

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Congreso Virtual de la Sociedad Andaluza de Cardiología 2021

26 a 28 de mayo de 2021

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

494/2. ABLACIÓN DE NODO Y ESTIMULACIÓN PERMANENTE EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO CONTROLADA. RESULTADOS CON ESTIMULACIÓN EN HAZ DE HIS

Pedro Agustín Pajaro Merino, María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León y Pablo Moriña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: En pacientes con fibrilación auricular no controlada, la ablación del nodo auriculoventricular (AV) y la estimulación permanente del haz de His pueden ser una opción terapéutica para el control de frecuencia cardíaca (FC). El objetivo es demostrar la efectividad y seguridad de este enfoque.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, incluyendo pacientes con arritmias auriculares permanentes no controladas candidatas a control de FC, entre enero de 2019 a julio de 2020, sometidos a estimulación hisiana y ablación del nodo AV.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, FEVI media del 55% (rango, 45-60%). El 46,1% en clase II NYHA, el 43,6% en clase III. La estimulación hisiana se logró en el 92,3% de los pacientes (n = 36) con ablación del nodo AV exitosa en el 100%. En pacientes con FEVI previamente reducida, basal 35% (23,8-45,3%), mejoró en el seguimiento, 40% [35-56,5%], mostrando también mejoría sintomática (basalmente 71,4% clase III y 7,1% clase II; en seguimiento 78,6% clase II y 14,3% clase I). En pacientes con FEVI previamente normal se mantuvo estable, mostrando mejoría significativa en clase funcional (basalmente 63,6% clase II y 31,8% clase III; en seguimiento 54,5% clase I y 45,5% clase II). Los umbrales de His y los parámetros de estimulación no cambiaron significativamente en el seguimiento, permaneciendo estables.

Conclusiones: Los pacientes con arritmias auriculares no controladas sometidos a ablación del nodo AV y estimulación permanente en el haz de His mostraron una mejora importante en la clase NYHA, así como en la FEVI (entre los pacientes con FEVI reducida). Los parámetros de estimulación

fueron aceptables y se mantuvieron estables durante el seguimiento.

494/3. HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN LA OCLUSIÓN AGUDA DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO

Dolores Cañadas Pruaño, Livia Gheorghe, David García Molineros, Ricardo Zayas Rueda, Germán Calle Perez y Alejandro Gutiérrez Barrios

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: La oclusión total aguda del tronco coronario izquierdo (OTATCI) tiene una presentación catastrófica. Su detección electrocardiográfica (ECG) puede contribuir al diagnóstico y reperfusión precoz. Nuestro objetivo es describir las características del ECG y detectar su relación con la mortalidad hospitalaria en la OTATCI.

Métodos: Los hallazgos del ECG al ingreso en 24 pacientes del registro multicéntrico ATOLMA, se compararon con el ECG en 15 pacientes con oclusión subtotal aguda del tronco izquierdo (STATCI) y con 15 pacientes con oclusión aguda de la arteria descendente anterior proximal (ADAp-IAMCEST).

Resultados: Se identificó un patrón ECG particular: desviación del eje izquierdo ($-61,17 \pm 9$ grados); prolongación del intervalo QTc (465 ± 19 ms); prolongación del QRS (136 ± 12 mm); elevación del segmento ST en aVL ($1,88 \pm 0,65$ mm); ausencia de elevación del ST en V1 ($0,0 \pm 0,6$ mm) y QRS fragmentado (62,5%). El análisis multivariado encontró que las características independientes para distinguir OTATCI de STATCI fueron la desviación del ST en aVL (OR: 5,6; IC95%, 1,5-21; p = 0,01) y la ausencia de elevación del ST en V1 (OR: 27; IC95%, 1,4-52; p = 0,01), y de ADAP-IAMCEST fue la anchura del QRS (OR: 1,1; IC95%, 1,02-1,2; p = 0,02). QRS fragmentado fue el único predictor independiente de mortalidad hospitalaria en OTATCI (OR: 0,125; IC95%, 0,01-0,81; p = 0,03).

Conclusiones: La elevación del segmento ST en aVL, la ausencia de elevación del ST en V1, la desviación del eje izquierdo y la prolongación del QRS y del intervalo QTc son predictores de ATOLMA. QRS fragmentado predice la mortalidad hospitalaria en ATOLMA.

494/4. FFR SALINO: CUANDO LA MEJOR ALTERNATIVA ES LA MÁS SIMPLE

Dolores Cañadas Pruaño¹, Elena Izaga Torralba¹, Inmaculada Noval Morillas¹, Fernando Rivero², Josep Gómez Lara³ y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ³Unidad de Cardiología, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Introducción y objetivos: Recientemente se ha validado un nuevo método para cuantificar el flujo coronario absoluto (FCA) según el principio de termodilución. Requiere la infusión continua intracoronaria de solución salina (SSF) a temperatura ambiente a través de un catéter específico (RayFlow), que induce hiperemia máxima a una velocidad de flujo ≥ 15 ml/min. Nuestro objetivo fue comparar los resultados obtenidos en el FFR obtenido usando infusión SSF intracoronaria (FFRsalino) frente al FFR convencional con adenosina (FFRadenosina).

Métodos: Incluimos 118 pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y se midieron FFRsalino y FFRadenosina. La infusión intracoronaria de SSF se ajustó a una velocidad de flujo media de $18,9 \pm 1$ [18-20 ml/min] y la infusión endovenosa de adenosina se ajustó a una velocidad media de 165 [150-180 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$].

Resultados: Los valores medios de FFRsalino fueron $0,89 \pm 0,07$ y de FFRadenosina $0,90 \pm 0,05$, y la diferencia media entre ambos métodos fue $0,03 \pm 0,03$, que puede atribuirse al efecto del catéter RayFlow™. FFRadenosina y FFRsalino fueron dicorrelacionados (punto de corte 0,8) y fueron concordantes. Usando el punto de corte de 0,75, la concordancia era más alta e indica isquemia con alta fiabilidad. Observamos una tendencia a mayor concordancia en la arteria descendente anterior y en vasos sin enfermedad.

Conclusiones: En conclusión, la técnica de termodilución mediante infusión continua de SSF es un método seguro y factible para cuantificar el FFR evitando los efectos secundarios de la adenosina, por lo que podría ser una herramienta útil en el estudio fisiológico invasivo de circulación coronaria.

494/5. PAPEL DE LA FEVI EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS TRAS IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA.

Carlos Palacios Castelló, Inmaculada Sigler Vilches, Alba Abril Molina, Julia Rodríguez Ortuño y Agustín Guisado Rasco

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida que se someten a implante de prótesis valvular aórtica transcáteter (TAVI) podrían tener mayor incidencia de complicaciones y peor supervivencia. Nuestro objetivo es valorar el pronóstico y las posibles complicaciones en función de la FEVI.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo de pacientes de nuestro centro sometidos a TAVI entre 2010 y 2019 divididos en 2 grupos: FEVI $< 50\%$ y FEVI $\geq 50\%$. Se analizó la incidencia de eventos según las definiciones VARC-2.

Resultados: 245 pacientes (62% mujeres) con una edad media de $79,53 \pm 6,66$ años fueron analizados. Ambos grupos presentaron una incidencia similar de complicaciones vasculares, femorales, hemorragias e implante de marcapasos con similares tasas de reingreso y mortalidad a los 30 días y al año. En el grupo de menor FEVI, el 80,65% presentó mejoría de la FEVI,

con un incremento del $15 \pm 10,26\%$ en el seguimiento. Este grupo presentó una mayor mortalidad cardiaca en el seguimiento ($p = 0,034$), con una tendencia no significativa en el análisis de supervivencia (*log rank*: 0,07). No hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas.

Conclusiones: Nuestros resultados manifiestan que el TAVI en pacientes con FEVI $< 50\%$ no implica una mayor tasa de complicaciones, con una supervivencia tanto a los 30 días como al año comparable a la de pacientes sin disfunción ventricular. Aunque la mayoría de pacientes con FEVI reducida mejoraron la función tras el implante, se observó mayor mortalidad cardiaca en el seguimiento, aunque no significativa en el análisis de supervivencia.

494/6. LAS PLAQUETAS Y SU IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Julia Rodríguez Ortuño, Alba Abril Molina, Inmaculada Sigler Vilches, Carlos Palacios Castelló y José María Cubero Gómez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El desarrollo de trombocitopenia (TP) tras implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se ha relacionado con los eventos adversos en el seguimiento. Nuestro objetivo es valorar la relación existente entre este parámetro y los eventos en nuestra serie.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) sometidos a TAVI entre 2010 y 2019. Se analizó el recuento plaquetario (RCP) antes y después del procedimiento y se analizó su relación con las complicaciones y la mortalidad global. Para la evaluación de las variables se emplearon las definiciones VARC-2.

Resultados: Se incluyeron 245 pacientes (62% mujeres; edad media 79 ± 7 años) sometidos a TAVI, quedando excluidos los pacientes que fallecieron en el procedimiento. Tras el implante, se observó un aumento del RCP en un 28% de los casos, mientras que un 7,8% presentaron TP moderada-severa (< 100.000). En aquellos con aumento del RCP, se objetivó un aumento significativo de las tasas de complicaciones vasculares ($p = 0,005$) y hemorragias ($p < 0,001$), sin diferencias en la mortalidad global. Sin embargo, aquellos con TP moderada-severa post-TAVI, no presentaron mayor tasa de complicaciones vasculares, hemorragias y mortalidad < 30 días, si bien sí se objetivó un incremento significativo en la mortalidad global (el 56 frente al 24%; $p = 0,03$).

Conclusiones: Esta relación entre la mayor tasa de complicaciones vasculares y hemorragias y el aumento del RCP post-TAVI, se podría explicar como una respuesta reactiva al estrés. En nuestra serie, la presencia de TP moderada-severa post-TAVI no se relacionó con un aumento de eventos periprocedimiento, aunque sí se objetivó mayor mortalidad global.

494/7. INFLUENCIA DEL FLUJO CORONARIO Y LAS RESISTENCIAS SOBRE EL RESTING FULL RATIO (RFR)

Dolores Cañadas Pruaño¹, Elena Izaga Torralba¹, Inmaculada Noval Morillas¹, Livia Gheorghe¹, Ricardo De Zayas Rueda¹, German Calle Pérez¹, Enrique Gutiérrez Ibañez² y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: *Resting full ratio* (RFR) es un índice no hiperémico novedoso con una buena correlación con la reserva fraccional de flujo (FFR).

Métodos: Incluimos 133 pacientes con estenosis coronaria angiográficamente moderada evaluada mediante FFR, reserva de flujo coronario (CFR), índice de resistencia microvascular (IMR) y RFR. Las lesiones se clasificaron en: verdaderos positivos (FFR+ RFR+), verdaderos negativos (FFR- RFR-), falsos positivos (FFR- RFR+) y falsos negativos (FFR+ RFR-). El objetivo primario fue la influencia del CFR e IMR sobre la precisión diagnóstica del RFR. Los objetivos secundarios fueron la precisión diagnóstica del RFR y el compuesto MACE (SCA, revascularización inducida por isquemia, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular) a 2 años.

Resultados: FFR coincidió con RFR en 98 casos (73,7%), con una fuerte correlación lineal positiva ($r = 0,83$; $p < 0,001$) y un área bajo la curva (AUC) de 0,897 ($p = 0,011$). El rendimiento diagnóstico del RFR muestra sensibilidad del 85%, especificidad del 70,4%, valor predictivo positivo del 54%, valor predictivo negativo del 91,4%. El CFR fue más bajo en los casos de RFR positivas ($p = 0,002$), IMR ($p = 0,45$) y Pd/Pa ($p = 0,45$) no mostraron diferencias entre grupos. CFR < 2 muestra una concordancia diagnóstica de FFR/RFR más baja que aquellos con CFR normal (el 69 frente al 83%; $p = 0,046$) debido principalmente a RFR falsos positivos (FP 28%, FN 2%). IMR normal/anormal no influía (el 75 frente al 77%; $p = 0,78$). CFR < 2 se relaciona con mayor riesgo de MACE a 2 años ($p = 0,011$).

Conclusiones: El RFR tiene un buen rendimiento diagnóstico en comparación con la FFR. Las discordancias FFR/RFR se vieron influidas por las diferencias en el CFR, debido principalmente a un aumento de falsos positivos de RFR. Además, un CFR anormal fue un predictor independiente de MACE.

494/8. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA?

Inmaculada Sigler Vilches, Alba Abril Molina, Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño y Monica Fernandez Quero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Podría existir una relación inversa entre el índice de masa corporal (IMC) y la mortalidad tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) según los estudios publicados. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si el IMC tiene un efecto pronóstico en los pacientes que se someten a TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de los pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) tratados con TAVI entre 2010 y 2019. Los pacientes se dividieron en 3 grupos en función del IMC (kg/m^2): bajo-normopeso (< 25), sobrepeso y obesidad tipo 1 (25-34,9) y obesidad tipos 3 y 4 (≥ 35), y se compararon los resultados en cuanto a complicaciones periprocedimiento y mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo. **Resultados:** 245 pacientes (62% mujeres; edad media 79 ± 7 años) con EAs sometidos a TAVI. Un 18% tenía bajo-normopeso, un 67% sobrepeso-obesidad tipo 1 y el resto obesidad tipos 3 y 4. Las características basales de los grupos fueron similares, con una mayor prevalencia de diabetes en el grupo de obesidad 3 y 4. En el grupo de pacientes con sobrepeso y obesidad tipo 1 se observó una menor tasa de rehospitalizaciones (el 36 frente al 57% en los otros 2 grupos; $p = 0,009$) y de mortalidad total (el 23 frente al 44% en bajo-normopeso y el 42%

en obesidad tipos 3 y 4; $p = 0,006$). No se objetivaron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones vasculares entre los 3 grupos.

