

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Reunión anual de la Asociación de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología

Jerez de la Frontera, 20-22 de abril de 2023

O-01. CARACTERÍSTICAS CLINICOIMAGENOLÓGICAS DE LA MIOCARDITIS AGUDA: ESTUDIO DE UNA COHORTE UNICÉNTRICA PROSPECTIVA

Daniela Maidana¹, Cristina Albiach², Eva Maicas Alcaine¹, Begoña Igual Muñoz³, Guillermo Barreres Martín¹, Andrea Arroyo Álvarez¹, Carles Muñoz Alfonso¹, José Vicente Monmeneu⁴, María Pilar López Lereu⁵ y Clara Bonanad Lozano²

¹Servicio de Cardiología Geriátrica, Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia/ASCIREs, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario/ASCIREs, Valencia. ⁵Servicio de Cardiología, ASCIREs Grupo Médico, Valencia.

Introducción y objetivos: El objetivo principal es describir las características clínicas, analíticas y de resonancia magnética cardiaca (RMC) en pacientes con miocarditis aguda, y además valorar la evolución de las alteraciones en la RMC.

Métodos: Estudio descriptivo en cohorte unicéntrica, prospectiva de 77 pacientes entre 2012 y 2022.

Resultados: El 90% de pacientes eran varones, con una edad media de 33 años y una edad máxima de 70. El 88% presentó un electrocardiograma (ECG) anormal al ingreso. En la primera RMC, el 80% de individuos presentaron edema miocárdico. Se evidenció una correlación significativa entre la cuantificación del edema y las troponinas. El tabaquismo se asoció a mayor grado de fibrosis, al igual que ser varón ($p = 0,045$) e hipertenso ($p = 0,041$). Se evidenció dilatación ventricular en menos del 4%. Se registró disfunción regional del 14%, y el 83% presentó captación tardía de contraste (CTC) subepicárdica. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue menor del 50% en menos del 3% de los pacientes y se mantuvo en la RMC control. A los 6 meses, menos del 3% de los pacientes evidenciaron disfunción regional. La CTC subepicárdica de control fue del 45%. El número medio de segmentos con CTC fue menor en la segunda RMC (2,78 frente a 5,18).

Conclusiones: La miocarditis puede aparecer en un amplio rango de edades y provoca cambios en el ECG y en la RMC. Existe mayor probabilidad de desarrollo de fibrosis en varones y en sujetos con hipertensión. En el seguimiento por RMC, la repercusión funcional fue escasa y los marcadores de inflamación y edema disminuyeron.

O-02. FIBRILACIÓN AURICULAR EN FASE PRECOZ DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. RECURRENCIA Y PRONÓSTICO A 1 AÑO. ANÁLISIS DEL MANEJO ANTITROMBÓTICO. ESTUDIO FAPRI

Alicia Prieto Lobato¹, Marta Cubells Pastor¹, Nuria Vallejo Calcerrada¹, Sara Díaz Lancha¹, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹, Manuel Gerónimo Pardo², Víctor Manuel Hidalgo Olivares¹ y Miguel José Corbí Pascual¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Servicio de Anestesiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente y su prevalencia en el contexto de un infarto agudo de miocardio (IAM) se estima entre el 6 y el 21%. Sin embargo, existe escasa evidencia acerca del manejo de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la UCIC de nuestro centro por IAM y primer episodio de FA paroxística durante su ingreso. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, características del evento índice y tratamiento. Se analizó la recurrencia de FA y un combinado de MACE al año.

Resultados: Desde diciembre hasta mayo de 2021 ingresaron 5.291 pacientes, de los cuales 209 cumplieron criterios de inclusión. Las características basales aparecen recogidas en la tabla 1. De ellos, 19 (9,09%) presentaron recurrencia de FA al año de seguimiento, mayor en pacientes que ingresaron por IAMSEST (frente a IAMCEST, $p = 0,04$). No hubo diferencias en el resto de características clínicas ni ecocardios, si bien el limitado número de pacientes con recurrencia dificultó el análisis. La mayoría de los pacientes no presentó ningún evento MACE durante el seguimiento (72,1%) y la ICC fue el principal motivo de consulta en los que sí lo presentaron (12%).

