REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

112.^a Reunión de la Sociedad Castellana de Cardiología

4 y 5 de junio de 2021

COMUNICACIONES ORALES FINALISTAS

1. DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA; SEGUIMIENTO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO (PRIMER PREMIO)

Álvaro Gabaldón Badiola, Felipe Díez del Hoyo, María Tamargo Delpón, Jorge García Carreño, Enrique Gutiérrez Ibañes, María Eugenia Vázquez Álvarez, Javier Soriano Triguero, Jaime Elizaga Corrales, Francisco Jesús Fernández-Avilés Díaz y Ricardo Sanz Ruiz

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

Introducción y objetivos: El tratamiento idóneo de la disección arterial coronaria espontánea (DCE) es objeto de debate, considerándose el manejo médico como la opción más adecuada en recomendaciones de expertos.

Métodos: Análisis retrospectivo del registro prospectivo de pacientes con DCE de un hospital terciario entre los años 2004 y 2021. Se incluyeron eventos cardiovasculares mayores (recurrencia de disección o infarto agudo de miocardio y mortalidad cardiovascular) en función del manejo a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con diagnóstico de DCE, con un seguimiento medio de $5,8 \pm 4$ años. A nivel de tratamiento, se optó por intervencionismo en el 38% de los casos, tratamiento médico con antiagregación simple en el 31% de los casos, doble en el 18% de los pacientes, y ningún antiagregante en el 5%. No hubo diferencias en la proporción de fracaso terapéutico (necesidad de reintervencionismo durante el ingreso en el grupo de intervencionismo, o intervencionismo en el grupo de tratamiento médico) entre ambas estrategias (el 13,0 frente al 18,4%; $p = 0,58$). No hubo diferencias en pacientes tratados o no con betabloqueantes, estatinas, ni entre pacientes manejados de forma médica o intervencionista (tabla). Hubo una asociación significativa entre mortalidad y edad a la presentación ($p = 0,01$), hipertensión ($p = 0,05$), dislipemia ($p = 0,01$) y presentación de la DCE

Comunicación 1 – Tabla

Variable	Recurrencia o reinfarto			Mortalidad			Total n = 61
	No n = 52	Sí n = 9	p	No n = 59	Sí n = 2	p	
Edad	51 ± 12	51 ± 8	0,96	51 ± 11	71 ± 1	0,01	51 ± 12
Sexo (M)	82,7%	88,9%	0,64	84,7%	50,0%	0,19	83,6%
Hipertensión	30,8%	55,6%	0,15	32,2%	100%	0,05	34,4%
Dislipemia	25,0%	11,1%	0,36	20,3%	100%	0,01	23,0%
Diabetes	3,8%	0%	0,55	3,4%	0%	0,79	3,3%
FV/PCR	9,6%	0%	0,33	6,8%	50,0%	0,03	8,2%
ACTP	36,5%	44,4%	0,65	35,6%	100%	0,06	37,7%
Manejo médico sin antiagregación	5,8%	0	0,46	4,9%	0%	0,74	4,9%
Manejo médico con antiagregación simple	32,7%	22,2%	0,53	32,2%	0%	0,33	31,1%
Manejo médico con doble antiagregación	17,3%	22,2%	0,72	18,6%	0%	0,5	18,0%
IECA/ARA-II	38,0%	44,4%	0,72	36,8%	100%	0,07	39,0%
Nitratos	9,8%	11,1%	0,90	10,3%	0%	0,63	10,0%
Betabloqueantes	82,0%	77,8%	0,76	80,7%	100%	0,49	81,4%
Estatinas	64,0%	66,7%	0,88	63,2%	100%	0,28	64,4%

Variables cuantitativas expresadas como media ± desviación estándar. ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea; ARA-II: antagonista del receptor II de la angiotensina; FV: fibrilación ventricular; IECA: inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina; M: mujer; PCR: parada cardiorrespiratoria.

como fibrilación ventricular ($p = 0,03$), aunque solo hubo 2 fallecimientos de causa no cardiovascular (sepsis abdominal, cáncer de páncreas).