Conclusiones: En nuestra muestra se objetivaron mejores resultados en rehospitalización y supervivencia en los pacientes con sobrepeso y obesidad tipo 1.

494/9. IFR EN LA EVALUACIÓN DE LESIONES NO CULPABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Jesús Rodríguez Nieto, Jorge Perea Armijo, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia, Francisco José Hidalgo Lesmes, Guisela Flores Guevara, Rafael González Manzanares, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejera, Soledad Ojeda Pineda, Miguel Ángel Romero Moreno y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo fue analizar la utilidad, seguridad y eficacia de la evaluación fisiológica con el índice diastólico sin ondas (iFR) en lesiones no culpables de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) revascularizados con éxito.

Métodos: Registro multicéntrico que incluyó pacientes con SCA revascularizados con éxito y que presentaban otras lesiones analizadas fisiológicamente con iFR entre enero de 2017 y diciembre de 2019. El objetivo primario fue un compuesto de muerte cardíaca, infarto de miocardio no fatal, trombotosis de stent probable o definitiva y nueva revascularización (MACE).

Resultados: Se incluyeron un total de 356 pacientes con 472 lesiones no culpables. La edad media fue de 66 ± 11 años. La presentación clínica fue síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (NSTEMI) en 235 pacientes (66%) y síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (STEMI) en 121 pacientes (34%). Tras un seguimiento de 22 ± 10 meses, el objetivo primario ocurrió en 32 pacientes (9%). No hubo diferencias en función de la presentación clínica (NSTEMI frente a STEMI, el 9,1 frente al 8,9%; $p = 0,570$) o la estrategia seguida por iFR (revascularización de todas las lesiones frente al menos una lesión diferida por presentar un iFR $> 0,89$, el 10,5 frente al 8,4%; $p = 0,476$).

Conclusiones: El uso del iFR para guiar la toma de decisiones en lesiones no culpables parece ser segura, con un aceptable porcentaje de MACE en el seguimiento. Pacientes con al menos una lesión sin significación fisiológica diferida de revascularización y aquellos con revascularización completa presentaron un riesgo similar de sufrir un MACE al seguimiento.

494/10. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS MEDIANTE TAVI

Alba Abril Molina, Julia Rodríguez Ortuño, Inmaculada Sigler Vilches, Carlos Palacios Castelló y Luis Díaz De La Llera

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El impacto de la enfermedad renal crónica (ERC) en los pacientes con estenosis aórtica severa

(EAs) tratados mediante implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) no está bien definido. Nuestro objetivo es determinar cuál es la influencia del filtrado glomerular basal en los pacientes con EAs tratados mediante TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se divide la población en 3 grupos según su filtrado glomerular (FG) calculado por la ecuación MDRD-4: sin ERC (FG > 60 ml/min), ERC ligera-moderada (FG 31-60 ml/min) y ERC severa (FG ≤ 30 ml/min). Se analizan las diferencias en mortalidad, rehospitalizaciones y complicaciones hemorrágicas/vasculares. Se siguen las definiciones VARC-2.

Resultados: Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media 79 ± 7 años: 54,3% sin ERC, 36,3% ERC ligera-moderada y 9,4% ERC severa, siendo estos últimos significativamente más hipertensos y con mayor puntuación en el score STS. No existen diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares, ni en las tasas de rehospitalización, pero sí en las causas, siendo la causa cardiovascular el principal motivo de ingreso en el subgrupo de ERC severa (p = 0,016). Tampoco existen diferencias significativas en mortalidad total; sin embargo, la mortalidad por todas las causas en el primer año tras el procedimiento y la mortalidad cardiaca a largo plazo son mayores en los pacientes con FG ≤ 30 ml/min (p = 0,016 y p = 0,013, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra serie, la ERC severa se asocia a mayor mortalidad total durante el primer año de seguimiento, a mayor mortalidad cardiaca a largo plazo y rehospitalizaciones de causa cardiovascular.

494/11. IMPACTO DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADOS MEDIANTE IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Alba Abril Molina, Carlos Palacios Castelló, Inmaculada Sigler Vilches, Julia Rodríguez Ortuño y José María Cubero Gómez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Según la literatura reciente, el desarrollo de fracaso renal agudo (FRA) tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) se ha asociado con mayor mortalidad intrahospitalaria. Nuestro objetivo es determinar la influencia del desarrollo de FRA periprocedimiento en el pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes con estenosis aórtica severa (EAs) tratados mediante TAVI.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes tratados mediante TAVI entre 2010 y 2019. Se establecen 2 grupos de pacientes sobre la base del desarrollo de FRA con criterios AKIN (*acute kidney injury*) III, según la definición VARC-2. Se analizan las diferencias en eventos cardiovasculares, clase funcional, complicaciones hemorrágicas/vasculares y mortalidad.

Resultados: Se incluyen 245 pacientes (62% mujeres), con edad media de 79 ± 7 años. El 3% desarrolla FRA AKIN III periprocedimiento. En esta población existe mayor tasa de infarto agudo de miocardio periprocedimiento (p = 0,021), mayor incidencia de accidente cerebrovascular en el seguimiento (p = 0,006) y peor clase funcional (83,3% en NYHA III; p < 0,001). No hay diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas/vasculares y el éxito inmediato del TAVI es significativamente menor (p = 0,004). Por último, existe mayor mortalidad relacionada con el procedimiento (p <

0,001), mayor mortalidad cardiaca total (p = 0,006) y mayor mortalidad global a corto (p < 0,001) y largo plazo (p = 0,013). Sin embargo, en el análisis multivariante, el desarrollo FRA AKIN III periprocedimiento no fue predictor independiente de mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, el desarrollo de FRA AKIN III periprocedimiento en pacientes tratados mediante TAVI se asocia con mayor tasa de eventos clínicos, menor éxito inmediato del procedimiento, y mayor mortalidad a corto y largo plazo.

494/12. LOS ANTICOAGULANTES ORALES PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE. VIDA REAL

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², José Manuel Andreu Cayuelas³, Sergio Raposeiras Roubin⁴, Abel García Del Egado⁵, Elena Fortuny Frau⁶, Julia Sellar Moya⁷, Carolina Ortiz Cortés⁸ y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ⁵Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital de Denia, Dénia, Alicante. ⁸Unidad de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: La terapia anticoagulante oral (ACO) con antivitamina K (AVK) en pacientes con fibrilación auricular (FA) se ha relacionado con deterioro renal, sin evidencia en enfermedad renal crónica (ERC) severa. El objetivo fue describir la relación entre ACO y deterioro significativo de función renal (DSFR) en pacientes con FA recién diagnosticada y ERC grave.

Métodos: Análisis retrospectivo, registro multicéntrico de 296 pacientes con ERC grave (tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) < 30 ml/min/1,73 m²), sin tratamiento sustitutivo renal, al diagnóstico de FA. Se definió DSFR como disminución del 30% en TFGe, inicio de diálisis u hospitalización por insuficiencia renal aguda tras 2 años de seguimiento. Se utilizó un análisis logístico binario multivariante para identificar predictores independientes. Las variables asociadas con DSFR en los análisis univariados se incluyeron en el modelo de predicción multivariante.

Resultados: De 195 pacientes vivos con determinaciones de creatinina el tercer año de seguimiento (edad 79 ± 9,5 años; 57,4% mujeres; TFGe basal 23,6 ± 7,7 ml/min/1,73 m²; CHA2DS2-VASc 4,5 ± 1,5), 122 pacientes (62,6%) iniciaron ACO el primer mes tras diagnosticarse FA (108 AVK, 14 anticoagulantes acción directa). Tras 2 años de seguimiento, la TFGe disminuyó a 23,0 ± 10,6 ml/min/1,73 m² (-2,2%) y 53 pacientes (27,2%) presentaron DSFR. Fue más frecuente en pacientes sin ACO (el 37,0 frente al 21,3%; p = 0,017) y con hipertensión basal (2 [7,7%] frente a 51 [30,2%]; p = 0,010). La falta de ACO e hipertensión siguieron siendo significativas después del análisis multivariante.

Conclusiones: La ACO se asoció de forma independiente con menor riesgo de DSFR entre los pacientes con ERC grave y FA recién diagnosticada. Se necesitan más estudios para aclarar los mecanismos de este efecto nefroprotector.

494/13. ANTICOAGULACIÓN ORAL EN MAYORES DE 80 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE

Pedro Agustín Pajaro Merino¹,
Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués²,
Elena Fortuny Frau³, Sergio Raposeiras Roubin⁴,
Jose Manuel Andreu Cayuelas⁵, Abel García Del Egidio⁶,
Julia Sellar Moya⁷, Carolina Ortiz Cortés⁸
y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁶Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital de Denia, Dénia, Alicante. ⁸Unidad de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: En fibrilación auricular no valvular (FANV), la edad avanzada y la enfermedad renal crónica (ERC) aumentan las tasas de trombosis y hemorragia, complicando la decisión de terapia antitrombótica. El objetivo fue explorar la eficacia y seguridad del tratamiento anticoagulante en pacientes con FANV \geq 80 años en comparación con $<$ 80 años.

Métodos: Analizamos datos de FIBRA, registro retrospectivo multicéntrico español de pacientes con ERC $<$ 30 ml/min/1,73 m² y FANV de nuevo diagnóstico. Para muerte se realizó un análisis de regresión de Cox multivariable, y para eventos embólicos y hemorrágicos, una regresión de riesgos competitivos basada en el modelo de Fine y Gray.

Resultados: Analizamos 405 pacientes, 232 tenían \geq 80 años (57,3%). La mediana de CHA₂DS₂-VASc y HASBLED fue 5 y 3 en \geq 80 años, respectivamente, y de 3 y 2 en pacientes $<$ 80 años. El tratamiento en \geq 80 años fue 47,8% anticoagulación, 10,8% anticoagulación + antiagregación, 21,1% antiagregación y 10,8% sin tratamiento. En $<$ 80 años, 57,8% anticoagulación, 18,5% anticoagulación + antiagregación, 17,9% antiagregación y 5,8% sin tratamiento. Seguimiento de 4,6 \pm 2,5 años, 205 murieron (50,6%), 34 tuvieron eventos embólicos (8,4%) y 85 hemorrágicos (21,0%). Después del análisis multivariado, no se encontró ningún beneficio de la anticoagulación para mortalidad en ningún grupo. En \geq 80, la anticoagulación se asoció con tasas más altas de eventos hemorrágicos sin disminución de eventos embólicos.

Conclusiones: En nuestro registro, la anticoagulación no ha mostrado beneficio en pacientes con FANV \geq 80 años con tasa de filtrado glomerular $<$ 30 ml/min/1,73 m², aumentando el riesgo de eventos hemorrágicos sin reducir los embólicos.

494/15. CABINA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Inmaculada Noval Morillas¹, Livia Gheorghie¹,
Dolores Cañadas Pruaño¹, Ester Angulo Pain²
y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: El uso de radiación ionizante durante las intervenciones de cateterismo cardiaco tiene un impacto adverso tanto en los pacientes como en el personal médico. Los equipos tradicionales de protección radiológica solo son

parcialmente eficaces. La cabina de protección radiológica Cathpax[®] (RPC) ha demostrado reducir significativamente la exposición a la radiación en intervenciones electrofisiológicas y neurorradiológicas. Nuestro objetivo fue analizar si Cathpax[®] RPC reduce la dosis de radiación en intervenciones estructurales coronarias y cardíacas en procedimientos no seleccionados del mundo real.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo no aleatorizado, en el que 119 procedimientos de intervención cardíaca consecutivos se dividieron alternativamente en 2 grupos: el grupo de RPC (n = 59) y el grupo sin RPC (n = 60).

Resultados: No se observaron cambios significativos en las características de los pacientes y los procedimientos, el volumen medio de contraste, el kerma en el aire (AK), el área de dosis-producto (PDA) y el tiempo de fluoroscopia entre ambos grupos. En el grupo de RPC, la exposición relativa a la radiación del primer operador se redujo en un 78% en el pecho y en un 70% en la muñeca. Este efecto fue constante durante diferentes tipos de procedimientos, incluidas intervenciones percutáneas complejas y procedimientos estructurales.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra, por primera vez, que la cabina Cathpax reduce de manera significativa y eficiente la exposición relativa a la radiación del operador durante diferentes tipos de procedimientos de intervención, lo que confirma su viabilidad en un entorno del mundo real.

494/16. COLESTEROL Y DIABETES MELLITUS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA: ANÁLISIS DE PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

Carmen Lluch Requerey, Miguel Ángel Montilla Garrido
y María Jessica Roa Garrido

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud global. Los pacientes diabéticos presentan un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular de 2 a 4 veces superior al observado en la población general. Por ello, es de suma importancia realizar un análisis de los pacientes diabéticos ingresados en la planta de cardiología de nuestro centro, para poder realizar un posterior plan de optimización de control de factores de riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de pacientes con diagnóstico previo de DM2 ingresados en planta de cardiología seleccionados durante 3 meses (enero-marzo de 2020). Del total seleccionado de pacientes (n = 69) se analizaron motivo de ingreso, perfil lipídico, función renal, función ventricular y hemoglobina glucosilada.