Conclusiones: Los pacientes que presentan FA durante la fase aguda del IAM tienen una recurrencia arrítmica de en torno al 10% en el primer año, y peor pronóstico con respecto a los que no recurren. Son necesarios estudios aleatorizados de mayor tamaño para conocer el mejor manejo de pacientes tan complejos.

Característica basal	Mediana [RIQ]; n (%)
Edad	74 [64-80]
Sexo varón	146(69,9)
Hipertensión arterial	154 (73,7)
Diabetes mellitus	72 (34,4)
Insulina	28 (13,5)
ADO	59 (28,5)
HbA1c	6 [5,6-6,9]
Dislipemia	116 (55,5)
Fumador	53 (25,4)
Exfumador	46 (22,0)
CIC previa	27 (12,9)
ACV	14 (6,7)
Arteriopatía periférica	13 (6,2)
Consumo de alcohol	11 (5,3)
Creatinina	1 [0,81-1,27]
FG (CKD-EPI)	60 [50-75]

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos en el estudio.

O-02 Tabla 1

Tratamiento farmacológico	n, (%)
IECA	148 (70,8)
ARAI	23 (11,0)
Espironolactona	39 (18,7)
Diurético	133 (63,6)
BB	161 (77,0)
Digoxina	15 (7,2)
Amiodarona	151 (72,2)

Terapia antiagregante	n, (%)
AAS	208 (99,5)
Clopidogrel	174 (83,3)
Prasugrel	38 (18,2)
Ticagrelor	28 (13,4)

Terapia anticoagulante	n, (%)
No	132 (63,2)
Dabigatran	12 (5,7)
Apixaban	30 (14,4)
Ribaroxaban	4 (1,9)
Edoxaban	1 (0,5)
AVK	30 (14,4)
HBPM	0

Tabla 2. Tratamiento empleado durante el ingreso y/o al alta.

O-02 Tabla 2

O-03. HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA: MOMENTO IDÓNEO DEL PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS

David González Calle, Ana Laffond, Fabián Blanco y Pedro Luis Sánchez e Ignacio Cruz

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: El cierre de orejuela izquierda (COI) es una alternativa para los pacientes con fibrilación auricular (FA) y contraindicación de anticoagulación (indicación IIb). Una de las situaciones más frecuentes es la hemorragia intracraneal (HIC) en los pacientes con FA. Una de las cuestiones en este perfil de enfermo es el momento de reiniciar la anticoagulación oral. Esa misma pregunta aparece a la hora de realizar el COI y nunca antes se ha abordado: ¿cuándo realizar el COI tras una HIC?

Métodos: Estudio unicéntrico de los pacientes sometidos a COI entre los años 2009 y 2022. N = 397 pacientes, de los que 115 habían presentado HIC. A 68 se les realizó cierre precoz y a 47, cierre tardío tras más de 90 días, poblaciones a comparar.

Resultados: No hubo diferencias en términos de eficacia y seguridad entre el cierre precoz (antes de 90 días) y el cierre tardío tras un episodio de HIC. Además, en el seguimiento a largo plazo (mediana de 27 meses), el grupo precoz presentaba menor mortalidad (el 11,76 frente al 46,8%; HR: 0,2; IC95%, 0,07-0,55; p < 0,001).

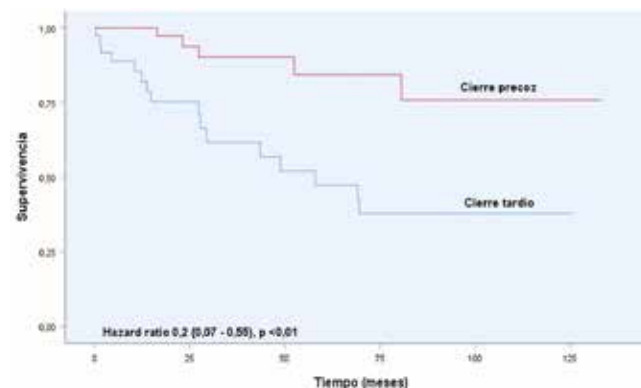


Figura 16. Análisis de supervivencia (curvas de Kaplan Meier): comparación entre el grupo de cierre precoz y cierre tardío.

