Además, los pacientes con más de 6 RF mostraron significativamente mayor mortalidad y reingreso por IC.
Conclusiones: La presencia de RF en pacientes con AC es muy frecuente, con número similar entre ACTTR y AL, apareciendo precozmente con respecto al diagnóstico. Los pacientes con mayor número de RF presentaron peor pronóstico en este registro probablemente en relación con la demora diagnóstica.

2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA PRECISE-DAPT EN PACIENTES ANCIANOS Y COMPARACIÓN CON LA HEMOGLOBINA PARA LA PREDICCIÓN DE EVENTOS HEMORRÁGICOS TRAS INTERVENCIONISMO CORONARIO

Alexander Marschall[1], David Martí Sánchez[1], José Luis Ferreiro Gutiérrez[2], Ramón López Palop[3], Juan Daurte Torres[1], Freddy Delgado Calva[1], Elena Basabe Velazco[1], Carmen Ramos Alejos-Pita[1], Soledad Ojeda Pineda[4], Pablo Avanzas Fernández[5] y José M. De La Torre Hernández[6]

[1]*Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.* [2]*Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España.* [3]*Hospital Universitario San Juan de Alicante, España.* [4]*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.* [5]*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.* [6]*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.*

Introducción y objetivos: Ante la baja proporción de pacientes ancianos incluidos en los estudios de referencia, la validez de PRECISE-DAPT puede estar limitado en este grupo de pacientes. Nuestro objetivo fue valorar la capacidad predictiva de PRECISE-DAPT (frente a hemoglobina [Hb] basal) en población anciana.
Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de más de 20 centros incluyendo pacientes ≥ 75 años de edad sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) en el periodo entre 2012-2019. Se excluyeron pacientes con anticoagulación oral. El *endpoint* primario fue sangrado mayor (BARC 3 o 5) a los 12 meses.
Resultados: Se incluyeron un total de 1.364 pacientes con una edad media de 81 ± 4,2 años. El 36% (n = 488) fueron mujeres y el 63% (n = 863) síndromes coronarios agudos. La mediana de PRECISE-DAPT fue de 28 (RIC: 22-36) puntos y 849 (63%) pacientes tuvieron un PRECISE-DAPT ≥ 25 (alto riesgo). La mediana de Hb basal fue 13,1 g/dl (RIC: 11,9-14,2) y 172 (3%) pacientes tuvieron una Hb < 11 g/dl. La incidencia de sangrado a los 12 meses fue del 7,4% (n = 101). En los modelos de regresión de Cox, un PRECISE-DAPT de 25 fue un predictor más débil que una Hb < 11 g/dl (HR: 1,94; IC, 1,18-3,18; p = 0,009, frente a HR: 2,83; IC, 1,82-4,41; p < 0,001, respectivamente). La capacidad discriminatoria fue modesta y similar en ambos grupos (AUC: 0,614 frente a 0,595, respectivamente).
Conclusiones: La escala PRECISE-DAPT muestra un valor predictivo y capacidad discriminatoria modesta, para la predicción del sangrado post-ICP en pacientes ancianos. La Hb aporta una información similar, de una manera más sencilla.

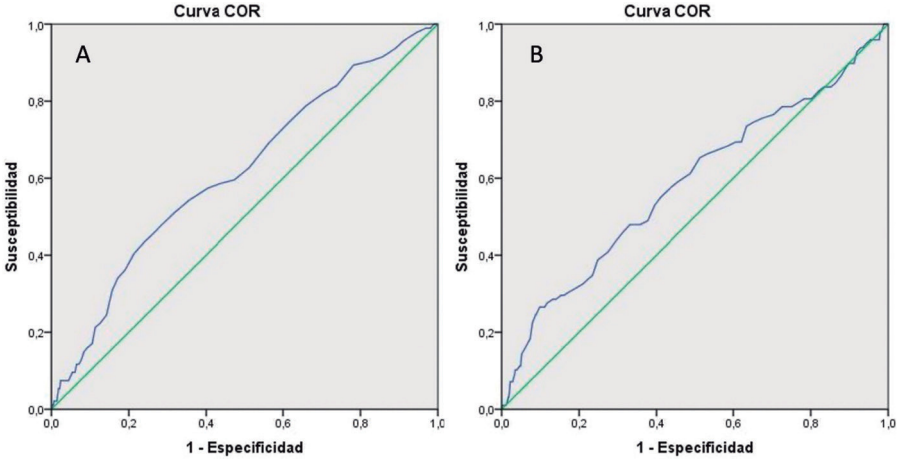
COMUNICACIONES FINALISTAS

1. IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA. INTERVENCIONISMO Y PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA ESPECIALIZADA SIN INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL LOCAL