Resultados: De un total de 69 pacientes analizados, la edad media fue 72 \pm 9,6 años. Un 32% (n = 22) ingresó por insuficiencia cardíaca, un 43% (n = 30) ingresó por cardiopatía isquémica y un 25% (n = 17) por otras causas. El 89,9% eran hipertensos y el 55% eran fumadores activos/exfumadores. El 87% (n = 60) tomaban estatinas previamente. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo media fue 51,9 \pm 11,9. Los valores medios de colesterol total fueron 132 \pm 33 mg/dl, de cLDL 66,79 \pm 29,9 mg/dl, de cHDL 40 \pm 14,4 mg/dl y triglicéridos 146 \pm 74 mg/dl.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos ingresados en planta de cardiología presentan un control lipídico adecuado, a pesar de ello han presentado un evento cardiovascular. Además, la mayoría de estos se encontraban previamente en tratamiento con estatinas, lo que refleja la prevalencia de dislipemia en este grupo poblacional.

494/17. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Fabiola Nicolás Cañadas, Soraya Muñoz Troyano y Miriam Parra Rubio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Durante la pandemia por COVID se ha producido un retraso en la atención de los pacientes con síndrome coronario agudo. El objetivo de este estudio observacional es valorar qué características tenían estos pacientes y su relación con la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo durante la pandemia COVID en los últimos 6 meses en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas y epidemiológicas, así como mortalidad hospitalaria.

Resultados: En un periodo de 6 meses se produjeron un total de 105 ingresos, con edad media 65 años (16,7%) y un 76,2% de hombres. El factor de riesgo más prevalente fue la hipertensión arterial, que estaba presente en el 58% de los casos. El 48,2% se presentó con SCACEST, predominantemente de localización anterior, consiguiéndose revascularización completa en un 57,2% de los casos. La FEVI media fue del 50,2%. La mortalidad hospitalaria fue del 12% asociada de forma significativa a la FEVI disminuida ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren un incremento de la mortalidad intrahospitalaria esperada al síndrome coronario agudo, asociado al retraso en la consulta del dolor torácico que ha supuesto la pandemia de COVID actual. Es necesario promover medidas de concienciación para que los pacientes con síntomas compatibles con síndrome coronario agudo demanden asistencia al sistema sanitario, para poder recibir el tratamiento de reperfusión de forma temprana y adecuada.

494/18. STENT BIOABSORBIBLE DE MAGNESIO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: BENEFICIO Y RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Inmaculada Noval Morillas, Livia Gheorghe, Dolores Cañadas Pruaño y Alejandro Gutiérrez Barrios

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo es evaluar los resultados clínicos a largo plazo y los hallazgos de imágenes intravasculares en una cohorte de pacientes con SCA tratados con stent bioabsorbible de magnesio (MgBRS), una vez que el stent se ha reabsorbido por completo.

Métodos: Entre diciembre 2016 y diciembre 2018 se incluyeron todos los pacientes con SCA sometidos a coronariografía con lesión culpable *de novo*, apta para ser tratada con MgBRS. Criterios de exclusión: enfermedad del tronco coronario izquierdo, bifurcaciones, lesiones ostiales, tortuosidad y calcificación severa, lesiones largas, alta carga trombotica, inestabilidad hemodinámica, anticoagulación oral, contraindicación para doble antiagregación.

Resultados: 90 pacientes con SCA fueron sometidos a ICP con MgBRS. 41 pacientes (46%) presentaron SCACEST. Edad media $55,9 \pm 9,9$ años, 75,6% varones y 64,4% fumadores. OCT se realizó en 62 pacientes (68,9%). Longitud media stent $21,27 \pm 7,7$ mm, diámetro medio $3,31 \pm 0,24$ mm. 15 pacientes (16,7%) requirieron otro stent solapado. Hubo 7 complicaciones: 5 disecciones del borde; 1 disección ostial inducida por catéter, y 1 caso de flujo lento. OCT post-ICP mostró estenosis en el área del stent del $3,49 \pm 21\%$ en 8 casos. A los 15 meses, la estenosis del diá-

metro fue $31,95 \pm 26,14\%$ y se observó reestenosis en 10 casos (21,7%). El área media se redujo desde el inicio ($7,57 \pm 1,77$ mm²) hasta el seguimiento de 15 meses ($6,13 \pm 2,20$ mm²). El mecanismo de reestenosis fue el colapso del stent. Se observó infarto de miocardio del vaso diana en 2 pacientes por trombosis del stent (2,2%), un caso presentó angina recurrente a las 2 semanas (fractura del stent y disección del borde proximal); 9 casos presentaron reestenosis de MgBRS en diferentes momentos.

Conclusiones: El MgBRS es factible en SCA, con rendimiento agudo óptimo. A largo plazo se requirió revascularización en un elevado número de pacientes debido, en la mitad de ellos, a una reestenosis del stent.

494/19. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA DERIVADOS A UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Soraya Muñoz Troyano, Gema Martínez Herrerías, Fabiola Nicolás Cañadas, Rafael Ferrer López y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La optimización del tratamiento en los pacientes con insuficiencia cardiaca con FEVI reducida es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características clínicas, la capacidad funcional y el grado de optimización de tratamiento de pacientes derivados a una unidad de insuficiencia cardiaca.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes derivados a una unidad de insuficiencia cardiaca de un hospital de tercer nivel. Se analizaron las características clínicas y epidemiológicas basales en la primera visita a la unidad de insuficiencia cardiaca.

Resultados: En un periodo de 14 meses se derivaron un total de 80 pacientes. La procedencia de derivación más frecuente fue de las consultas generales de cardiología (54,1%). La edad media fue de 62,9 (11,6) años. El 71% eran hombres con un índice medio de comorbilidad de Charlson de 2,1. La FEVI media fue del 30% y la etiología más prevalente, la miocardiopatía idiopática, en un 43,8%. Un 78,1% de los pacientes se encontraban en clase funcional NYHA II-III. El 89% de los pacientes recibían tratamiento con β -bloqueantes, el 83,1% con ARM, con bajas tasas de ARNI (26%) e iSGLT2 (6,8%). Indicándose titulación de fármacos en un 65,3% de los pacientes.

Conclusiones: Nuestros datos muestran las bajas tasas de optimización del tratamiento en las consultas generales de cardiología y la necesidad de optimización de tratamiento reforzando el papel de las unidades de insuficiencia cardiaca en el seguimiento y optimización del tratamiento, que mejora el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

494/20. FACTORES ASOCIADOS A LA MEJORÍA DE FUNCIÓN VENTRICULAR TRAS TAVI Y SU IMPLICACIÓN PRONÓSTICA

Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño, Inmaculada Sigler Vilches, Alba Abril Molina y Manuel Villa Gil-Ortega

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La mejoría de la función del ventrículo izquierdo (FEVI) tras el implante de prótesis valvular aórtica transcatóter (TAVI) podría tener un impacto pronósti-

co en estos pacientes. Nuestro objetivo es el estudio pronóstico de la mejora de FEVI tras TAVI y los factores asociados a ello.

Métodos: Estudio analítico observacional de pacientes sometidos a TAVI entre 2010 y 2019 divididos en 2 grupos, en función de si presentaron o no mejoría de la FEVI durante el primer año de seguimiento. Se analizó la incidencia de eventos según las definiciones VARC-2.

Resultados: Se analizaron 223 pacientes. En el análisis univariante, los factores asociados a mejora de la FEVI tras el procedimiento fueron: diabetes, cardiopatía isquémica, BRIHH basal, IM moderada-severa y puntuaciones elevadas en el STS score y en el índice de Charlson. Por el contrario, el sexo femenino, la cirrosis, el síndrome anémico previo y la presencia de BRIHH tras el implante fueron más frecuentes en el grupo que no mejoría. En el análisis multivariante, el factor predictor de mejora de función ventricular fue la FEVI basal disminuida (OR: 87; IC95%, 0,84-0,91; $p > 0,0001$), mientras que el BRIHH post-TAVI fue predictor de ausencia de mejoría (OR: 4,25; IC95%, 1,18-15,31; $p = 0,027$). No obstante, ambos grupos presentaron una incidencia similar de complicaciones vasculares, femorales, hemorragias e implante de marcapasos, con similares tasas tanto de reingreso como de mortalidad al año.

Conclusiones: El factor predictor de mejoría de función ventricular fue la FEVI basal disminuida. El BRIHH post-TAVI fue, sin embargo, un predictor de ausencia de mejoría de esta.

494/21. DIABETES MELLITUS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA: NUEVOS RETOS PARA EL CLÍNICO

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Jessica Roa Garrido y José Francisco Díaz Fernández

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus es un problema de salud global. Los pacientes diabéticos presentan un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular de 2 a 4 veces superior al de la población general. La evidencia científica actual ha demostrado el beneficio cardiovascular de los iSGLT2/aGLP1. Por ello es de suma importancia realizar un análisis de los pacientes diabéticos sin dicho tratamiento ingresados en la planta de cardiología de nuestro centro, para poder realizar una posterior optimización terapéutica y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo en el que se seleccionaron durante 3 meses (enero-marzo de 2020) pacientes con diagnóstico previo de DM2 ingresados en planta de cardiología. Del total de pacientes ($n = 69$), se analizaron motivo de ingreso, perfil lipídico, función renal, función ventricular y hemoglobina glucosilada.

Resultados: De los 69 pacientes analizados, la edad media fue $72 \pm 9,6$ años. Un 32% ($n = 22$) ingresó por insuficiencia cardíaca, un 43% ($n = 30$) ingresó por cardiopatía isquémica y un 25% ($n = 17$) por otras causas. El 89,9% eran hipertensos, el 55% eran fumadores activos/exfumadores. El 45,5% ($n = 31$) estaba insulinizado previamente. La fracción de eyección media del ventrículo izquierdo fue $51,9 \pm 11,9\%$. Se objetivó un filtrado glomerular medio de $59,7 \pm 33$ ml/min/1,73 m². Los niveles medios de hemoglobina glucosilada fueron del $7,26 \pm 1,19\%$.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos ingresados en planta de cardiología presentan un control glucémico óptimo, sin embargo, han presentado eventos cardiovasculares con necesidad de hospitalización. El inicio de iSGLT2/aGLP1 en estos pacientes podría ser una opción terapéutica, con el objetivo de reducir hospitalizaciones y eventos cardiovasculares mayores.

494/22. CALIDAD DE VIDA EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI REDUCIDA, ¿CÓMO DEBEMOS MEDIRLA?

José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Adrian Rodríguez Albarrán¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Antonio León Justel²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Bioquímica clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El concepto de resultados relacionados con la salud como criterio de valoración principal de la intervención terapéutica en enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca (IC), debería ser clave. A pesar de ello, no está estandarizado.

Métodos: Estudio prospectivo en IC con fracción de eyección reducida (IC-Fer). El objetivo principal era evaluar el impacto en los resultados relacionados con la salud del paciente. Fueron seguidos de forma prospectiva durante 12 meses, 105 pacientes consecutivos ingresados por episodio de IC aguda.

Resultados: Los pacientes experimentaron mejoras tempranas y sólidas en los resultados relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la mayoría de los dominios, y persistieron a los 12 meses. A los 6 meses, mejora significativa en la CVRS del $18,2\%$ ($76,5 \pm 22,4$ a $95,0 \pm 15,7$; $p < 0,001$) y $14,4\%$ a los 12 meses ($76,5 \pm 22,4$ a $96,3 \pm 15,9$; $p < 0,001$). Las mayores mejoras se encontraron en el dominio de gravedad de los síntomas, donde los pacientes informaron una mejora del $22,6\%$ después de 6 meses y del $18,9\%$ después de 12 meses ($p < 0,001$). Las puntuaciones más bajas se informaron en el dominio físico, con un aumento del $11,0$ y el $4,3\%$ después de 6 meses y 12 meses ($p = 0,089$). El dominio psicosocial y la capacidad para realizar las actividades de la vida normal también mostraron una mejora.

Conclusiones: En nuestra cohorte se aprecia una gran mejoría de la CVRS tras el alta hospitalaria por IC aguda mantenida a los 12 meses, y presentamos un posible estándar para aplicar en nuestra práctica clínica.

494/23. POTENCIALES AHORROS EN INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA MEDIANTE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PERSONALIZADA.

José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Francisco José Caro Fernández¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Francisco Díaz Fernández¹ y Antonio León Justel²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) afecta a más de 26 millones de personas en el mundo, con un coste estimado mayor a 100 billones de dólares anuales. Nuestro objetivo es evaluar un seguimiento personalizado en IC e intentar extrapolar nuestros resultados a la población española mediante una simulación.

Métodos: Estudio clínico antes-después con 192 pacientes afectados de IC con FEVI reducida. Se estratificaron en 3 grupos de riesgo mediante la calculadora BCN BioHF, llevando a cabo un seguimiento protocolizado según el grupo de riesgo, midiendo reingresos y visitas a urgencias. Los costes se calcularon mediante el sistema GDR (Grupos Relacionados por el Diagnóstico). Se han realizado cálculos utilizando tasas ajustadas para 1.000 pacientes-año. Para evaluar el impacto presupuestario, simulamos 3 escenarios diferentes (se producen 80.000 ingresos hospitalarios por IC anuales en España).

Resultados: Se logró una reducción del 37% de los ingresos por IC y del 72% de las visitas a urgencias. En nuestra cohorte

obtuvimos una reducción de 753.413 € por 1.000 pacientes-año en 12 meses. El impacto presupuestario podría situarse entre -56.322.308 € (IC95%, -91.332.342 a -21.906.326), en el mejor de los casos, y -28.161.154 € (IC95%, -45.666.171 a -10.953.163), en el peor.