Conclusiones: El cierre percutáneo de orejuela izquierda es una técnica segura y eficaz a la hora de reducir el riesgo embólico en pacientes con fibrilación auricular y antecedente de hemorragia intracraneal. El cierre precoz, realizado en los primeros 90 días tras el sangrado, es al menos igual de seguro y eficaz que el tardío, pudiendo aportar potencialmente ventajas a la hora de minimizar riesgos y facilitar su realización en pacientes seleccionados.

O-04. REGISTRO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO ACERCA DEL MANEJO PERIOPERATORIO Y PERIPROCEDIMIENTO DE LOS FÁRMACOS ANTIAGREGANTES EN “EL MUNDO REAL”

María Anguita Gámez¹, David Vivas Balcones¹, María Asunción Esteve Pastor², Raquel Ferrandis³, Jesus Igualada³, Marisol Echeverri³, Manuel Anguita Sánchez⁴, Beatriz Nozal-Mateo⁵, Isabel Egocheaga⁶ y Francisco Marín Ortuño²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

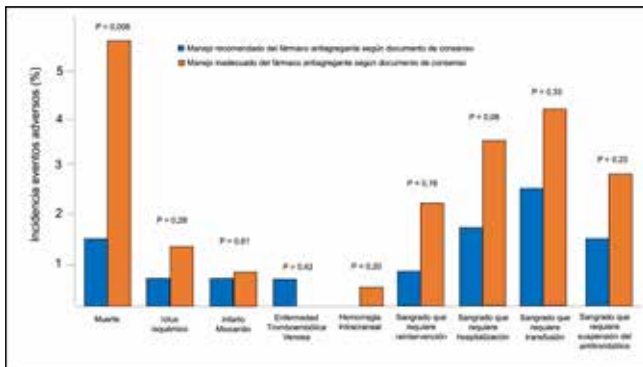
²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Servicio de Anestesiología, Hospital Universitari

i Politècnic La Fe, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Servicio de Anestesiología, Hospital Infanta Leonor, Madrid. ⁶Medicina de Familia, Centro de Salud Isla de Oza, Madrid.

Introducción y objetivos: Debido a la elevada prevalencia de enfermedad aterotrombótica, el número de pacientes antiagregados está en aumento. Se han publicado recientemente documentos de consenso con recomendaciones para el manejo perioperatorio/periprocedimiento de los fármacos antiagregantes, pero se desconoce su impacto en el “mundo real”. El objetivo del estudio fue analizar el manejo de los fármacos antiagregantes en pacientes sometidos a una intervención y evaluar la implicación de su retirada o mantenimiento en la incidencia de eventos adversos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, multicéntrico y multiespecialidad, con seguimiento clínico, de pacientes en tratamiento antiagregante que precisen cualquier tipo de intervención. El objetivo principal fue la incidencia de eventos adversos (isquémicos/hemorrágicos) a 30 días según el manejo periintervención de los fármacos antiagregantes.

Resultados: Se incluyeron 667 pacientes (68,3% varones, 39,3% mayores a 75 años), recibiendo en su mayoría antiagregación con aspirina (88,2%) por cardiopatía isquémica (45,1%). El 73,8% tenía un riesgo isquémico bajo, y el 50,9% un riesgo hemorrágico de la intervención bajo. El manejo periprocedimiento, según las recomendaciones actuales, fue idóneo en el 62,1% de los casos. La mortalidad a los 30 días fue significativamente mayor en los pacientes con manejo inadecuado de los fármacos antiagregantes periprocedimiento (5,3%). Estos pacientes también presentaron una tendencia no significativa a una mayor incidencia de otros eventos adversos graves (fig. 1).



Conclusiones: A pesar de las recomendaciones actuales acerca del manejo perioperatorio/periprocedimiento de fármacos antiagregantes, su implementación en el “mundo real” continúa siendo baja. Un manejo inadecuado se asocia a un aumento de la incidencia de eventos adversos.

