fueron varones, el 78,5% hipertensos, el 32,7% diabéticos y se observó dislipemia en un 57%. Los tipos de retinopatía aparecen reflejados en la imagen 1. En el seguimiento se observó una mejoría significativa de cifras de LDL-c y HDL-c en la población general ($p < 0,001$ y $p = 0,018$, respectivamente) y en los pacientes con retinopatía hipertensiva ($< 0,001$ y $0,04$) y aterosclerótica ($p < 0,001$ y $p = 0,03$). Sin embargo, solo el 18,9% de la muestra total alcanzó los niveles recomendados de < 55 mg/dl de LDL-c. Los pacientes con retinopatía hipertensiva avanzada con mayor reducción de LDL-c en el seguimiento registraron menor mortalidad ($p = 0,004$). Por otro lado, los pacientes con revascularización percutánea presentaron al final del seguimiento mayor disminución de las cifras de LDL ($69,5 \pm 26,1$ vs. $103 \pm 41,47$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con retinopatía hipertensiva que consiguieron un mayor descenso en los niveles de LDL presentaron menor mortalidad en el seguimiento; sin embargo, a nivel global, el control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con retinopatía fue deficiente.

41. PAPEL PREDICTOR DE LA RETINOPATÍA DE ETIOLOGÍA VASCULAR EN LA APARICIÓN A LARGO PLAZO DE DEFECTOS DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA VALORADA MEDIANTE SPECT

Daniel Águila Gordo¹, Manuel Marina Breyse², Jesús Piqueras Flores¹, Daniel Salas Bravo¹, Jorge Martínez del Río¹, Cristina Mateo Gómez¹, Martín Negreira Caamaño¹, Raquel Frías García¹, Pedro Pérez Díaz¹, Alfonso Morón Alguacil¹ y Manuel Muñoz García¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. España. ²Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, España.

Introducción y objetivos: Existe poca evidencia de la asociación entre los distintos tipos y grados de retinopatía y la aparición a largo plazo de alteraciones de la perfusión miocárdica valorada mediante SPECT en pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica.

Métodos: Estudio prospectivo de 107 pacientes ($75,19 \pm 11,53$ años; 60,7% varones) de una cohorte (mediana de seguimiento 9,9 años) sometidos a una coronariografía y un estudio oftalmológico de fondo de ojo. Se registró la aparición de alteraciones en la perfusión miocárdica mediante SPECT.

Resultados: Los antecedentes personales aparecen recogidos en la imagen 1. Los tipos de retinopatía fueron: diabética: 0,9%, hipertensiva 3,7%, aterosclerótica 1,9%, hipertensiva-aterosclerótica 70,1%, y todos los tipos 8,4%. La coronariografía mostró un SYNTAX score medio de $3,99 \pm 7,5$. Durante el seguimiento, el sexo masculino ($p = 0,017$) y un SYNTAX score basal más elevado ($p = 0,086$) se asociaron más frecuentemente con SPECT miocárdico patológico. A largo plazo, los pacientes con retinopatía hipertensiva avanzada ($p = 0,012$) y retinopatía aterosclerótica ($p = 0,027$) mostraron mayor frecuencia de defectos de la perfusión en el test de isquemia. Finalmente, el análisis multivariante reveló que tanto el sexo masculino (OR 4,13; IC 95%: 0,85-20,14) como la retinopatía aterosclerótica de grado ≥ 2 (OR: 2,2. IC 95%: 0,7-7) mostraban una tendencia como predictores de más riesgo para presentar defectos de la perfusión miocárdica.

Conclusiones: Los pacientes con retinopatía aterosclerótica e hipertensiva se asociaron con la aparición de defectos de perfusión miocárdica a largo plazo. La realización de fondo de ojo como parte del estudio de riesgo cardiovascular se revela como herramienta útil que permite identificar pacientes de mayor riesgo.