Conclusiones: Aplicando un modelo de riesgo estratificado en IC y realizando un seguimiento personalizado en función de este riesgo, se pueden conseguir grandes beneficios en términos sanitarios y económicos. Al extrapolar los resultados de nuestra cohorte a la población española, se podrían obtener beneficios de entre 28.161.154 y 56.322.308 €. Resulta fundamental señalar que estos resultados son mediante una simulación y deberían corroborarse mediante otro tipo de estudio.

494/25. CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y TRASTORNOS DEL RITMO DIFERENCIALES EN UNA POBLACIÓN CON UNA INFRECIENTE FENOCOPIA DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. SÍNDROME PRKAG2

Carlos Federico Gómez Navarro, Fabiola Nicolás Cañadas, Elvira Carrión Ríos, José Antonio Aparicio Gómez y José Gregorio Soto Rojas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrofica (MCH) es la cardiopatía familiar más frecuente. Su origen está en mutaciones de proteínas del sarcómero. Un 5% de MCH se debe a defectos genéticos raros incluidas metabolopatías hereditarias, como la glucogenosis por mutaciones del gen que codifica la subunidad $\gamma 2$ de la proteincinasa activada por adenosina monofosfato (PRKAG2) (SP2). El SP2 es una "fenocopia" con similitudes ecocardiográficas con MCH, pero con rasgos diferenciales. Los datos clínicos de pacientes SP2 son escasos por haber pocas series de casos publicados en la literatura mundial. El objetivo es analizar características electrocardiográficas y trastornos del ritmo en pacientes con SP2, comparada con una población MCH no obstructiva sarcomérica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de cohortes de la consulta de cardiopatías familiares de nuestro centro, comparando 7 individuos con SP2 frente a 9 pacientes con MCH con similar grosor ventricular. Analizamos características electrocardiográficas y complicaciones arrítmicas.

Resultados: La edad media fue menor en la cohorte SP2, 41,4 frente a MCH, 57,6 años. Grosor máximo similar: SP2, 17,4 frente a MCH, 17,6 mm. Preexcitación presente ECG: SP2, 4p (57%) frente a MCH, 0. Anchura media QRS: SP2, 130,7 frente a MCH, 105,1 ms. BRIHH: SP2, 3 (42%) frente a MCH, 1 (11%). Disfunción sinusal: 4 (57%) frente a 1 (11%). Implante marcapasos/DAI: SP2, 3MP/1 DAI. MCH: 0 MP/1 DAI.

Conclusiones: Los pacientes con SP2 presentan rasgos diferenciales, con mayor presencia de trastornos ECG y complicaciones arrítmicas, respecto a una población de similar grosor ventricular con MCH.

494/26. RESULTADOS INICIALES DE UN PROGRAMA DE TELE-REHABILITACIÓN CARDIACA

María del Mar Martínez Quesada¹, Laura Prieto Valiente², María José López Marco², Yolanda López Gutiérrez³ y Rafael J. Hidalgo Urbano¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La pandemia ha obligado a modificar la atención a los pacientes cardíacos. Diseñamos un programa de rehabilitación cardíaca domiciliar supervisada telemáticamente.

Métodos: Incluimos a 49 pacientes que realizaron el programa de tele-rehabilitación cardíaca y los comparamos con una cohorte histórica de pacientes rehabilitados en nuestra unidad. El programa consistía en hacer un seguimiento telefónico semanal del paciente, y entrenamiento en vivo por videoconferencia en los últimos.

Resultados: Se analizan 559 pacientes. Varones el 88%, con edad media de 57 \pm 8 años, diabéticos el 25% y fumadores el 57%. La patología cardíaca predominante fue un síndrome coronario agudo reciente (86%). En cuanto a las características basales, no se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo, presencia de diabetes, proporción de fumadores o la edad. En cuanto a los resultados del programa, encontramos proporción similar de pacientes que tenían las cifras de cLDL < 70 mg/dl y de 55 mg/dl y control adecuado de la DM. Tan solo las cifras de PA estaban peor controladas en el grupo telemático. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el incremento en la capacidad funcional en la prueba de esfuerzo, en la pérdida de peso ni en la mejoría en el cuestionario de calidad de vida SF36. No hubo abandonos del programa en el grupo telemático ni se registraron complicaciones durante los entrenamientos.

Conclusiones: La realización del programa de rehabilitación cardíaca "a distancia" es segura, factible y consigue resultados equivalentes al del programa presencial. El control de la PA debe intensificarse en estos pacientes.

494/27. PREDICTORES RELACIONADOS CON LA TITULACIÓN DE ARNI EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Arancha Díaz Expósito¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mézcua¹, Manuel Luna Morales¹, José David Martínez Carmona¹, Luis Morcillo Hidalgo¹, Clara Jiménez Rubio¹, Juan José Gómez Doblaz¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Sacubitrilo-valsartán (ARNI) reduce los ingresos por IC y muerte por cualquier causa en pacientes con FEVI deprimida. Analizamos las características de los pacientes que no toleran dosis medias o máximas.

Métodos: Se incluyen pacientes con IC y FEVI < 40% atendidos desde enero de 2017 hasta diciembre de 2020. Se realiza un análisis univariado (chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para cuantitativas), así como una regresión logística binaria.

Resultados: Se atendió a 717 pacientes (74,2% hombres), con una edad media de 66 \pm 12,3 y nivel basal de NT-proBNP de 3.542 \pm 6.199,3. De los 715 pacientes que completaron el seguimiento, 420 recibieron ARNI (58,7%). 157 pacientes (22,6%) recibían dosis bajas, 132 (18,9%) dosis intermedias, 131 (18,8%) dosis máxima. Los factores asociados a no recibir dosis medias o máxima de ARNI fueron: titulación en abril/octubre (el 66,7 frente al 58,7%; p = 0,034), insuficiencia renal (el 71 frente al 58,7%; p = 0,019), ferropenia (el 57,5 frente al 67,6%; p = 0,006), edad (p = 0,01), IMC (p = 0,001), y valores de NT-proBNP (p < 0,004). La insuficiencia renal se comportó como un predictor independiente de no recibir dosis medias o máxima (OR: 2,39; IC95%, 1,01-5,7; p = 0,048).

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes que toman ARNI solo alcanzan dosis bajas en la titulación. Los factores que condicionan no recibir dosis medias o plenas son: la titulación en meses de abril/octubre, la ferropenia, la edad, el IMC y los valores de NT-proBNP. Solo la insuficiencia renal se comportó como un predictor independiente, duplicando el riesgo de no recibir ARNI a dosis medias o máxima.

494/28. PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ (CIP): CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA (RC)

María Rivadeneira Ruiz¹, Blanca Olivares Martínez¹,
María Inmaculada Fernández Valenzuela¹,
Alejandro Gómez González¹, María José López Marco²,
Laura Prieto Valiente², Yolanda López Gutiérrez³,
Rafael J. Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La patología cardiovascular surge a edades cada vez más tempranas.

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de pacientes con CIP y los resultados de un programa de RC.

Métodos: Analizamos una cohorte de pacientes en un programa de RC desde enero de 2018 a febrero de 2021. Definimos CIP como la aparición antes de los 55 años (varones) y de los 65 años (mujeres). Valoramos características demográficas y clínicas. Todos realizaron un programa de RC consistente en 8 semanas de ejercicio físico supervisado, incluyendo asesoramiento especializado y valoración integral final.

Resultados: Se incluyeron 559 pacientes; el 88% varones, con edad media de 57 ± 8 años. El 86% presentó un síndrome coronario agudo reciente. Tuvieron CIP el 45%. Encontramos diferencias en los pacientes con CIP en cuanto al género (el 79% mujeres; p = 0,000), la presencia de DM (44%; p = 0,003) y fumadores (55%; p = 0,000). Estos pacientes eran más obesos (p = 0,006), con mejor capacidad funcional (p = 0,000) y peor calidad de vida percibida (p = 0,001). En cuanto a los resultados del programa, la proporción de pacientes que alcanzó objetivos de control lipídico, glucémico y tensional fue similar en ambos grupos, al igual que la mejoría de los resultados en escalas de calidad de vida y capacidad funcional.

Conclusiones: Los pacientes que presentan CIP en nuestros hospitales son aproximadamente la mitad y tienen un perfil característico, con mayor prevalencia de mujeres, no diabéticos y fumadores. En nuestra cohorte, la repercusión de los programas de RC fue similar a la de los pacientes con cardiopatía isquémica de inicio tardío.

494/29. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Blanca Olivares Martínez¹,
María Inmaculada Fernández Valenzuela¹,
Alejandro Gómez González¹, María Rivadeneira Ruiz¹,
María José López Marco², Laura Prieto Valiente²,
Yolanda López Gutiérrez³, Jesús Carmona Carmona¹,
Rafael J. Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Pese a la alta morbimortalidad de la cardiopatía isquémica en mujeres, estas suelen estar infratratadas. Su inclusión en programas de rehabilitación cardiaca (RC) también es menor. Nos planteamos examinar las características diferenciales y resultados de las mujeres que realizan programas de RC.

Métodos: Analizamos una cohorte de pacientes que realizaron el programa de RC en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 a febrero de 2021, describiendo sus características demográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyen 563 pacientes (88% varones, edad media 57 ± 8 años). Las patologías más frecuentes fueron síndrome coronario agudo (86%) e insuficiencia cardiaca crónica —ICC— (6%). En ambos géneros se observaron edades similares (57 ± 8 años en hombres frente a 59 ± 9 años en mujeres) y proporciones parecidas de diabéticos, fumadores y con arteriopatía periférica. En mujeres hubo mayor proporción de cardiopatía isquémica precoz (el 79 frente al 41%; p = 0,000) y cirugía valvular (el 8 frente al 1%); en hombres hubo más frecuencia de ICC (el 1,5 frente al 7%; p = 0,003). Inicialmente, las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida SF36 (47 ± 19 frente a 57 ± 21; p = 0,000) y peor capacidad funcional en la ergometría (5,9 ± 1,9 MET frente a 7,2 ± 2 MET; p = 0,000). Sin embargo, el programa de RC produjo incrementos similares en la capacidad funcional y calidad de vida. Asimismo, tenían buen control de la presión arterial y de las cifras de LDL y de HbA1c (p > 0,05).

Conclusiones: Las mujeres incluidas en programas de RC presentan más cardiopatía isquémica precoz, pero perfil clínico similar a los varones. Aunque inicialmente tienen peor calidad de vida y capacidad de ejercicio, consiguen resultados tan satisfactorios como los hombres.

494/30. LA OBESIDAD, UNA COMORBILIDAD FRECUENTE EN PACIENTES QUE REALIZAN REHABILITACIÓN CARDIACA

Alejandro Gómez González¹, María Rivadeneira Ruiz¹,
Blanca Olivares Martínez¹,
María Inmaculada Fernández Valenzuela¹,
María José López Marco², Laura Prieto Valiente²,
Yolanda López Gutiérrez³, Rafael J. Hidalgo Urbano¹,
Gloria Rocío Padilla Rodríguez¹
y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La obesidad es otra de las grandes pandemias de nuestra sociedad. Propusimos analizar su prevalencia en pacientes cardiopatas y su influencia en los resultados de los programas de rehabilitación cardiaca (RC).

Métodos: Analizamos una cohorte de pacientes que realizaron el programa de RC en un hospital terciario. Definimos obesidad como IMC inicial > 30. Se valoraron las características demográficas-clínicas. El programa consistía en 8 semanas de ejercicio físico junto con asesoramiento sobre dieta, ejercicio y medicación. Al finalizar, se realizaba una valoración clínica, analítica y con ergometría.

Resultados: Se incluyen 146 pacientes que realizaron el programa en el año 2020 (88% varones, edad media 57 ± 9 años). La patología predominante fue síndrome coronario agudo (85%), seguida de Insuficiencia cardiaca (9,6%). Eran obesos el 44%. La distribución de características basales (sexo, edad y comorbilidades) entre obesos y no obesos fue similar. Se encontraron mayores valores de HbA1c y TG (103 ± 58 frente a

130 ± 83 mg/dl) en los obesos, solo significativo en el caso de los TG. Los pacientes obesos alcanzaron menos MET en ergometría. Respecto a los resultados, la distribución de objetivos de cLDL < 70 mg/dl, cLDL < 55 mg/dl, control tensional y HbA1c < 7% fue similar. El incremento porcentual de la capacidad funcional y cuestionario de calidad de vida fue equivalente.

Conclusiones: La prevalencia de pacientes obesos dentro del programa de RC es alta. En nuestra muestra no mostraron un peor control de las cifras de cLDL, aunque sí de TG. Lograron mejorías en la capacidad funcional y la calidad de vida similar a la población no obesa.

494/31. ANÁLISIS DE LA DEMANDA TELEFÓNICA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE LLAMADA

Manuel Luna Morales¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mezcua¹, José David Martínez Carmona¹, Arancha Díaz Expósito¹, Juan José Gómez Doblas¹, Clara Jiménez Rubio¹, Luis Morcillo Hidalgo³ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Los programas específicos para pacientes de IC reducen significativamente las readmisiones, recomendándose en guías de práctica clínica con máxima evidencia. La atención telefónica se oferta en estos programas. El objetivo principal fue evaluar motivos de consulta frecuentes y capacidad de resolución tras la llamada.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre las consultas telefónicas registradas entre junio de 2020-enero de 2021 en una consulta de enfermería de IC. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, motivo de llamada y frecuencia.