O-05. VALOR DE LA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS

Leopoldo Fernández Ruz, Candy Ceballos Gómez, Javier Mora Robles, Carlos Sánchez Sánchez y Cristóbal Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: El concepto infarto de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) es un diagnóstico de trabajo que agrupa diversas patologías de etiologías dis-

tintas, con implicaciones pronósticas y terapéuticas. Se pretende evaluar el valor que aporta la cardiorresonancia magnética (CRM) para el diagnóstico definitivo y pronóstico del MINOCA.

Métodos: Se analizaron los pacientes a los que se les realizó CRM durante ingreso hospitalario por sospecha de MINOCA en 2022. Se recogieron datos básicos de su historia clínica y pruebas complementarias, con especial importancia en el diagnóstico final.

Resultados: Se estudiaron 19 pacientes, la mayoría varones (73,7%), con una edad media de 42,16 años (\pm 18,9). Solo 5 pacientes eran hipertensos; no había diabéticos. En el 42,1% de los casos se realizó coronariografía emergente. Se apreció realce tardío de gadolinio en 11 pacientes (57,9%). En 13 pacientes (68,4%) la CRM estableció el diagnóstico definitivo: miocarditis (8/13; 61,5%), infarto de miocardio embólico (IME) (3/13; 23,1%), síndrome de Tako-Tsubo (STT) (2/13; 15,4%). Durante el seguimiento, se registraron 5 eventos mayores (3 ictus, 1 reinfarcto, 1 muerte), todos en el grupo IME o STT (frente a MINOCA o miocarditis) con significación estadística (prueba exacta de Fisher, $p = 0,001$).

Conclusiones: La CRM permitió establecer un diagnóstico definitivo en dos tercios de los pacientes. Es una herramienta clave para la evaluación del MINOCA, con impacto pronóstico.

P-01. ÍNDICE DE CASTELLI EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UN PREDICTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Candy Ceballos Gómez, Javier Mora Robles, Leopoldo Fernández Ruz, Marta Alcalá Ramírez Del Puerto y Cristóbal Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: La evaluación del riesgo cardiovascular basada únicamente en el valor aislado de LDL no es óptima. El uso de índices lipoproteicos, como el índice de Castelli [IC] (CT/cHDL) o el cociente cLDL/cHDL, aporta información con mayor valor predictivo de eventos cardiovasculares que sus componentes utilizados de forma independiente.

Métodos: Se recogieron datos epidemiológicos y analíticos de 89 pacientes de entre 18 y 65 años ingresados tras síndrome coronario agudo (SCA), desde junio a diciembre de 2022. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. El principal objetivo fue estudiar el perfil lipídico y la prevalencia de IC elevado en esta población.

Resultados: En cuanto a datos epidemiológicos, el 20,2% eran mujeres y la edad media fue 55,17 años (\pm 7,59). Respecto a los factores de riesgo cardiovasculares, el 75,3% era fumador, el 53,9% hipertenso y el 27% diabético. En relación con el perfil lipídico clásico, los valores promedios (en mg/dl), fueron: CT 159,56 (\pm 40,87), cHDL 35,1 (\pm 8,53), cLDL 93,29 (\pm 35,46), TG 155,12 (\pm 60,94). Recogimos también otras moléculas que participan en el metabolismo lipídico (en mg/dl): ApoB 98,79 (\pm 26,17) y Lp(a) 47,44 (\pm 61,68). Usando estos parámetros, calculamos varios cocientes: cLDL/cHDL 2,76 (\pm 1,15), cLDL/ApoB 0,93 (\pm 0,18), TG/cHDL 4,72 (\pm 2,3) y el IC cuyo valor promedio fue 4,71 (\pm 1,37), siendo > 3 en el 93,2%.

Conclusiones: El 93,2% de los pacientes incluidos en nuestro estudio presentó un IC elevado. Tras un SCA sería necesario calcular de forma sistemática cocientes lipoproteicos, ya que constituyen factores predictores mayores de eventos cardiovasculares.