Rocío Abad Romero[1], Cristina Perela Álvarez[1], Renée Olsen Rodríguez[1], Daniel Nieto Ibáñez[1], María Álvarez Bello[1], María Martín Muñoz[1], María Jesús Espinosa Pascual[1], Alfonso Fraile Sanz[1], Joaquín Jesús Alonso Martín[1] y Juan Górriz Magaña[2]

[1]*Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.* [2]*Servicio de Cardiología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.*

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue analizar el impacto de tener insuficiencia mitral (IM) en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), así como analizar aquellos con IM significativa funcional y compararlos con los estudios COAPT y MITRA-FR.
Métodos: Estudio observacional, analítico de pacientes remitidos a la unidad de IC desde 2019. Se analizaron características clínicas y eventos cardiovasculares (ECV) (descompensación IC-muerte cardiovascular) de los pacientes con IM. Se evaluaron eventos a 1 año según tratamiento médico frente a intervencionista en la IM funcional.
Resultados: Del total de 294 pacientes, 60 (20,4%) tenían IM ≥ moderada. Este grupo tenía menor FEVI, mayor NT-proBNP al ingreso y alta y mayor riesgo de ECV (HR: 2,074; IC95%, 1,476-2,916). La IM ≥ moderada se asoció a mayor NT-proBNP tras el alta incrementando el riesgo de ECV un 10% por cada 1.000 unidades de aumento de NT-proBNP (HR: 1,00009; IC95%, 1,000071-



Comunicación 2 Figura. Curvas ROC. A) PRECISE-DAPT; B) hemoglobina basal.

Comunicación 1 – Tabla. Pacientes con IM funcional: características basales, ecocardiográficas y pronósticos a 1 año

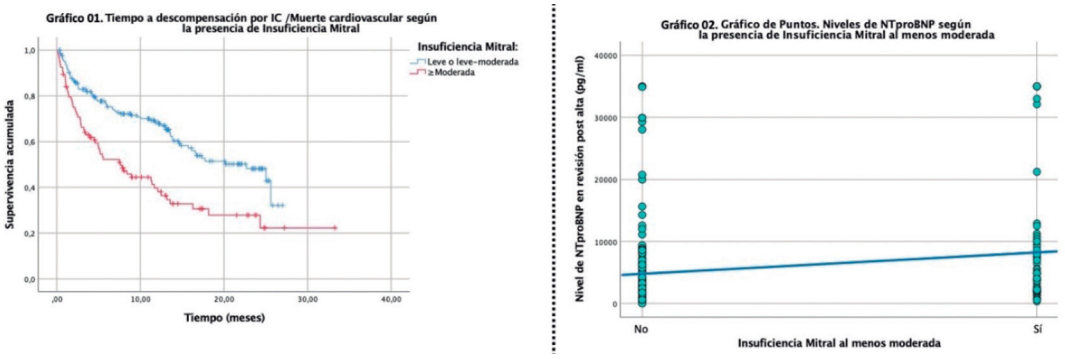
	IM grado III-IV/IV Unidad IC-Hospital de Getafe	COAPT	MITRA-FR
N	15	614	304
Edad	77 (RIC 68-82)	72,2 ± 11,2	70,4 ± 10,0
FG (ml/min)	52,8 (RIC 33-64)	49,32 ± 26,7	49,5 ± 19,9
NT-proBNP (pg/ml)	3775 (RIC 1825-9304)	5.565,37 ± 7.517	3.350 (1.942-6.567)
ORE (cm^2)	0,26 (RIC 0,17-0,30)	0,41 ± 0,15	0,31 ± 0,10
VR (ml)	33 (RIC 23-45)	–	45 ± 13
DTS (mm)	53 (RIC 51-65)	53 ± 9	–
DTD (mm)	69 (RIC 61-74)	62 ± 7	–
VTS (ml)	119 (RIC 82-133)	134,9 ± 58,2	–
VTD (ml)	185 (RIC 128-204)	192,7 ± 71,1	–
VTD *index* (ml/m^2)	98 (RIC 81-111)	101 ± 34	135 ± 35
FEVI (%)	28 (RIC 25-33)	31,3 ± 9,3	33,3 ± 7,0