Resultados: Se analizaron 423 consultas telefónicas, 55,7% (235) reactivas, y 44,3% (187) proactivas. La edad media fue 65 ± 12,3 años, el 65,6% eran hombres. El 77% presentaba FEVI < 40%, Charlson modificado medio 4,7 ± 3,6, un 92,3% estaba en tratamiento con BB, un 89,1% con IECA/ARAI/ARNI y un 82,3% con ARM. La media de fármacos por paciente fue de 8,6 ± 3. El 46% de las llamadas reactivas fue para consultar síntomas, un 20% sobre tratamientos o procedimientos, un 16% por problemas con la prescripción y un 14% por gestión de citas. El 40% de las llamadas proactivas fue por control de síntomas, un 30,5% para gestión de citas, un 27,3% para titulación y un 2,1% otras causas. Cuando el motivo de consulta era por síntomas, la media de llamadas necesarias fue 1,4 ± 0,8, el 77,6% se solucionó por teléfono, el 16,4% precisó de visita presencial con enfermería y el 2,7% fue derivado a urgencias.

Conclusiones: La demanda telefónica más habitual fue el empeoramiento de síntomas. La consulta telefónica es un recurso eficaz en estos casos, facilitando la accesibilidad del paciente y evitando desplazamientos innecesarios a centros sanitarios.

494/32. REHABILITACIÓN CARDIACA TRAS UN INTERVENCIONISMO CORONARIO PERCUTÁNEO: RESULTADOS A MUY LARGO PLAZO

Alfonso Padilla Escámez, María José Romero Reyes, Sebastián Rufián Andújar, José Antonio Mora Pardo y Francisco Javier Molano Casimiro

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El beneficio de los programas de rehabilitación cardiaca (RC) son conocidos, pero existen menos

estudios sobre los resultados a muy largo plazo. Analizamos el impacto de un programa de RC sobre la morbimortalidad a muy largo plazo tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que incluimos a pacientes a los que se les ofreció participar en nuestro programa de RC tras un ICP, entre septiembre de 2004 y enero de 2001. Realizamos un seguimiento posterior hasta mayo de 2020, con una mediana de seguimiento de 11 años (rango, 9-12 años).

Resultados: De los 701 pacientes incluidos en el estudio, 291 (41,5%) participaron en el programa de RC y 410 (58,4%) rechazaron. Nuestra indicación más frecuente para el ICP fue el infarto agudo de miocardio (51,9%), seguido de la angina inestable (42,8%). Los pacientes que realizaron RC fueron más jóvenes y con mayor frecuencia varones. En el análisis multivariante, la realización de RC se asoció a una reducción significativa de la mortalidad global (el 19,5 frente al 48,4%; OR: 0,258; IC95%, 0,182-0,366; p < 0,001), la mortalidad cardiovascular (el 4,5 frente al 18,0%; OR: 0,212; IC95%, 0,115-0,390; p < 0,001), la necesidad de hospitalización por insuficiencia cardiaca (el 10,0 frente al 24,8%; OR: 0,339; IC95%, 0,217-0,529; p < 0,0001) y la incidencia de accidente cerebrovascular durante el seguimiento (el 5,5 frente al 10,6%; OR: 0,491; IC95%, 0,271-0,890; p < 0,017).

Conclusiones: Tras un ICP, independientemente de su indicación, realizar un programa de RC se asocia una mejoría del pronóstico, con una reducción de mortalidad global y cardiovascular, así como de la morbilidad a muy largo plazo.

494/33. FACTORES PREDICTORES DE UN BUEN CONTROL DE COLESTEROL LDL EN PACIENTES QUE REALIZAN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Alejandro Gómez González¹, María Rivadeneira Ruiz¹, Blanca Olivares Martínez¹, Francisco Javier Cortés Cortés¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente², Yolanda López Gutiérrez³, Rafael Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El colesterol LDL (cLDL) tiene un papel crucial en el desarrollo de aterosclerosis. Las nuevas terapias para reducirlo permiten controlar sus niveles eficaz y precozmente tras un síndrome coronario agudo (SCA). La identificación de variables predictoras de peor control lipídico podría ayudar a iniciar tratamientos más intensivos en pacientes de riesgo.

Métodos: Se analizaron características demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con cardiopatía isquémica admitidos en el programa de rehabilitación cardiaca de un hospital terciario. Todos los pacientes estaban en tratamiento con estatinas de alta potencia y se añadieron tratamientos concomitantes a criterio del cardiólogo responsable.

Resultados: Se analizaron 501 pacientes (88% varones, edad media 57 ± 8 años) que realizaron el programa tras un SCA entre enero de 2018 y febrero de 2021. En la analítica realizada al finalizar, un 69,5% de pacientes tenían cifras de cLDL < 70mg/dl, de los cuales el 39% tenía cLDL < 55 mg/dl. No se obtuvieron diferencias en función del género, edad, arteriopatía o cardiopatía precoz. Se observó un mayor porcentaje de diabéticos controlados entre los pacientes que alcanzaban

niveles de cLDL < 70mg/dl (el 82 frente al 65,5%; $p = 0,001$), así como cifras más elevadas de triglicéridos en aquellos pacientes que no alcanzaban el objetivo de LDL (132 ± 65 frente a 110 ± 53 mg/dl; $p = 0,002$).

Conclusiones: En nuestra muestra, los diabéticos presentaron mayor control del perfil lipídico. Atribuimos esto a que son pacientes de alto riesgo con tratamientos agresivos desde el inicio. Asimismo, niveles elevados de triglicéridos se asociaron a peor consecución de objetivos, por lo que pacientes con dislipemia mixta podrían ser candidatos a tratamientos más intensivos.

494/34. ESTUDIO DE LAS CAUSAS QUE MOTIVARON LA FALTA DE PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA-NEPRILISINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DEPRIMIDA

José David Martínez Carmona¹, Concepción Cruzado Álvarez², Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹, Ainhoa Robles Mezcuá¹, Arancha Díaz Expósito¹, Manuel Luna Morales¹, Luis Morcillo Hidalgo¹, Clara Jiménez Rubio¹, Juan José Gómez Doblás¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Sacubitril-valsartán (ARNI) reduce el evento combinado de ingresos por IC y muerte por cualquier causa en pacientes con IC y FEVI deprimida. A pesar de sus beneficios pueden existir barreras para su prescripción.

Métodos: Se incluyó a los pacientes con IC y FEVI < 40% atendidos en una unidad de IC de enero de 2017 a diciembre de 2020. Se realizó un programa de educación y titulación de fármacos mediante un protocolo predefinido. Se realiza un análisis descriptivo del tratamiento prescrito al final del seguimiento en consulta.

Resultados: Se atendió a 717 pacientes (74,2% hombres), con una edad media de $66 \pm 12,3$ y niveles basales de NT-proBNP de $3.542 \pm 6.199,3$. El 99,7% de los pacientes (715) completaron el seguimiento. De los 454 pacientes que iniciaron ARNI:

- El 92,5% lo tomaban al final del seguimiento, el resto lo interrumpieron por los siguientes motivos: problemas de financiación (4,4%), hipotensión (0,8%), angioedema (0,4%), diarrea (0,4%), tos (0,2%), disnea (0,2%), mareo (0,2%), cefalea (0,1%) y edemas (0,1%).
- El 37,3% recibió la dosis baja, el 31,3% la dosis intermedia y el 31,3% la dosis alta.

Conclusiones: El 58,7% de los pacientes con IC y FEVI deprimida atendidos en una consulta de enfermería de IC tenían prescritos ARNI al alta del programa de intervención, de los cuales 1 de cada 3 reciben la dosis máxima. El 7,5% de los pacientes que inicialmente recibieron ARNI no pudieron continuar el tratamiento al alta, de los cuales el 60% fue motivado por problemas económicos y el resto por efectos secundarios.

494/35. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI RECUPERADA, ¿MITO O REALIDAD EN PRÁCTICA REAL?

Rocío Rodríguez Delgado, Carmen Otte Alba, Irene M. Estrada Parra, Manuel González Correa, David Villagomez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es el principal parámetro para evaluar a los pacientes con insuficiencia cardiaca, determinando su manejo terapéutico y pronóstico. Nuestro objetivo fue determinar las características de la población con FEVI recuperada (FEVI-R), definida como FEVI inicial $\leq 40\%$ con un incremento $\geq 10\%$ durante el seguimiento, bajo TMO.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y analítico sobre pacientes valorados en nuestra unidad de IC.

Resultados: Se incluyeron 192 pacientes, edad media 65 años. El 45% cumplía los criterios de FEVI-R. En dicho grupo, se observó una menor prevalencia de DM ($p = 0,042$), DLP ($p = 0,001$) y cardiopatía isquémica ($p = 0,002$). La IC de novo fue significativamente superior ($p = 0,003$), así como el filtrado glomerular ($73,4$ frente a 66 ml/min; $p = 0,008$), siendo las etiologías más frecuentes la enófica y la taquimiocardiopatía. La FEVI inicial no mostró diferencias entre ambos grupos, pero los niveles de NT-proBNP fueron significativamente inferiores al inicio ($p = 0,002$) y en el seguimiento ($p = 0,000$) en el grupo con FEVI-R, precisando diuréticos, levosimendán y ferroterapia con menor frecuencia ($p = 0,001$ y $p = 0,007$, respectivamente). No existieron diferencias significativas en cuanto al resto de terapias farmacológicas. Atendiendo a los eventos, se observó una baja incidencia de reingresos por descompensación (el 3,5 frente al 28,3%; $p = 0,000$) y marcada reducción de la mortalidad (el 1,2 frente al 17,9%; $p = 0,003$).

Conclusiones: El seguimiento en nuestra UIC logra un elevado porcentaje de casos de FEVI-R, conllevando un evidente beneficio clínico y objetivando un menor número de reingresos y mortalidad.

494/37. PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿HACEMOS TODO LO QUE ESTÁ EN NUESTRA MANO?

Paloma Márquez Camas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El SCA es la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Si bien la terapia de reperfusión es la parte más beneficiosa del tratamiento en el IAM, no debemos dejar atrás la prevención secundaria. La identificación y optimización del control de factores de riesgo cardiovascular es fundamental para disminuir la elevada tasa de recurrencias de eventos isquémicos tras el alta y conseguir éxito del tratamiento a largo plazo. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el cumplimiento de la terapia hipolipemiente en todos aquellos pacientes ingresados en nuestro centro con un diagnóstico de SCA en 2018.

Métodos: Mediante un estudio observacional retrospectivo hemos analizado el cLDL inicial, el tratamiento recibido y el cLDL después de 1 año. Como referencia hemos tomado la cifra de 70 mg/dl, correspondiente a las directrices europeas de 2016.

Resultados: Se incluyeron 676 pacientes (72,6% hombres) y la media de edad fue de 65,43 años. Tras de 1 año de seguimiento, la media de cLDL se redujo de 90,12 a 74,48 mg/dl. El 42,5% de los pacientes no alcanzaron la diana terapéutica, el 39% de los pacientes estuvieron por debajo del umbral y el 18,4% se perdieron en el seguimiento. Asimismo, el perfil terapéutico cambió: la tendencia se dirigió a un mayor uso de combinaciones de fármacos y estatinas de alta intensidad.

Conclusiones: A pesar de nuestro gran arsenal terapéutico y un amplio conocimiento sobre su adecuado control, aún estamos lejos de lograr resultados lipídicos óptimos.

494/38. ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

Antonio Luis Gámez López

Unidad de Cardiología, Hospital General de Valdepeñas, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (IC-FEC) es una enfermedad heterogénea con una prevalencia creciente. Una de las comorbilidades más importantes asociadas a la IC-FEC es la fibrilación auricular (FA). A pesar de esto existen pocos datos sobre la eficacia del tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD) en estos pacientes. El objetivo es describir el efecto de los ACOD en el pronóstico y eventos isquémicos o hemorrágicos de estos pacientes.

Métodos: Analizamos una cohorte contemporánea de pacientes con HFpEF y FA. Comparamos los resultados de los pacientes con ACOD frente a agonistas de la vitamina K (AVK). Para ello se realizaron curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Seleccionamos 81 pacientes con IC-FEC y FA. La edad media fue de 75 ± 11 años. El 36% de los pacientes fueron tratados con ACOD. En una mediana de seguimiento de 33 meses, la mortalidad por cualquier causa fue menor en el grupo ACOD (el 30% ACOD frente al 58,6% AVK; $p = 0,048$ logrank test). En el grupo de pacientes tratados con ACOD, se observó una reducción en el número de episodios hemorrágicos mayores (el 32% ACOD frente al 77% AVK; $p = 0,032$ log rank test) sin cambios en la incidencia de ictus o embolia sistémica (el 11,5% NOAC frente al 6,9% AVK; $p = 0,550$).

Conclusiones: En pacientes con IC-FEC, el uso de ACOD se asoció con una disminución de la mortalidad total y a una reducción significativa de las tasas de hemorragia grave. Estos datos confirman el impacto positivo del tratamiento con ACOD en pacientes con HFpEF y FA.

494/40. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ACTUALIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN ANDALUCÍA Y SUS PROVINCIAS Y COMPARACIÓN CON ESPAÑA, PERIODO 2009-2018.

Juliana Caballero Güeto¹, Francisco José Caballero Güeto²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Medicina Intensiva, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba.

Introducción y objetivos: Andalucía es una de las comunidades con mayor mortalidad por isquemia coronaria. Actualizamos la descripción de la evolución temporal de la mortalidad de sus provincias y de España.

Métodos: Tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ajustadas a edad (población europea estándar Eurostat-2013)/100.000 habitantes, servidor interactivo ARIADNA (Centro Nacional Epidemiología-Instituto Salud Carlos III) años 2009-2018.