P-02. PRIMEROS RESULTADOS DE LA UNIDAD CARDIORRENAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

Ismael Arco Adamuz, Eliecer Soriano Payá, Fran Bermúdez Jiménez, Silvia López Fernández, Laura Jordán Martínez, Elisa Berta Pereira Pérez y María José Espigares Huete

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal es una de las comorbilidades más prevalentes en los pacientes con insuficiencia (IC) cardíaca crónica. Modelos de abordaje multidisciplinar han demostrado beneficios en mortalidad y eventos cardiovasculares. El objetivo del estudio fue evaluar las características basales y a los 6 meses de seguimiento en los pacientes incluidos en la unidad cardiorrenal (UCR).

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes con síndrome cardiorrenal que realizaron seguimiento en la UCR hasta diciembre de 2022, con valoración a los 6 meses. Se analizaron características demográficas, comorbilidades, parámetros analíticos, de congestión y ecocardiográficos. Se utilizó el programa estadístico STATA para el análisis de resultados.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, con una edad media de 73,87 años. El 100% presentaba enfermedad renal crónica e IC, siendo la etiología isquémica la más prevalente (45,16%). A los 6 meses de seguimiento, se objetivó un aumento de la FEVI, siendo pre-post UCR: $36,71 \pm 8,93\%$ frente a $39,1 \pm 9,15$ ($p < 0,05$). En cuanto a la clase funcional cambió de NYHA II a I, el 23,81% de NYHA III a II y el 4,76% empeoró ($p < 0,05$). Las visitas a urgencias por IC descompensada disminuyeron un 14,28% post-UCR ($p > 0,05$) y los ingresos hospitalarios por el mismo motivo un 19,04% ($p < 0,05$). Respecto al tratamiento hubo una optimización de este.

Conclusiones: El seguimiento en la UCR ha supuesto una mejora significativa de la FEVI y una reducción significativa de los ingresos hospitalarios por IC descompensada, así como una mejora de la clase funcional.

P-03. PAPEL PRONÓSTICO DE LA RESISTENCIA MICROVASCULAR ABSOLUTA EN EL INOCA

Dolores Cañadas Pruaño¹, Inara Alarcón De La Lastra Cubiles², Inmaculada Noval Morillas³, Livia Gheorghe¹, German Calle Pérez¹, Ricardo Zayas Rueda¹ y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

¹Unidad de Hemodinámica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ³Servicio de Cardiología Clínica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: En últimos años hemos asistido al crecimiento del interés por el estudio de la función microvascular. La recientemente validada técnica de termodilución continua con suero salino intracoronario nos permite medir directamente la resistencia microvascular absoluta (R_{μ}). Nuestro objetivo es identificar y correlacionar, por primera vez, un punto de corte óptimo que relacione la R_{μ} con el pronóstico.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, internacional. Entre septiembre de 2018 y marzo de 2020 se realizaron 246 mediciones de R_{μ} en pacientes con arterias coronarias epicárdicas normales o casi normales (INOCA). Los criterios de exclusión fueron: realizar angioplastia coronaria, vaso con FFR $\leq 0,8$ y FEVI $\leq 50\%$. Finalmente, 122 casos con medición de R_{μ} en la arteria descendente anterior y seguimiento clínico a 12 meses

fueron incluidos. Se analizó el evento clínico combinado orientado al paciente (POCE) que incluía: muerte, IAM, nueva angioplastia coronaria transluminal percutánea, hospitalización por insuficiencia cardíaca, angina persistente y arritmias.

Resultados: El mejor punto de corte que se obtuvo del análisis de curvas ROC fue 424 UW. La tasa de eventos POCE a 12 meses en el grupo de pacientes con R_{μ} elevada fue significativamente mayor que en los pacientes con R_{μ} baja (fig. 1).

Conclusiones: La técnica de termodilución continua con suero nos permite cuantificar las R_{μ} . El punto de corte de 424 UW demostró correlacionarse con el pronóstico en pacientes INOCA.