	IM grado III-IV/IV Unidad IC-Hospital de Getafe (intervenido 2/no intervenido 13)	COAPT (intervenido 302/control 312)	MITRA-FR (intervenido 152/control 152)
HIC + MCV a 1 año	50% (1/2) vs 38,5% (5/13)	45,7% (129/302) vs 67,9% (191/312) [a 2 años]	54,6% (83/152) vs 51,3% (78/152)
HIC a 1 año	0% (0/2) vs 30,8% (4/13)	35,7% (92/302) vs 56,7% (151/312) [a 2 años]	48,7% (74/152) vs 47,4% (72/152)
MCV a 1 año	50% (1/2) vs 7,7% (1/13)	23,5% (61/302) vs 38,2% (97/312) [a 2 años]	21,7% (33/152) vs 20,4% (31/152)
MCC a 1 año	50% (1/2) vs 7,7% (1/13)	29,1% (80/302) vs 46,1% (121/312) [a 2 años]	24,3% (37/152) vs 22,4% (34/152)

	IM grado III-IV/IV Unidad IC-Hospital de Getafe	COAPT	MITRA-FR
N	15	614	304
Edad	77 (RIC 68-82)	72,2 ± 11,2	70,4 ± 10,0
FG (ml/min)	52,8 (RIC 33-64)	49,32 ± 26,7	49,5 ± 19,9
NT-proBNP (pg/ml)	3775 (RIC 1825-9304)	5.565,37 ± 7.517	3.350 (1.942-6.567)
ORE (cm^2)	0,26 (RIC 0,17-0,30)	0,41 ± 0,15	0,31 ± 0,10
VR (ml)	33 (RIC 23-45)	–	45 ± 13
DTS (mm)	53 (RIC 51-65)	53 ± 9	–
DTD (mm)	69 (RIC 61-74)	62 ± 7	–
VTS (ml)	119 (RIC 82-133)	134,9 ± 58,2	–
VTD (ml)	185 (RIC 128-204)	192,7 ± 71,1	–
VTD *index* (ml/m^2)	98 (RIC 81-111)	101 ± 34	135 ± 35
FEVI (%)	28 (RIC 25-33)	31,3 ± 9,3	33,3 ± 7,0

	IM grado III-IV/IV Unidad IC-Hospital de Getafe (intervenido 2/no intervenido 13)	COAPT (intervenido 302/control 312)	MITRA-FR (intervenido 152/control 152)
HIC + MCV a 1 año	50% (1/2) vs 38,5% (5/13)	45,7% (129/302) vs 67,9% (191/312) [a 2 años]	54,6% (83/152) vs 51,3% (78/152)
HIC a 1 año	0% (0/2) vs 30,8% (4/13)	35,7% (92/302) vs 56,7% (151/312) [a 2 años]	48,7% (74/152) vs 47,4% (72/152)
MCV a 1 año	50% (1/2) vs 7,7% (1/13)	23,5% (61/302) vs 38,2% (97/312) [a 2 años]	21,7% (33/152) vs 20,4% (31/152)
MCC a 1 año	50% (1/2) vs 7,7% (1/13)	29,1% (80/302) vs 46,1% (121/312) [a 2 años]	24,3% (37/152) vs 22,4% (34/152)

IC: insuficiencia cardiaca; FG: filtrado glomerular; ORE: orificio regurgitante efectivo; VR: volumen regurgitante; DTS: diámetro telesistólico; DTD: diámetro telediastólico; VTS: volumen telesistólico; VTD: volumen telediastólico; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HIC: hospitalización por insuficiencia cardiaca; MCV: muerte cardiovascular; MCC: muerte por cualquier causa.