Resultados: Diferencia absoluta de tasas y descenso anualizado periodos 2009/2014 y 2014/2018:

- Almería: $-24,76 (-4,1) \delta -16,32 (-2,7) \eta$ y $-5,92 (-1,2) \delta +1,54 (+0,3) \eta$
- Cádiz: $-20,11 (-3,3) \delta -9,56 (-1,6) \eta$ y $-3,94 (-0,8) \delta -4,77 (-0,9) \eta$
- Córdoba: $-25,08 (-4,2) \delta -5,19 (-0,9) \eta$ y $-3,96 (-0,8) \delta -0,08 (-0,02) \eta$
- Granada: $-20,38 (-3,4) \delta -9,49 (-1,6) \eta$ y $+7,4 (+1,5) \delta +1,2 (+0,2) \eta$
- Huelva: $-12,73 (-2,1) \delta -9,05 (-1,5) \eta$ y $-2,96 (-0,6) \delta -8,17 (-1,6) \eta$
- Jaén: $-19,6 (-3,2) \delta -9 (-1,5) \eta$ y $-5,87 (-1,2) \delta -2,2 (-0,4) \eta$
- Málaga: $-17,91 (-2,9) \delta -8,22 (-1,4) \eta$ y $-4,02 (-0,8) \delta -3,64 (-0,7) \eta$
- Sevilla: $-13,73 (-2,3) \delta -7,7 (-1,3) \eta$ y $-1,2 (-0,2) \delta +1 (+0,2) \eta$
- España: $-12,06 (-2) \delta -6,74 (-1,1) \eta$ y $-6,06 (-1,2) \delta -2,54 (-0,5) \eta$

Conclusiones: A pesar de un descenso progresivo, e inicialmente de mayor cuantía en nuestra comunidad, la mortalidad continúa siendo mayor en el conjunto de Andalucía que en España. Existe gran variabilidad entre las provincias: Sevilla, Huelva y Granada (hombres) y Cádiz (mujeres) tienen tasas superiores a la media de España. En el resto de provincias es similar o ligeramente menor. Desde el año 2014 y, sobre todo, 2016 parece documentarse una ralentización del descenso de la tasa de mortalidad generalizado, más acusado en nuestra comunidad, y en Granada y Huelva incluso parece existir una tendencia al alza.

494/42. CALCIFICACIÓN DEL BOTÓN AÓRTICO: UN NUEVO PREDICTOR DE ARTEFACTOS Y DE LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ANGIO-TC

Lucía Carnero Montoro¹, Jesús Rodríguez Nieto¹, Jorge Perea Armijo¹, Ignacio Gallo Fernández², Josué López Baizan¹, Daniel Pastor Wulf¹, Gloria María Heredia Campos¹, Adriana Rescua Collazo¹, Consuelo Fernández-Avilés Irache¹ y Rafael Gonzalez¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Centro de Salud Sector Sur-Santa Victoria, Córdoba.

Introducción y objetivos: La angio-TC es la técnica de elección para descartar enfermedad coronaria (EC) en pacientes sintomáticos con riesgo intermedio-bajo. A pesar de su elevada sensibilidad, se han descrito numerosos artefactos que impiden su correcta interpretación, así como factores relacionados a EC. Nuestro objetivo fue evaluar la presencia de calcio en el botón aórtico (CaBo) como un nuevo parámetro artefactual y predictor de lesiones coronarias significativas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo unicéntrico de pacientes sometidos a angio-TC para descartar EC entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2020. Se excluyeron pacientes sin radiografía de tórax (RxTx). Evaluamos la presencia de calcio aórtico en la RxTx posteroanterior. Los resultados de la angio-TC se clasificaron en 4 categorías: ausencia de lesiones, lesiones no significativas, lesiones significativas y estudio no valorable por artefactos.

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes, edad media 60 ± 12 años, 51% varones, 24% diabéticos, 57% hipertensos, 13% fumadores y 45% dislipémicos. El 18% presentó CaBo en la RxTx. Frecuencia cardiaca (FC) media 60 ± 16 lpm. Los resultados de la angio-TC fueron: 45% sin lesiones, 26% lesiones no significativas, 17% lesiones significativas y 12% lesiones no valorables. Los pacientes con CaBo presentaron una mayor probabilidad de obtener un resultado de angio-TC no valorable y con lesiones significativas, tanto en el análisis univariante como ajustado por edad, sexo y FC (OR: 3,2 [1,2-8,1]; $p = 0,017$) y (OR: 3,7 [1,5-8,7]; $p = 0,003$).

Conclusiones: La calcificación del botón aórtico en radiografía es un factor predictor independiente de angio-TC no valorable, y lesiones coronarias significativas con un riesgo 3,2 y 3,7 mayor con respecto a quienes no presentan dicho hallazgo.

494/43. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Yesenia Pimentel Quezada

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén.

Introducción y objetivos: Los anticoagulantes directos (ACOD) representan actualmente la terapia antitrombótica de elección en el paciente con fibrilación auricular no valvular (FANV). El objetivo del presente trabajo es el de caracterizar el tratamiento antitrombótico realizado en práctica clínica real en pacientes con FA, así como conocer la eficacia y seguridad de dicho tratamiento a largo plazo.

Métodos: Registro de práctica clínica diaria conformado por aquellos pacientes atendidos ambulatoriamente por FA en consulta externa de cardiología.

Resultados: Se incluyeron 1.007 pacientes con FANV. En cuanto a sus características basales destacamos: edad media 73 ± 11 años; 53% mujeres; 62% FA permanente; CHA2DS2-VASc medio $3,3 \pm 1,6$; HASBLED medio $1,8 \pm 0,9$; tipo de tratamiento: ACOD 31%, antagonistas vitamina K (AVK) 58%, no tratamiento antitrombótico 8%. A la mediana de seguimiento de 62 meses (41-75), la mortalidad global fue del 33% con una tasa de ictus o eventos embólicos periféricos del 10% y una incidencia de hemorragia que se situó en el 27%. Al comparar la tasa de eventos entre pacientes anticoagulados con ACOD frente a AVK encontramos: una mortalidad total del 24,8% ACOD frente al 41,7% AVK, $p < 0,0001$ chi-cuadrado; incidencia de ictus o eventos embólicos: el 8 frente al 11,7%, $p = 0,127$ chi cuadrado; incidencia de sangrado del 23,8 frente al 31,4%, $p = 0,037$ chi-cuadrado.

Conclusiones: En el seguimiento a largo plazo de una cohorte amplia de pacientes anticoagulados con FANV, el empleo de ACOD se asocia a una disminución de la mortalidad global y del riesgo de sangrado sin cambios en las tasas de ictus o embolia periférica.

494/44. PAPEL DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN TRIDIMENSIONALES EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR COMPLEJA

Ana Fernández Ruiz¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica María Delgado Ortega¹, Fátima Esteban Martínez¹, Miguel Ángel Romero Moreno², Soledad Ojeda Pineda¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejera¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio² y Dolores Mesa Rubio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: No hay estudios del impacto del desarrollo de la imagen 3D en el cierre percutáneo de la comunicación interauricular (CIA) anatómicamente compleja. El objetivo fue comparar, en función de la técnica de imagen (3D o 2D), el tipo de complejidad de la CIA, el éxito de cierre percutáneo y las complicaciones del procedimiento.

Métodos: Incluimos 106 adultos con CIA compleja (grandes ≥ 30 mm, múltiples, fenestradas, aneurismáticas o con déficit de remanente posterior o inferior) tratados percutáneamente desde 1998 hasta 2020. Comparamos el éxito, el tipo de complejidad y las complicaciones según la técnica de imagen empleada. La evaluación de la CIA y la monitorización intraprocedimiento se realizó con ecocardiografía transesofágica bidimensional (grupo 2D) de 1998 a 2007 ($n = 66$). Entre 2008 y 2020 ($n = 40$, grupo 3D) se utilizó la TC cardíaca para la evaluación y ecocardiografía transesofágica 3D-RT para la monitorización. Definimos éxito como cierre completo sin complicaciones.

Resultados: En el grupo 2D había más CIA grande (40,9%), y un menor porcentaje con déficit de remanente (6,1%) frente al grupo 3D (10 y 35%, respectivamente; $p < 0,05$). Hubo pocas complicaciones, 10 (9,4%), sin diferencias entre grupos. El éxito fue mayor en el grupo 3D (el 88 frente al 67%; $p < 0,05$).

Conclusiones: El cierre percutáneo de la CIA compleja es seguro. El uso de la imagen 3D frente a 2D mejora el éxito y cambia el tipo de complejidad de las CIA tratadas percutáneamente en favor de aquellas con déficit de rebordes.

494/46. EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA HOSPITALARIA

Soraya Muñoz Troyano¹, Gema Martínez Herrerías², Rafael Ferrer López¹, Fabiola Nicolás Cañadas¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) han demostrado su utilidad para la reducción de la morbimortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Nuestro objetivo es comunicar los resultados del primer año de implementación de una UIC.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes derivados a una UIC. Se analizaron características clínicas y demográficas, así como los ingresos y mortalidad al año de seguimiento.

Resultados: En un periodo de 17 meses, se valoraron 85 pacientes (edad $62,4 \pm 11,2$ años; 72,9% varones). El 31% presentaba IC *de novo*, siendo la etiología más prevalente la MCD idiopática (44,2%). Al año de seguimiento, se incrementó NHYA I-II del 72,1 al 96,6%. Se consiguió un incremento de la dosis de β -bloqueantes del 89 al 96,4%, de ARNI del 26 al 50%, de ARM del 83,1 al 90% y de iSGT2 del 6,8 al 33%. Aumentó la indicación de DAI-CRT en un 18,2%. Se produjo una disminución significativa del pro-BNP de 3.157 a 2.193, con un incremento de la FEVI del 29,9 al 43%. La mortalidad al año fue del 4,7%, se asoció de forma significativa a pro-BNP, FEVI y NHYA ($p < 0,05$). La tasa de ingresos fue del 7%.

Conclusiones: Las UIC permiten la optimización del tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, con la consecuente mejoría clínica y de la FEVI con una tasa baja de mortalidad y de ingresos hospitalarios.

494/47. REHABILITACIÓN CARDIACA Y CONTROL LIPÍDICO

Inmaculada Sigler Vilches¹, Ana María Lopez Lozano², María Oliva Gonzalez Oria², Ignacio Sainz Hidalgo¹ y Jesús Vallejo Carmona¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) constituye una parte fundamental dentro de la rehabilitación cardíaca. Uno de los propósitos es alcanzar un nivel óptimo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). Nuestro objetivo es determinar el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo de cLDL después de realizar un programa de rehabilitación cardíaca y valorar predictores clínicos de buen control.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes con determinación de cLDL disponible que realizaron el programa de rehabilitación cardíaca de nuestro centro durante el año 2018. Valoramos la prevalencia de pacientes con cLDL por debajo del objetivo (<70 mg/dl o <55 mg/dl) antes y después de realizar el programa y los predictores clínicos de buen control.

Resultados: Se incluyen 322 pacientes (87% hombres, edad 57 ± 9 años). El porcentaje de pacientes con cLDL < 70 mg/dl al

inicio del programa era del 55% y al final del 65,8%, con una reducción media del cLDL de 5 mg/dl ($p < 0,001$). Los pacientes con cLDL < 55 mg/dl antes del programa fueron el 26,4% y después el 34,5%. La diabetes fue un predictor de conseguir un cLDL en objetivo (OR: 0,57; CI95%, 0,22-0,80).

Conclusiones: El programa de rehabilitación cardiaca consigue mejorar el control lipídico, siendo la diabetes un predictor de mejor control de cLDL.

494/48. EXPERIENCIA INICIAL EN LA ADMINISTRACIÓN DE DIURÉTICOS INTRAVENOSOS EN HOSPITAL DE DÍA: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ AL INGRESO

Soraya Muñoz Troyano¹, Gema Martínez Herrerías², Rafael Ferrer López¹, José Antonio Aparicio Gómez¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca se caracteriza por un cuadro clínico de congestión y reingresos frecuentes asociado a un incremento de la resistencia a diuréticos orales. El objetivo de este estudio es determinar la eficacia y la seguridad de la administración de diuréticos intravenosos (i.v.) en el hospital de día de una unidad de insuficiencia cardiaca.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con insuficiencia cardiaca que acuden al hospital de día por congestión refractaria a diuréticos orales. Se analizaron características clínicas y epidemiológicas, así como los ingresos al año.

Resultados: Durante el tiempo de seguimiento, se administró diurético i.v. a 23 pacientes (95,63% varones). La edad media fue de $62,4 \pm 11,2$ años con una FEVI media del 29%. Presentaron una media de 2,2 descompensaciones al año, con una media de 6,2 sesiones de tratamiento con una dosis media de furosemida de 94,6 mg (60-120 mg) administrada en 3 bolos i.v. separados por 1 hora. No se produjeron eventos adversos durante la administración de la furosemida i.v. Solo el 8,69 % requirió ingreso hospitalario. La tasa de mortalidad durante el seguimiento fue del 4,3%.

Conclusiones: La administración de furosemida i.v. en hospital de día en pacientes con insuficiencia cardiaca y resistencia a diuréticos orales ha mostrado ser una opción segura y eficaz, sin un incremento de la tasa de reingresos.

494/50. ESCALAS DE RIESGO PARA PREDECIR INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO: VALIDACIÓN EXTERNA EN UN ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO, MONOCÉNTRICO Y A LARGO PLAZO

Josué López Baizan¹, Martín Ruiz Ortiz¹, José Javier Sánchez Fernández², Ignacio Gallo Fernández¹, Daniel Pastor Wulf¹, Cristina Ogayar Luque³, Elías Romo Peñas¹, Mónica Delgado Ortega¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio³ y Dolores Mesa Rubio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La aparición de insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con síndrome coronario crónico (SCC) tiene impacto pronóstico. Se han desarrollado esquemas de estratificación para predecir este evento, pero no han sido validados externamente. Nuestros objetivos fueron crear es-

calas pronósticas basadas en estudios previos, validar dichas escalas en una cohorte independiente y comparar sus capacidades discriminativas.