P-04. MANEJO INVASIVO FRENTE A CONSERVADOR EN PACIENTE MAYOR CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Daniela Maidana Maidana¹, Jacobo Sempere Sanz², Andrea Arrollo Álvarez¹, Guillermo Barreres Martín¹, Carles Muñoz Alfonso¹ y Clara Bonanad Lozano³

¹Servicio de Cardiología, INCLIVA. ²Universidad de Valencia, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: La realización de una angiografía coronaria en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST), pese al leve incremento en el riesgo de sangrados y el consumo de recursos sanitarios, ha demostrado aumentar la supervivencia respecto al manejo conservador. El objetivo principal es describir las variables clínicas y analíticas de los pacientes con diagnóstico de IAMSEST al ingreso, además de determinar la proporción de pacientes mayores de 75 años que se sometieron a manejo invasivo y cuáles fueron las variables que se asociaron a la elección del tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional en un registro retrospectivo desde diciembre de 2016 hasta febrero de 2022, de 4.742 pacientes ingresados en un único centro hospitalario con diagnóstico de IAMSEST. Se excluyeron pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMEST), ya que la mayoría de ellos, según las guías de práctica clínica, deben ser revascularizados. Se incluyeron pacientes que al alta fueron diagnosticados con infarto tipo I. Se analizaron un total de 1.290 pacientes.

Resultados: Los resultados del estudio verificaron que en 601 de 706 pacientes menores de 75 años y en 368 de 584 pacientes mayores de 75 años se optó por el manejo invasivo, evidenciando una relación estadísticamente significativa entre la edad y la realización de coronariografía al ingreso ($p = 0,0001$).

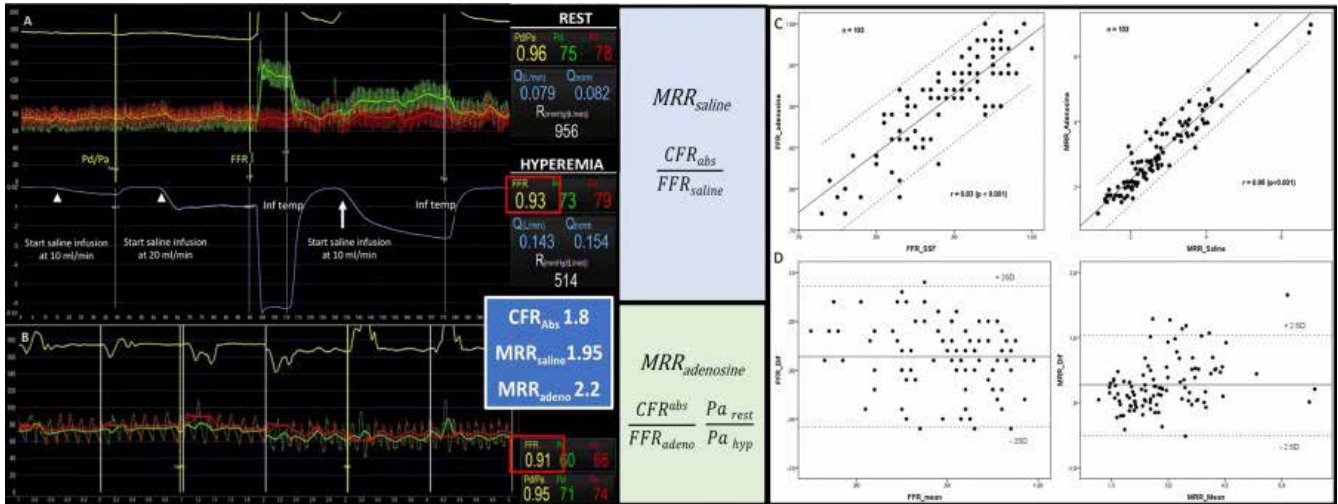
Conclusiones: En mayores de 75 años, los antecedentes de ictus previo ($p = 0,046$) y de sangrado previo ($p = 0,0001$) fueron los factores que más se asociaron a manejo conservador.

P-05. EFECTO DE CATÉTER RAYFLOW SOBRE LA DETERMINACIÓN DEL NUEVO ÍNDICE DE RESERVA DE RESISTENCIA MICROVASCULAR MEDIANTE TERMODILUCIÓN

Tarek Alejandro Grez Gutierrez¹, Luis Martín Alfaro¹, Inmaculada Noval Morillas¹, Dolores Cañadas Pruaño¹, Marcos Guimaraes², Fernando Rivero Crespo³, Josep Gomez Lara⁴, Livia Gheorghe¹, Rafael Vazquez García¹ y Alejandro Gutiérrez Barrios¹

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

³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.