Comunicación 1 Figura

1,000109; p < 0,001) (gráficos). Se detectaron 23 pacientes con IM grado III-IV/IV cuya etiología más frecuente fue funcional (15; 65,2%), de las que se intervinieron únicamente 2. En la tabla se comparan los pacientes de nuestra muestra con IM funcional III-IV/IV con los de los estudios COAPT y MITRA-FR.
Conclusiones: La IM ≥ moderada se asocia a mayor NT-proBNP tras el alta con un incremento del riesgo de ECV del 10% por cada 1.000 unidades de aumento de NT-proBNP. La incidencia de eventos en pacientes con IM funcional fue menor que en los grandes estudios, posiblemente por un seguimiento más estrecho y podría explicar la baja indicación de MitraClip.

2. RENTABILIDAD Y UTILIDAD DEL *SCORE* DE LA CLÍNICA MAYO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Andrez Felipe Cubides-Novoa[1], Jesús Piqueras Flores[1], Daniel Águila Gordo[1], Cristina Mateo Gómez[1], Alfonso Morón Alguacil[1], Jorge Martínez del Río[1], Maeve Soto Pérez[1], Pedro Pérez Díaz[2], Manuel Rayo Gutiérrez[1] y Agustín Camacho Pedrero[1]

[1]*Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.* [2]*Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España.*

Introducción y objetivos: El *score* de la Clínica Mayo (SCM) en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH), ofrece asesoramiento sobre la rentabilidad del estudio genético. Sin embargo, su relación con el pronóstico y curso clínico es menos conocida. El objetivo fue analizar la utilidad del SCM como predictor de rentabilidad del estudio genético y su relación con características clínicas y eventos durante el seguimiento a largo plazo.
Métodos: Estudio prospectivo observacional de una cohorte de 138 pacientes con MCH clasificados de acuerdo al SCM (–1 a 5 puntos). Se analizaron antecedentes, las características genéticas, fenotípicas y eventos clínicos durante un seguimiento (60,1 ± 5,1 meses).
Resultados: La edad media fue de 61,1 ± 15,4 meses, el 63% varones, el 52% HTA y el 22% diabéticos. Al 68% se les realizó estudio genético, siendo positivo para cualquier mutación en el 58%. Se observaron diferencias significativas (p = 0,028) en la rentabilidad entre los grupos, con porcentaje de variante patogénica de –1 a 5 puntos: 0, 35, 24, 37, 47, 75 y 100%, respectivamente. Los pacientes con puntuaciones altas en el *score* eran más jóvenes, tenían más fibrosis miocárdica valorada por RTG y con más frecuencia de TVNS en la monitorización ambulatoria. Sin diferencias durante el seguimiento en mortalidad, desarrollo de insuficiencia cardiaca y eventos embólicos entre los diferentes grupos.
Conclusiones: En una cohorte de MCH, el uso sistemático del SCM se correlacionó con la rentabilidad del estudio genético de forma consistente. Además, los pacientes con puntuaciones mayores presentaron mayor riesgo arrítmico y de muerte súbita.

3. INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA: FOCO EN LA DISFUNCIÓN SISTÓLICA

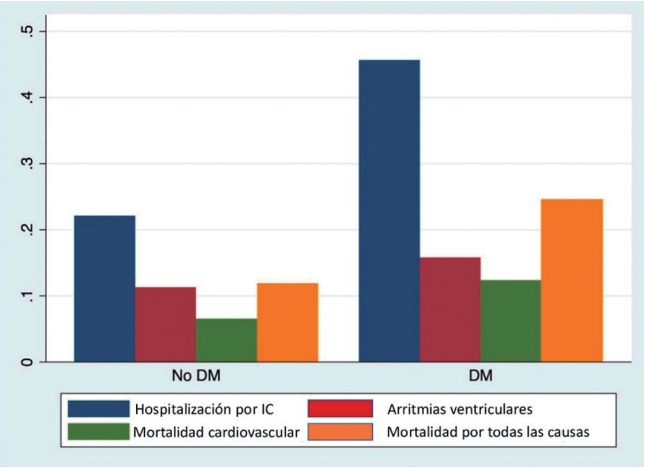
Pablo Zulet Fraile, Marcos Ferrández Escarabajal, Fabián Islas Ramírez, Alejandro Travieso González, José Alberto de Agustín Loeches, Isidre Vila Costa y Carmen Olmos Blanco

Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía diabética se define como la presencia de disfunción miocárdica en ausencia de enfermedad coronaria o de otra índole. La hipertrofia ventricular izquierda concéntrica y la fibrosis miocárdica son las principales alteraciones estructurales que dan lugar a la disfunción diastólica. El impacto de la diabetes mellitus (DM) en pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) no se conoce por completo. El objetivo del estudio ha sido describir las características de imagen avanzada y el pronóstico de pacientes con MCD y DM, en comparación con pacientes no diabéticos.
Métodos: Desde 2014 a 2021 se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes (n = 227) con MCD diagnosticados en un centro terciario. Se realizó un ecocardiograma transtorácico y una resonancia magnética cardiaca (RMC). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca (IC), eventos arrítmicos y la mortalidad se evaluaron durante el seguimiento.
Resultados: La edad media fue de 61,6 (14,7) años, el 66% eran varones y un 25,1% diabéticos. La mediana de seguimiento fue de 37,6 (33,9) meses. Las características basales y de imagen se muestran en la tabla. Los PD tuvieron una mayor incidencia de hospitalización por IC (45,61 frente a 22%; p < 0,001) y mortalidad por todas las causas (24,6 frente a 11,8%; p < 0,05). Se observó igualmente una tendencia no significativa a una mayor mortalidad cardiovascular (el 12,3 frente al 6,5%; p = 0,164).
Conclusiones: La DM confiere un perfil de alto riesgo a los pacientes con MCD, explicado por causas extracardiacas (más comorbilidades) y cardiacas (mayor grado de disfunción diastólica y RTG de alto riesgo).

Tabla.

Características basales	Diabetes mellitus (n = 57)	No diabetes mellitus (n = 170)	Valor p
Edad - años	64,8 ± 1,5	60,6 ± 1,2	0,0296*
Sexo femenino - n (%)	12 (21,1)	65 (38,2)	0,018*
Bloqueo de rama izquierda - n (%)	28 (52,8)	58 (36,3)	0,033*
NYHA III-IV - n (%)	7 (15,9)	8 (7,1)	0,015*
Hipertensión - n (%)	40 (70,2)	71 (41,7)	< 0,001*
Dislipemia - n (%)	40 (70,2)	50 (29,4)	< 0,001*
Fibrilación auricular - n (%)	25 (44,6)	56 (32,9)	0,113
Enfermedad renal crónica - n (%)	13 (23,2)	11 (6,5)	< 0,001*
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - n (%)	8 (14)	8 (4,7)	0,017*
Ictus - n (%)	11 (19,3)	9 (5,3)	0,001*
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo - %	29,4 ± 1,8	29,9 ± 1	0,807
Fracción de eyección del ventrículo derecho - %	50,8 ± 2,4	48,9 ± 1,4	0,503
Masa indexada de ventrículo izquierdo	119,3 ± 8	109,7 ± 5,5	0,364
Strain longitudinal global - %	–9,8 ± 0,6	-9,5 ± 0,4	0,613
Apical rocking - n (%)	14 (38,9)	27 (24,6)	0,096
Septal flash - n (%)	20 (55,6)	31 (28,2)	0,003*
Ratio E/e'	16,5 ± 1,1	13,8 ± 0,5	0,015*
Realce tardío de gadolinio - n (%)	28 (65,1)	68 (52,3)	0,143
Patrón de realce tardío de alto riesgo - n (%)	15 (34,9)	25 (19,5)	0,04*



COMUNICACIONES PRESENTADAS

1. ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN LA EVALUACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR

Andrea Teira Calderón, Santiago Catoya Villa, Indira Cabrera Rubio, Ignacio Santiago Setién, Cristina Ruisánchez Villar, José María Cuesta Cosgaya, Mónica Fernández-Valls, Francisco González Vílchez, José María de la Torre Hernández y José Antonio Vázquez de Prada Tiffe