Métodos: Se seleccionaron variables predictoras independientes de ingreso por IC en pacientes con SCC sin IC previa de estudios prospectivos previos, generando escalas con puntuaciones basadas en los coeficientes de regresión de Cox de dichas variables. Finalmente, las escalas fueron validadas y comparadas en una cohorte prospectiva monocéntrica de nuestro medio.

Resultados: Se incluyeron cuatro estudios (CARE, PEACE, CORONOR y CLARIFY), cuyas escalas (con 8, 17, 8 y 20 variables, respectivamente) fueron validadas en una cohorte de 1.212 pacientes (67 ± 11 años, 74% varones) seguidos hasta 17 años (mediana 12 años, $p < 25-75$ 5-15 años), en la que 171 pacientes ingresaron por IC durante el seguimiento. El potencial discriminativo de ingreso por IC fue estadísticamente significativo en todas las escalas (estadístico C 0,72; CI95%, 0,68-0,75; $p < 0,0005$; 0,72; 0,68-0,76; $p < 0,0005$; 0,73; CI95%, 0,69-0,76; $p < 0,0005$; y 0,69; CI95%, 0,65-0,73; $p < 0,0005$; para las escalas CARE, PEACE, CORONOR y CLARIFY, respectivamente), sin diferencias comparativas entre ellas, salvo que la escala CORONOR fue superior a la CLARIFY ($p = 0,03$).

Conclusiones: Todas las escalas identificaron correctamente a los pacientes con ingreso por IC en la cohorte de validación, con una habilidad discriminativa similar, salvo que la escala CORONOR fue superior a la CLARIFY.

494/51. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL USO DE UN NUEVO ECOPOTENCIADOR EN UN LABORATORIO DE IMAGEN CARDIACA

Josué López Baizan¹, María Jesús Arjona Luján², Antonio Jesús Palacios Portal², María Dolores Estrada Jiménez², Luisa Marín Luján² y Esmeralda Garrucho Gala²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Los ecopotenciadores aumentan la precisión diagnóstica en los laboratorios de ecocardiografía. Se ha comercializado en nuestro país un nuevo ecopotenciador (INN-perflutren), y su manejo exige la presencia de personal de enfermería. El objetivo fue estudiar la rentabilidad diagnóstica de INN-perflutren, así como sus posibles complicaciones.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo de la rentabilidad diagnóstica de INN-perflutren durante 30 días. Las indicaciones de uso se ajustaron según guías clínicas del laboratorio. Previa activación mecánica mediante dispositivo agitador, se canaliza vía venosa periférica y se decide método de administración y dosis según patología.

Resultados: Durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 se realizaron 20 estudios con INN-perflutren, de los cuales 19 son ETT y 1 ETE (edad media 60,2 años, 85% varones). El 65% de los estudios fueron realizados por enfermeros especializados en ecocardiografía, y en el 100%, el manejo y administración del ecopotenciador fue a cargo de enfermería del laboratorio de imagen. Se utilizaron 8 viales con un promedio de 2,5 estudio/vial. En el 100% de los estudios, el método de administración utilizado fue bolo diluido. Las indicaciones fueron: 90%, valoración global y segmentaria de la función del ventrículo izquierdo (VI); 5%, descartar rotura miocárdica contenida; además, se buscaron trombos intraventriculares (35% del total). En el 100% de los casos, el uso de INN-perflutren solventó dudas diagnósticas.

Conclusiones: El ecopotenciador INN-perflutren resuelve dudas diagnósticas en el 100% de los casos, siendo la principal

indicación de uso valorar función de VI y su relación coste/eficacia alta.

494/52. IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL SEGUIMIENTO DE LA CIRUGÍA DE REPARACIÓN MITRAL EN INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL

José David Martínez Carmona¹, Rafael Campos Arjona², Jorge Rodríguez Capitan¹, Arancha Díaz Expósito¹, Manuel Luna Morales¹, Juan Francisco Martínez Carmona³ y Manuel Jiménez Navarro¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de Antequera, Antequera, Málaga. ³Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Los pacientes con IM funcional en los que se indica cirugía de reparación mitral presentan alta tasa de recurrencia. La diabetes mellitus (DM) puede determinar alteraciones morfológicas y funcionales que favorezcan una peor evolución.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de las características basales y tasa de recurrencia de IM en el seguimiento de 164 pacientes con IM funcional, intervenidos mediante reparación mitral quirúrgica entre 1999 y 2018 en nuestro centro, en función de la presencia o ausencia de DM.

Resultados: La edad media fue de 66,49 años. El 63,6% fueron varones. El 23,9% diabéticos. La etiología de la IM funcional fue isquémica en el 55,7%. La IM basal fue grados III-IV (89,8%). Se realiza un seguimiento con una mediana de 42,21 meses, observamos una mayor recidiva de IM al menos moderada (grados II-IV) en el grupo de diabéticos (el 58,5 frente al 26,4%), siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$). En el análisis multivariable, la presencia de DM se comportó como factor independiente del riesgo de recidiva de IM, al menos moderada (HR: 1,988; IC95%, 1,128-3,502; $p = 0,017$).

Conclusiones: La presencia de DM podría ser un factor de mayor grado de recidiva de la IM en pacientes con IM funcional que se someten a reparación mitral quirúrgica.

494/55. ESTIMULACIÓN HISIANA DEFINITIVA: UNA SERIE DE CASOS

Elvira Carrión Ríos, Jesús Aceituno Cubero, Francisco Tornés Barzaga y Mercedes Antón Aranzana

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La estimulación hisiana es una técnica de creciente interés por permitir una secuencia de activación auriculoventricular fisiológica y evitar los posibles efectos deletéreos de la estimulación apéxica. Además, permite corregir el trastorno de conducción intraventricular y la asincronía en pacientes con indicación de CRT. El objetivo es describir una serie de casos y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos de implante de electrodo en el haz de His. Se describe la indicación y las características de los pacientes, aspectos relacionados con la técnica y resultados.

Resultados: Desde junio de 2019 hasta marzo de 2021 se realizaron 29 implantes de electrodo en el His (edad media 69 años; 93% varones). Del total, 23 fueron indicados por trastorno de conducción sintomático y 6 se implantaron con el objetivo de resincronizar en pacientes con indicación. En los 23 MCP se consiguió una media final del QRS de 115 ms. El tiempo medio de escopía fue de 10 min, con un umbral medio menor a 1,5 V. De los 6 casos con indicación de resincronización, la media de duración del QRS previo fue de 132,25 ms y postestimulación

de 118,5 ms. La FEVI mejoró una media del 38 al 46%. No hubo complicaciones. En el seguimiento solo se ha registrado un caso de IC en el contexto de infección respiratoria.

Conclusiones: La estimulación hisiana constituye una buena alternativa a la técnica de resincronización actual. Además, permite una estimulación fisiológica en pacientes que requieren marcapasos, con gran tasa de éxito y sin mayor número de complicaciones.

494/56. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE CARDIO-ONCO-HEMATOLOGÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO

Daniel Pastor Wulf¹, Fátima Esteban Martínez¹, Mónica Delgado Ortega¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Josué López Baizan¹, Ignacio Gallo Fernández¹, Nick Iván Paredes Hurtado¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio² y Dolores Mesa Rubio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La cardiotoxicidad asociada a quimioterapia es un efecto adverso que puede repercutir en la morbimortalidad. El objetivo del presente estudio es evaluar la actividad asistencial en nuestro centro tras la implantación de un protocolo cardio-onco-hematología (COH), así como analizar la incidencia eventos cardiovasculares (CV) y/o la disfunción ventricular secundaria a cardiotoxícos (DV-CTOX).

Métodos: Estudio descriptivo en el que analizamos nuestra actividad desde enero de 2019 hasta la actualidad. Definimos CV-CTOX como la reducción sintomática o asintomática de la FEVI > 10% respecto a la basal, con FEVI final < 53%.

Resultados: Se han atendido 443 pacientes, con un total de 709 consultas y 509 ecocardiogramas. La edad media fue de 58 ± 16 años, un 60% mujeres. Las características basales se resumen en la tabla 1. Las neoplasias más frecuentes fueron el cáncer de mama, con un 30,3% seguido de las hematológicas, con un 19%. Los fármacos antineoplásicos más utilizados fueron alquilantes (46,1%), antraciclinas (38,2%) y trastuzumab (28%). El 46% recibió radioterapia. Durante el seguimiento, 65 (14,6%) pacientes desarrollaron DV-CTOX y/o síntomas CV, que recibieron tratamiento ajustado a protocolo: 8 (1%) DV-CTOX sintomática, 14 (3%) DV-CTOX asintomática y 43 (10,3%) presentaron algún evento cardiovascular: 18 (4%) insuficiencia cardiaca sin DV-CTOX, 17 (3,8%) arritmias, 5 (1%) enfermedad coronaria y 3 (0,6%) derrame pericárdico. No hubo necesidad de suspensión del tratamiento antitumoral en ningún caso.

Conclusiones: La implantación de un protocolo de COH permitió detectar un porcentaje no despreciable de pacientes que desarrollaron complicaciones cardiovasculares y/o DV-CTOX. Este manejo precoz permitió completar el tratamiento oncológico en todos los casos.

494/58. STRAIN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO COMO MARCADOR PRECOZ DE NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ECOCARDIOGRÁFICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO EN VIDA REAL

Ignacio Gallo Fernández, Fátima Esteban Martínez, Mónica Delgado Ortega, Ana Rodríguez Almodóvar, Martín Ruiz Ortiz, Daniel Pastor Wulf, Josué López Baizan, Lucía Carnero Montoro, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Dolores Mesa Rubio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La monitorización de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es una práctica habitual en pacientes con cáncer de mama sometidos a tratamiento quimioterápico. Aunque el seguimiento indiscriminado resulta poco coste-efectivo, no disponemos de datos suficientes para determinar qué pacientes se beneficiarían de este. Nuestro objetivo fue analizar si algún parámetro ecocardiográfico de función ventricular basal puede ayudar a identificar el desarrollo posterior de disfunción ventricular secundaria a cardiotoxicos (DV-CTOX).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer de mama que han recibido tratamiento con antraciclinas con/sin tratamiento adyuvante con inmunoterapia y/o radioterapia. Analizamos parámetros de función ventricular basales y al seguimiento (FEVI estimada por cuantificación automática 2D-3D y cuantificación semiautomática de strain global longitudinal [SLG]).

Resultados: Incluimos 93 pacientes (edad media 59 ± 11 años, 98,9% mujeres). Un 67% recibió inmunoterapia y un 84% radioterapia. Mediana de seguimiento de 6 meses. 10 pacientes (11%) desarrollaron DV-CTOX. Sin diferencias en las características clínicas basales. Inicialmente no observamos diferencias entre los que desarrollaron DV-CTOX frente a los que no en la FEVI2D (el 65 ± 1 frente al $62 \pm 14\%$; $p = 0,4$), ni en la FEVI3D (el 60 ± 7 frente al $57 \pm 8\%$; $p = 0,4$), aunque el SLG fue menor en los que posteriormente desarrollaron DV-CTOX (SLG, el 19 ± 3 frente al $16 \pm 3\%$; $p = 0,03$). Al seguimiento los pacientes que desarrollaron DV-CTOX tenían peor FEVI estimada por 2D-3D y mantenían un peor valor de SLG (el 52 ± 7 frente al $69 \pm 8\%$; $p < 0,001$; el 49 ± 8 frente al $61 \pm 4\%$; $p = 0,005$; y el 14 ± 3 frente al $20 \pm 4\%$; $p = 0,04$, respectivamente).

Conclusiones: La cuantificación del SLG basal en pacientes con cáncer de mama que van a iniciar tratamiento con fármacos cardiotoxicos, podría ayudar a discriminar qué pacientes precisarán una monitorización más estricta de la FEVI mejorando la eficiencia en la unidad de cardio-onco-hematología.

494/59. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES TRATADOS CON VÁLVULAS AÓRTICAS PERCUTÁNEAS AUTOEXPANDIBLES (VAOPA). EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Jesús Rodríguez Nieto¹, Mónica Delgado Ortega¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Dolores Mesa Rubio¹, Jorge Perea Armijo¹, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia¹, Fátima Esteban Martínez¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejera¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La durabilidad a largo plazo de las VAoPA es desconocida. El objetivo es evaluar el seguimiento clínico y la tasa de degeneración valvular (DV) en pacientes tratados con VAoPA a 10 años.

Métodos: Incluimos 141 pacientes tratados con VAoPA por estenosis aórtica severa o DV protésica biológica entre 2008-2012. Se considera DV según criterios del documento de consenso ESC de intervenciones cardiovasculares percutáneas. La incidencia acumulada de DV se calcula considerando la muerte en ausencia de daño en la válvula como riesgo competitivo.

Resultados: La edad media fue de 78 ± 5 años, 44% varones. El 100% de las válvulas fueron autoexpandibles (tamaño: 26 mm [72%], 28 mm [29%]). La mortalidad a 1, 5 y 10 años fue del 14, 32 y 72%, respectivamente. 11 pacientes tuvieron DV severa, con una incidencia acumulada a 10 años de 8,21 (IC95%, 4,09-

14,14%). La tasa de DV a 4, 6, 8 y 10 años fue del 0, 1,41, 2,83 y 8,21%, respectivamente. De los 11 pacientes con DV severa, 7 murieron, 2 se reintervinieron (*valve in valve*) y 2 mantienen seguimiento clínico. En supervivientes a 10 años (41 pacientes), la mediana de gradiente medio fue de 8 mmHg (rango intercuartílico, 6-13). El 8,4% presentó regurgitación \geq moderada. La diabetes y la hipertensión pulmonar fueron predictores de mortalidad global. No hubo ningún predictor asociado a DV.