P-05 Figura

Introducción y objetivos: Para la evaluación de la función microvascular se ha introducido recientemente un método basado en la termodilución continua, que permite medir la reserva de flujo fraccional (FFR), la reserva de flujo coronario (CFR) y la reserva de resistencia microvascular (MRR) mediante la colocación de un microcatéter dedicado (Ray Flow, Hexacath) en la parte proximal de la arteria coronaria. El objetivo del presente estudio es establecer la influencia del microcatéter Ray Flow en la determinación de FFR y MRR.

Métodos: Se incluyeron 103 pacientes en forma prospectiva. El MRR fue determinado de dos diferentes maneras. La primera utilizando exclusivamente infusión de suero salino (con el Ray Flow): $MRR_{saline} = CFR/FFR_{saline}$, y la segunda utilizando adenosina durante la determinación de FFR (sin la influencia del catéter Ray Flow): $MRR_{adenosine} = CFR/FFR_{adenosine} \times P_{rest}/P_{hyp}$.

Resultados: $MRR_{adenosine}$ y MRR_{saline} fueron muy similares numéricamente ($3 \pm 1,1$ y $2,8 \pm 1$, respectivamente), y presentaron una excelente correlación entre ellos ($r = 0,95$; $p < 0,001$; ICC: $0,97$; $p < 0,001$).

Conclusiones: A pesar de afectar moderadamente a la FFR, el catéter Ray Flow no afecta significativamente en la determinación de MRR por termodilución continua.

P-06. CONGESTIÓN REFRACTARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA: PAPEL DEL TRATAMIENTO MEDIANTE ULTRAFILTRACIÓN PERITONEAL

Fernando Candanedo Ocaña¹, Antonio José Herruzo León¹, Marta Alonso Mozo², Pablo José González Pérez¹, Pedro Luis Quirós Ganga³ y Francisco Javier Camacho Jurado¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Puerto del Mar, Cádiz. ³Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: La ultrafiltración peritoneal (UFP) ha sido avalada en los últimos años como terapia eficaz para la congestión refractaria. El objetivo de este trabajo es evaluar sus beneficios en este grupo de pacientes.

Métodos: Serie de casos de 13 pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzada incluidos en programa de diálisis peritoneal (DP) desde 2018 a 2022, a los que se realizó seguimiento clínico.

Resultados: El 61,5% de los pacientes incluidos fueron hombres, con una edad media de 66 años. El 53,8% presentó IC con fracción de eyección conservada. El 46,2% asoció disfunción de ventrículo derecho. Un 53,8% inició terapia mediante ultrafiltración peritoneal y restante diálisis peritoneal. La media de tiempo de tratamiento fue de 20,9 meses. Al inicio, el 69% se encontraba en clase funcional NYHA III y un 30% en clase IV. El 92% de los pacientes mejoraron su clase funcional en el seguimiento. Al año, el 69% presentaba clase II y un 15% clase I. El 61% de los pacientes presentaron ascitis al inicio, desapareciendo en la totalidad de pacientes al año. La media de ingresos por IC se redujo de 2 a 0,46 ingresos por paciente en el primer año de seguimiento. Un 53% presentaron complicaciones de la técnica siendo la infección del catéter la complicación más frecuente (44%). Se describió un caso de peritonitis bacteriana, que supuso el único caso de mortalidad relacionada con la técnica.

Conclusiones: La DP y la UFP son terapias útiles en pacientes con síntomas de congestión refractaria, disminuyendo la morbilidad y mejorando su pronóstico.

P-07. TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ALTO RIESGO TROMBÓTICO QUE SUFREN SINDROME CORONARIO AGUDO O QUE SON SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIO

Fernando Candanedo Ocaña, Antonio José Herruzo León, Mónica Martín Hidalgo, Francisco Javier Camacho Jurado y Francisco José Morales Ponce

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: El tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular (FA) que sufren síndrome coronario agudo (SCA) o se someten a intervención coronario es complejo. Describimos riesgos y beneficios de una estrategia de un mes de triple terapia antitrombótica.