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie reflejan que la DCE es una entidad de buen pronóstico a largo plazo, sin diferencias en función de las diferentes estrategias farmacológicas o intervencionistas aplicadas.

2. INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL SOBRE EL PRONÓSTICO DE PACIENTES MAYORES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO (SEGUNDO PREMIO)

Juan Duarte Torres¹, Belén Biscotti Rodil¹, Alexander Marschall¹, Freddy Delgado Calva¹, Carmen Dejuán Bitria¹, Inés Gómez Sánchez¹, Elena Basabe Velasco¹, Ricardo Concepción Suárez² y David Martí Sánchez^{1,3}

¹Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España. ²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El pronóstico tras intervencionismo coronario de los adultos mayores se ve influido por parámetros nutricionales simples. Nuestro objetivo es analizar el impacto de los déficits nutricionales en el primer año tras intervencionismo coronario.

Métodos: Realizamos un estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos mayores de 75 años tratados mediante intervencionismo coronario. Evaluamos a los pacientes mediante los parámetros del score CONUT (Controlling Nutritional Status): albúmina sérica, colesterol total y recuento de linfocitos. Analizamos la prevalencia de trastornos nutricionales, puntuación CONUT (de 0 a 12, siendo las puntuaciones más altas representativas de mayor deterioro nutricional), y su relación con los eventos acumulados durante el seguimiento a 12 meses.

Resultados: La muestra fue de 209 pacientes (edad media 82 ± 5 años, 40% mujeres). Los valores medios de laboratorio fueron: albúmina sérica, $3,8 \pm 0,5$ g/dl; colesterol total, 141 ± 35 mg/dl; linfocitos, $1,723 \pm 913$ por ml; puntuación CONUT, $2,8 \pm 2,2$ puntos. La tabla muestra la prevalencia de cada trastorno nutricional y su impacto en la incidencia de eventos isquémicos o hemorrágicos. La hipoalbuminemia se asoció significativamente con sangrado y mortalidad. El colesterol bajo se asoció con una mayor incidencia de eventos vasculares en esta población, y los bajos niveles de cLDL no tuvieron un efecto protector.

Conclusiones: Parámetros como la fragilidad y el estado nutricional están adquiriendo importancia en decisiones clínicas. En concreto, la hipoalbuminemia y la hipocolesterolemia se asocian a una incidencia mayor de efectos adversos. La evaluación sistemática de estos valores podría ser útil en la práctica clínica.

3. ESTUDIO DEL ÍNDICE DE PULSATILIDAD DE LA ARTERIA PULMONAR TRAS UNA TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA

Carmen Benavente Soler¹, Elvira Barrios Garrido-Lestache¹, María José Calero Rueda¹, Ana Miguel Gutiérrez¹, Francisco Herrera Ciudad¹, María Luisa Salto Camacho¹, Dolores Joya Seijo², Antonia Arjonilla López³, Ana Gil Abizanda² y Petra Sanz Mayordomo¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España. ³Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El índice de pulsatilidad de la arteria pulmonar (PAPi) es un factor de la poscarga dinámica del ventrículo derecho estudiado en el desarrollo y pronóstico de la hipertensión pulmonar. La hipótesis es que el daño sobre la pared vascular pulmonar tras una tromboembolia pulmonar (TEP) aguda puede condicionar una alteración del PAPi y, con ello, una menor calidad de vida y capacidad funcional.

Métodos: Estudio retrospectivo con el objetivo de definir el estado del PAPi mediante RM cardiaca al año de una TEP aguda y su posible relación con otros factores, tanto del episodio agudo (demográficos, clínicos, analíticos y de imagen) como al año de seguimiento (cuestionario SF-36, FEVD en la RM cardiaca, parámetros de ergoespirometría y datos de hipertensión pulmonar por ecocardiograma).

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, al año ninguno tenía una FEVD por RM $< 45\%$, sin embargo, el 58% tenía un PAPi $< 40\%$, con una media de $39 \pm 17,1\%$. Se observó una relación lineal significativa y directamente proporcional con el consumo de oxígeno pico ($p = 0,007$), pero no con la puntuación del cuestionario SF-36 ni con otros parámetros de la ergoespirometría. En el estudio de variables del momento agudo, solo la extensión de la TEP se relacionó significativamente tanto en el análisis univariante como multivariante.