Conclusiones: El uso de VAoPA en pacientes con estenosis aórtica severa presenta baja tasa de degeneración valvular a 10 años de seguimiento.

494/60. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PAPEL DEL HOSPITAL DE DÍA MÉDICO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y ANEMIA

Bárbara Serrano Muñoz¹, Juan Antonio Sevilla Blanco², Soraya González Estriégana¹ y Eva González Caballero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. Cádiz. ²Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: La anemia es una condición frecuentemente asociada a la insuficiencia cardiaca y que puede causar descompensaciones en este tipo de pacientes. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia sobre la presión asistencial en urgencias/hospitalaria del hospital de día médico (HDM).

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron los pacientes atendidos en HDM con insuficiencia cardiaca + anemia durante el mes previo a la recogida de datos, y se analizaron las tasas de frecuentación de urgencias y de ingreso hospitalario en los 6 meses previos a la primera valoración en HDM y durante los 6 meses posteriores a esta.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes atendidos por insuficiencia cardiaca + anemia (43% del total de los pacientes atendidos en HDM). La edad media fue de 71,6 años. En los 6 meses previos a su atención en HDM, los pacientes presentaban una media de 2 visitas a urgencias y 1,5 ingresos hospitalarios. Dichas cifras se reducen a 0,83 asistencias en urgencias y 0,6 ingresos a los 6 meses de iniciar su seguimiento en HDM.

Conclusiones: La atención precoz y el seguimiento estrecho en HDM de los pacientes con insuficiencia + anemia, disminuyó la tasa de atención en urgencias y de ingresos hospitalarios en este tipo de pacientes. La vigilancia clínica con ajuste periódico del tratamiento y la corrección de las cifras de hemoglobina con transfusión de hemoderivados y/o hierro intravenoso han podido evitar descompensaciones de su patología de base.

494/61. ACCESO RADIAL DISTAL EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Isabel María Jorquera Lozano, Félix Valencia Serrano, José Antonio Aparicio Gómez, Elvira Carrión Ríos y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El abordaje radial es el acceso recomendado para la realización de la angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio con elevación del ST. El acceso a nivel de la tabaquera anatómica se ha descrito recientemente como alternativa al acceso radial convencional. El objetivo del análisis es determinar la viabilidad del acceso radial dis-

tal para la realización de ICP primaria y su impacto en los tiempos de reperfusión.

Métodos: Análisis del acceso vascular, los tiempos de reperfusión y los resultados del procedimiento en 131 pacientes consecutivos sometidos a angioplastia primaria.

Resultados: La media de edad de la población fue de 52 ± 25 , siendo el 18% mujeres. Los factores de riesgo principales fueron el hábito tabáquico (55%), HTA (42%), dislipemia (39%) y diabetes mellitus (27%). El 97% de los pacientes se sometieron a ICPp vía transradial. Durante el periodo de estudio, el acceso radial distal aumentó del 4,5 al 75% de los casos. El tiempo medio desde el primer contacto médico hasta el cruce de la guía fue de 149 ± 239 min y el tiempo medio desde la llegada a sala hasta el cruce de la guía fue de 19 ± 19 min, sin diferencias significativas durante el periodo de estudio.

Conclusiones: La adopción del radio distal es factible y no afecta significativamente los tiempos de reperfusión durante la ICPp para el infarto agudo de miocardio.

494/62. EXPERIENCIA EN EL IMPLANTE DE TAVI EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Isabel María Lozano, José Antonio Aparicio Gómez, Elvira Carrión Ríos, Fabiola Nicolás Cañadas, Ricardo Fajardo Molina y Soraya Muñoz Troyano

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La morbimortalidad a corto-medio plazo de la estenosis aórtica severa sintomática es muy alta. Su pronóstico ha mejorado gracias a la introducción en el tratamiento de las válvulas biológicas percutáneas. El objetivo es analizar los resultados obtenidos en una serie de casos de implante de TAVI en un centro de tercer nivel sin cirugía cardiaca.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de casos, donde se analizan las características clínicas y del procedimiento, así como la mortalidad hospitalaria y en el periodo de seguimiento.

Resultados: Desde noviembre de 2019 hasta marzo de 2021 se han realizado 31 implantes de forma programada tras valoración individual de cada caso por el *heart team*. La edad media fue de 82 años, siendo el 65% mujeres, con un EuroScore medio del 3,13% y AVAo de $0,8 \text{ cm}^2$, presentando FEVI conservada el 94%. Se efectuó el implante de válvulas Accurate, CoreValve y Evolute en el 70, 15 y 15% de los casos, respectivamente. El abordaje se realizó mediante acceso femoral, con un 17% de complicaciones menores resueltas intraprocedimiento. En el 12% de los casos se registró insuficiencia aórtica ≥ 2 . El 100% de los pacientes cursó alta a domicilio, sin mortalidad registrada en los 30 días posteriores ni en el periodo de seguimiento.

Conclusiones: En una población seleccionada, cuyo riesgo quirúrgico resulta prohibitivo, los resultados ponen de manifiesto la seguridad y eficacia de este procedimiento, mejorando el pronóstico a medio-largo plazo.

494/63. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA: UN ESTUDIO COMPARATIVO DE ESTIMULACIÓN EN HIS VERSUS ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR

Adrián Rodríguez Albarrán, María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León, Pablo Moraña Vázquez y Juan Manuel Fernández Gómez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) mediante estimulación permanente en His (EPHis) es factible en la actualidad. Mediante el reclutamiento del sistema de conducción nativo, se consigue mejorar la disincronía cardiaca y la FEVI. Escasos estudios comparan la TRC mediante EPHis frente a la TRC clásica. Presentamos un estudio, con el fin de comparar la mejoría de FEVI entre estos modos de TRC.

Métodos: Estudio unicéntrico comparando una serie prospectiva de pacientes tratados con TRC mediante EPHis frente a una serie histórica de TRC mediante estimulación biventricular (EBV). Se recogen pacientes con IC, miocardiopatía no isquémica, FEVI $\leq 35\%$, bloqueo de rama izquierda (BRI) e indicación de TRC. Se comparó en ambos grupos FEVI (mediante Simpson) y umbrales de estimulación en el seguimiento.

Resultados: 37 pacientes resincronizados con TRC clásica y 38 resincronizados mediante EPHis (el 21,1% con estimulación selectiva frente al 78,9% con estimulación no selectiva en His con corrección del BRI). El aumento medio de FEVI en el grupo de TRC clásica fue $> 20\%$ en el 18,9%; entre el 10-20% en el 29,7% y entre el 5-10% en el 16,2%. En el grupo de EPHis, el incremento fue $> 20\%$ en el 55,3% de los pacientes; entre el 10-20% en el 34,2% y entre el 5-10% en el 7,9%. Existen diferencias significativas ($p = 0,01$). La mediana de umbral de reclutamiento de His con corrección de BRI fue de 1,25V (1-2,5) 0,4ms frente a un umbral de 1,25V (1-1,75) en seno coronario en los casos resincronizados mediante TRC clásica, sin diferencias significativas ($p = 0,563$).

Conclusiones: El aumento de FEVI fue superior en pacientes resincronizados mediante EPHis frente a TRC clásica. Los umbrales, con el fin de calcular la longevidad del dispositivo, fueron similares.

494/64. ECOCARDIOGRAFÍA DE EJERCICIO SOBRE TAPIZ RODANTE: SIMPLICIDAD Y SENSIBILIDAD

Carmen Federero Fernandez, Carmen Collado Moreno y Marta González Quijano

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía de ejercicio (EE) es una prueba complementaria validada para la evaluación de isquemia en pacientes con dolor torácico. Es coste-efectiva, y se recomienda en las últimas guías como prueba funcional de imagen a realizar adicionalmente a la ergometría. Determinamos el valor añadido de realizar esta prueba en nuestra Unidad de Dolor Torácico.

Métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, prospectivo, longitudinal incluyéndose consecutivamente los pacientes valorados en nuestra unidad que han sido sometidos a ecocardiografía de esfuerzo sobre tapiz rodante desde el 21 de octubre de 2019 hasta el 9 de marzo de 2020. Se realiza análisis descriptivo y analítico para determinar las características clínicas de los pacientes valorados en nuestra unidad. Los datos de seguimiento se obtuvieron del sistema informático DIRAYA. Las variables continuas se presentan como media \pm desviación estándar (DE). Las variables categóricas se presentan mediante frecuencias.

Resultados: Realizamos un seguimiento medio de $15,06 \pm 1,26$ meses, en el que solo un paciente presentó un evento cardiovascular mayor (IAM no fatal). Mediante la prueba de chi-cuadrado se compararon las variables "EE positiva" y "cateterismo cardiaco con lesiones coronarias significativas", cuyo resultado, $p = 0,002$ (especificidad 90%, sensibilidad 85,7%), nos indi-

ca que ambas variables están relacionadas entre sí; un resultado positivo en la EE explicaría la presencia de lesiones coronarias significativas en el cateterismo cardiaco.

Conclusiones: La ecocardiografía de esfuerzo es una técnica cuya implementación en las unidades de dolor torácico aumenta de forma notoria la sensibilidad de la ergometría ayudando a realizar un mejor manejo clínico del paciente que consulta por dolor torácico.

494/65. RESULTADOS COMPARATIVOS DE DISPOSITIVO DE CIERRE VASCULAR FEMORAL DE COLÁGENO EN PROCEDIMIENTOS DE RECAMBIO VALVULAR TRANSAÓRTICO

Antonio Aurelio Rojas Sanchez, Macarena Cano García, Luz Divina Muñoz Jiménez y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Las complicaciones vasculares y los sangrados aumentan la morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a implante de TAVI. El objetivo de nuestro estudio fue comparar el resultado del dispositivo de cierre con sutura ProstarXL (Abbott), usado frecuentemente en este escenario, con el sistema de colágeno MANTA (Essential Medical Inc.) introducido recientemente.

Métodos: Estudio retrospectivo y monocéntrico de pacientes sometidos a implante de TAVI entre abril-septiembre de 2019. Se analizaron complicaciones vasculares, sangrados y el éxito del sistema de cierre.

Resultados: Recopilamos un total de 24 pacientes (50% MANTA, 50% ProstarXL). La edad media de los pacientes fue $78,0 \pm 6,5$ años, sin objetivarse diferencias significativas en cuanto a comorbilidades ni a puntuación de STS score ($5,9 \pm 2,0$ frente a $4,7 \pm 1,4$; $p = 0,13$). Tampoco se objetivaron diferencias en cuanto a tamaño máximo del introductor utilizado ($14,8 \pm 1,8$ frente a $15,3 \pm 0,9$ Fr; $p = 0,34$) ni en cuanto a presencia de calcio femoral $> 180^\circ$ (el 33,3 frente al 50%; $p = 0,40$). Aunque no hubo diferencias en mortalidad (el 0 frente al 8,1%; $p = 0,3$), se observó una tendencia a un mayor porcentaje de complicaciones vasculares con ProstarXL (el 16,7 frente al 50,0%; $p = 0,08$), siendo los sangrados totales significativamente superiores (el 0 frente al 41,7%; $p = 0,01$). El nivel de hemoglobina posterior al procedimiento fue inferior en el grupo ProstarXL® ($11,0 \pm 2,2$ frente a $10,5 \pm 1,0$; $p = 0,02$). El éxito del cierre

del dispositivo fue superior con el sistema MANTA (el 100 frente al 58,3%; $p = 0,01$).

Conclusiones: En nuestro estudio, el uso del nuevo dispositivo se relacionó con un menor porcentaje de sangrados y un mayor porcentaje de éxito en el cierre vascular.

494/66. PACIENTES ESTUDIADOS EN LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO CON ECOCARDIOGRAFÍA EN PICO DE ESFUERZO NEGATIVA: ¿QUIÉN VUELVE A CONSULTAR?

Carmen Collado Moreno, Marta González-Quijano y Carmen Federero Fernandez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las unidades de dolor torácico son unidades especializadas que estudian a los pacientes que consultan por dolor torácico en el servicio de urgencias mediante técnicas no invasivas. En nuestra unidad hemos implantado la ecocardiografía en pico de esfuerzo sobre tapiz rodante (EE), para mejorar el rendimiento diagnóstico en estos pacientes y evitar pruebas complementarias invasivas o radiantes. Por ello evaluamos qué variables podrían explicar que los pacientes con EE negativa consultaran de nuevo en el servicio de urgencias por dolor torácico.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, con inclusión consecutiva de pacientes atendidos en nuestra Unidad de Dolor Torácico, y estudiados mediante EE desde el 21 de octubre de 2019 hasta el 9 de marzo del 2020 con resultado negativo.

Resultados: Se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado todas las variables categóricas frente a la variable "consulta por dolor torácico". Tan solo obtuvimos una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento con betabloqueantes y la nueva consulta a urgencias por dolor torácico, con una $p = 0,014$. El "tabaquismo activo" ($p = 0,089$) y una "ergometría clínicamente positiva" (0,075) presentaban una tendencia a la significación estadística que probablemente se demuestre al aumentar la población.

Conclusiones: Los pacientes bajo tratamiento betabloqueante consultaron en urgencias por dolor torácico más que los que no los tomaban. Además, existía una tendencia a consultar de nuevo a los pacientes con tabaquismo activo y aquellos con resultado clínicamente positivo en la ergometría.