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción y objetivos: El exponencial desarrollo de la ecocardiografía (ECO) de bolsillo permite actualmente su acceso a médicos con diferente nivel de formación en ECO. Por ello, surge la necesidad de validar los resultados obtenidos en la práctica clínica diaria. El objetivo de este trabajo es validar el ECO de bolsillo en la determinación de un parámetro básico, la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), en la práctica clínica habitual.
Métodos: Serie de 69 pacientes no seleccionados a los que se realiza una ECO con equipos de alta gama en un laboratorio de imagen (hospital terciario) por un operador nivel III de la ASE. De forma inmediatamente posterior, se obtienen imágenes dirigidas específicamente a la evaluación de la FEVI con un ECO de bolsillo (Philips Lumify) por un operador nivel II ASE. Se realiza un análisis de concordancia.
Resultados: Edad media 68 años (18-91), el 55% varones. Duración media del estudio dirigido con ECO de bolsillo 5,63 min (2-20). No se observaron diferencias de presión arterial y frecuencia entre estudios, garantizando la igualdad de condiciones. La concordancia fue excelente con un acuerdo no ponderado del 97,8% con índice kappa de 0,88, y un acuerdo ponderado del 98,5% con índice kappa ponderado de 0,92 (tabla).
Conclusiones: Con la tecnología de ECO de bolsillo actual, un operador de nivel II ASE de formación puede obtener rápidamente (< 6 min como media) una estimación de la FEVI de manera superponible a la que se realiza en la rutina diaria en un laboratorio de ECO terciario.

2. IMITACIÓN EN LA PRÁCTICA SEXUAL DE LOS PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Belén Biscotti Rodil, Blanca Coto Morales, Juan Duarte Torres, Carmen Dejuán Britiá, Alexander Marschall, Freddy Delgado Calva, Elena Basabe Velasco, Inés Gómez Sánchez y David Martí Sánchez

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

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca se encarga de intentar devolver al paciente su máximo potencial para reintegrarse en su vida social, familiar y profesional. Dentro de la vida social está la sexualidad, pero con frecuencia se tiene en menor consideración. Por ello, realizamos una encuesta para valorar el punto de partida en el que nos encontramos con los pacientes de nuestra unidad.
Métodos: Realizamos un estudio descriptivo mediante una encuesta anónima a 20 pacientes voluntarios que han iniciado el programa durante el mes de abril de 2022. Analizamos variables demográficas, presencia de factores de riesgo cardiovascular, importancia de la actividad sexual, cantidad y problemas relacionados con la práctica sexual.
Resultados: Se evaluaron un total de 20 pacientes (edad media 64 años, 25% mujeres). El 75% se encuentra casado, un 50% de ellos tienen estudios superiores, un 40% considera que tiene estrés y un 30% tiene depresión. Hay un 75% de hipertensos, un 40% de diabéticos y un 15% de fumadores. Para el 45% de los pacientes, la actividad sexual es muy importante-importante, pero un 40% del total no tiene ninguna actividad. De ellos, el 75% son hombres y la mitad de ellos tienen disfunción eréctil. El problema más frecuente para las mujeres es la

Comunicación 1 – Tabla. Análisis de la concordancia en la evaluación de la FEVI reportada por un operador nivel III ASE haciendo uso de un aparato de ecografía portátil convencional, frente a la reportada por un operador nivel II ASE haciendo uso de un aparato de ecografía portátil de bolsillo. Índice kappa ponderado y no ponderado

FEVI operador nivel II ASE con ecógrafo de bolsillo	FEVI operador nivel III ASE con ecógrafo convencional				
	FEVI normal	Disfunción ligera	Disfunción moderada	Disfunción severa	Total
FEVI normal	58	0	0	0	58
Disfunción ligera	1	0	0	0	1
Disfunción moderada	0	0	6	0	6
Disfunción severa	0	1	0	2	3
Total	59	1	6	2	68

	Acuerdo observado	Índice kappa	Valor de p	Intervalo de confianza del 95%
No ponderado	97,1%	0,8827	0,001	0,7316-1,0337
Ponderado	98,5%	0,9168	0,001	0,8005-0,0331