Conclusiones: Al año de una TEP aguda $> 50\%$ de los pacientes presentan un PAPi disminuido aun con FEVD conservada, esta alteración del índice se relaciona con la extensión de la TEP. Son necesarios estudios con mayor población y seguimiento para definir su influencia pronóstica.

4. ASISTENCIA INICIAL DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SHOCK CARDIOGÉNICO. REVISIÓN DE LOS PRIMEROS 780 PACIENTES ATENDIDOS POR EL PROGRAMA REGIONAL DE ASISTENCIA DEL CÓDIGO INFARTO

Alejandro Gutiérrez Fernández, Jonathan Calavia Arriazu, José Eduardo Ramírez Batista, Pablo Aguiar Souto, Javier Fernández Fernández, Eduardo Lezcano Callén, Pilar Portero Pérez, Guillermo Pinillos Francia, Juan Lizandro Rodríguez Hernández y Luis Javier Alonso Pérez

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

Comunicación 2 – Tabla

	Prevalencia n (%)	MCV, IAM o ictus HR (IC95%)	Sangrado mayor BARC 3 o 5 HR (IC95%)	Muerte por todas las causas HR (IC95%)
Albúmina $< 3,5$ g/dl	39 (23)	1,9 (0,6-5,8)	3,0 (1,2-7,7)	3,6 (1,4-9,7)
Colesterol total < 140 mg/dl	107 (55)	5,4 (1,2-24,2)	1,8 (0,7-4,5)	0,9 (0,4-2,2)
Linfocitos < 1.200 U/ml	24 (28)	1,3 (0,2-6,9)	3,3 (0,7-14,7)	0,7 (0,2-2,4)
CONUT > 4 puntos	11 (16)	2,6 (0,5-14,5)	2,7 (0,5-14,8)	2,1 (0,6-8,3)

Introducción y objetivos: El shock cardiogénico (SC) constituye la principal causa de muerte en el infarto agudo de miocardio (IAM). La supervivencia de estos pacientes depende de la asistencia hasta la revascularización coronaria. El objetivo de nuestro estudio fue conocer el estado actual de la asistencia del IAM con SC del programa regional de Código Infarto.

Métodos: Se analizaron 77 pacientes con SC entre los primeros 780 pacientes del Código Infarto. Se recogieron el perfil cardiovascular, el primer contacto médico (PCM), los tiempos de asistencia (TDP: tiempo de demora del paciente; TPE: tiempo desde primer contacto a primer ECG; TAB: tiempo desde aviso a reperfusión, TTI: tiempo total de isquemia), el tratamiento inicial, la presencia de arritmias graves y la mortalidad.

Resultados: La presencia de cardiopatía isquémica previa fue 3,5 veces más frecuente en los pacientes con SC. El PCM más frecuente fue el servicio de emergencias y el TDP supuso el principal retraso en la revascularización. El 72,7% de los pacientes con SC recibió aminas vasoactivas, siendo la más utilizada la noradrenalina (80,3%). El uso de balón de contrapulsación intraaórtico fue residual (7,7%). La presencia de arritmias graves fue 2 veces más frecuente en el SC (31,6%) y la mortalidad 6,7 veces más frecuente (33,76%).

Conclusiones: Los pacientes que presentan un IAM con SC son atendidos en su mayoría por el servicio de emergencias y el principal retraso en la asistencia es dependiente del paciente. La educación sanitaria, la identificación y el abordaje precoz del shock en el ámbito extrahospitalario podrían contribuir a reducir la mortalidad.

Tabla 1. Características del shock cardiogénico atendido por el Código-IAM

	Shock n = 77	Total n = 780
Perfil cardiovascular		
Edad (años)	64,5 ± 14,4	61,9 ± 12,3
Sexo (V)	63 (81,8%)	623 (79,8%)
Tabaquismo	35 (45,4%)	380 (48,7%)
Hipertensión arterial	45 (58,4%)	403 (51,6%)
Diabetes mellitus	19 (24,6%)	152 (19,4%)
Dislipemia	36 (46,7%)	364 (46,6%)
Enfermedad renal	7 (9%)	37 (4,7%)
Cardiopatía isquémica	14 (48,1%)	105 (13,4%)
Accidente cerebrovascular	3 (3,8%)	25 (3,2%)
Arteriopatía periférica	9 (11,6%)	37 (4,7%)
Primer contacto médico		
Centro de Salud	6 (7,79%)	154 (19,7%)
Emergencias	34 (44,1%)	263 (33,7%)
Otro hospital sin ICPP	9 (11,7%)	70 (8,9%)
Hospital con ICPP	28 (36,4%)	293 (37,5%)
Tiempos de asistencia		
TDP (min)	142 ± 211	
TPE (min)	12,5 ± 15,5	
TAB (min)	66 ± 59,5	
TTI (min)	250 ± 211	
Tratamiento		
AAS	74 (96,1%)	777 (99,6%)
Clopidogrel	20 (25,9%)	170 (21,8%)
Prasugrel	8 (10,3%)	120 (15,4%)
Ticagrelor	44 (37,1%)	485 (62,2%)
Morfina	27 (36%)	308 (39,5%)
Enoxaparina	1 (1,29%)	19 (2,4%)
Nitroglicerina	20 (25,9%)	294 (37,7%)
Aminas vasoactivas	56 (72,7%)	
Noradrenalina	45 (80,3%)	
Dobutamina	12 (21,4%)	
Dopamina	7 (12,5%)	
Otros	1 (1,8%)	
BCIAo	6 (7,7%)	
Arritmias graves	24 (31,6%)	114 (14,6%)
Mortalidad	26 (33,76%)	39 (5%)
AAS: ácido acetilsalicílico; BCIAo: balón de contrapulsación intraaórtico; ICPP: intervencionismo coronario percutáneo primario; TAB: tiempo desde aviso a reperfusión; TDP: tiempo de demora del paciente; TPE: tiempo desde primer contacto a primer ECG; TTI: tiempo total de isquemia; V: varón.		

COMUNICACIONES PRESENTADAS

1. STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL VERSUS FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO PARA LA PREDICCIÓN DE PROGRESIÓN CLÍNICA EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA ESTABLE

Alexander Marschall, Hugo del Castillo Carnevali, Concepción Fernández Pascual, Freddy Delgado Calva, Carmen Dejuán Bitriá, Belén Biscotti Rodil, Juan Duarte Torres, Inés Gómez Sánchez, Elena Basabe Velasco y David Martí Sánchez

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

Introducción y objetivos: Estudios previos han demostrado que el strain longitudinal global (SLG) del ventrículo izquierdo (VI) es un valor fiable para la predicción de *outcomes* en insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, raramente incluyeron pacientes estables y asintomáticos. El objetivo de nuestro estudio fue investigar el valor pronóstico del SLG en comparación con la fracción de eyección del VI (FEVI) en pacientes asintomáticos con IC estable.

Métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo pacientes consecutivos con IC con FEVI reducida y en rango medio, en NYHA I que no hayan experimentado descompensación en los 6 meses previos. El *endpoint* primario fue definido como compuesto de muerte cardiovascular, hospitalización por IC y necesidad de intensificación del tratamiento de IC en un periodo de seguimiento de 12 meses.

Resultados: De 837 pacientes con FEVI < 50% evaluados en nuestra consulta de IC entre enero de 2016 y diciembre de 2017, se incluyeron 153 pacientes. No encontramos diferencias significativas con respecto a características clínicas basales (tabla 1). La FEVI media fue del 40,9 ± 6,96%. La incidencia acumulada de progresión de IC fue del 17,8%. SLG del VI fue significativamente más bajo (menos negativo) en pacientes que presentaron progresión clínica que en pacientes sin progresión de IC (-7,7 frente a -12,2, p < 0,001). Las curvas ROC (figura 1) y modelos de regresión de Cox identificaron SLG como el predictor más preciso entre todas las variables continuas. La FEVI predijo progresión con menos precisión (tabla 1).

Conclusiones: En pacientes asintomáticos con IC estable, SLG fue un predictor más preciso que la FEVI.