Métodos: Serie de 60 pacientes con FA anticoagulada con apixaban y ≥ 1 factores de riesgo trombótico que sufrieron SCA o intervención coronario entre el 1/9/2021 y el 1/1/2023, tratados 1 mes con triple terapia (apixaban + ácido acetilsalicílico [AAS] + inhibidor del receptor P2Y₁₂), suspen-

diendo AAS al mes y el inhibidor P2Y12 al año. Realizamos seguimiento clínico de eventos hemorrágicos y trombóticos.

Resultados: El 70% eran varones, la edad media fue de 73,55 años y el 58,3% eran diabéticos. La mediana de seguimiento fue de 12 meses. El 91,6% recibió tratamiento con clopidogrel y el resto con ticagrelor. El 78,3% en el episodio actual sufrió un SCA y un 45% supuso revascularización coronaria compleja. El 13,3% presentó algún sangrado, de ellos el 87,5% en el primer mes, con mediana de tiempo desde el inicio de 17,5 días. El 62,5% fueron sangrados no mayores, de origen digestivo más frecuentemente (62,5%). Un 6,66% presentó infarto agudo de miocardio en el seguimiento, con mediana de tiempo desde el inicio de 36 días. La mortalidad fue del 5%, un caso por causa hemorrágica y ninguno por evento trombótico.

Conclusiones: En nuestra serie, la triple terapia antitrombótica durante 1 mes muestra bajo número de eventos isquémicos con número de eventos hemorrágicos asumibles en comparación con esquemas más cortos descritos en pacientes con alto riesgo trombótico.

P-08. RETOS CARPRIMUR GAMES 2022. PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUADA DE CARDIOLOGÍA PARA MÉDICOS DE FAMILIA BASADO EN NUEVAS TECNOLOGÍAS Y JUEGOS

Juan Carlos Martínez Hernández¹, Francisco José Pastor Pérez², Pedro José Flores Blanco³, Ángel Antonio López Cuenca⁴, Noelia Fernández Villa², Gines Elvira Ruiz⁵, Francisca María Muñoz Franco⁶, Javier Rodriguez Calvillo⁷, Isabel María Peral Martínez⁸ y Sergio Manzano Fernández²

¹Servicio de Atención Primaria, Centro de Salud Barrio del Carmen, Murcia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, San Javier, Murcia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario, Elche, Alicante. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz, Murcia. ⁷Servicio de Atención Primaria, Centro de Salud de Sangonera la Verde, Murcia. ⁸Servicio de Atención Primaria, Centro de Salud de Puerto Lumbreras, Puerto Lumbreras, Murcia.

Introducción y objetivos: la educación médica continua (EMC) es fundamental para brindar una atención clínica actualizada y de alta calidad. La COVID-19 ejerció una gran presión en los médicos de familia (MF), limitando su capacidad para realizar estas actividades. Los objetivos fueron mejorar los conocimientos de los MF para abordar las condiciones cardiológicas más prevalentes a través de un programa educativo basado en nuevas tecnologías y el juego Retos CarPrimur GAMES. Evaluar la satisfacción de los MF.

Métodos: El programa consistió en una competición por equipos formados por todos los MF del mismo centro de salud, durante 1 año, basada en 8 retos sobre condiciones cardiovasculares frecuentes. En cada desafío presentaron una respuesta unánime, mediante cuestionario virtual de 20 preguntas de opción múltiple. Después, en sesiones virtuales, se publicaban resultados y clasificaciones y se comentaban estos. Posteriormente, tuvo lugar el último desafío, presencial, participando 8 equipos con mayor puntuación total.

Resultados: En 2022 se realizaron 8 desafíos. Participaron el 68% (n = 57) de los equipos de la Región de Murcia. El 44% participó en más de 6 desafíos. La puntuación media fue de 14,8 ± 1,2 a 19,5 ± 0,5 sobre 20. La sesión final constó de 4 desafíos,

estando el marcador sobre 6/10 puntos. Sobre la satisfacción global del proyecto, el 83% de MF calificó 7/10 y el 46% 10/10.

Conclusiones: Los programas educativos como Retos CarPrimur GAMES, basados en nuevas tecnologías y juegos, son útiles para aumentar el conocimiento de los MF sobre condiciones cardiológicas, logrando un alto índice de satisfacción.

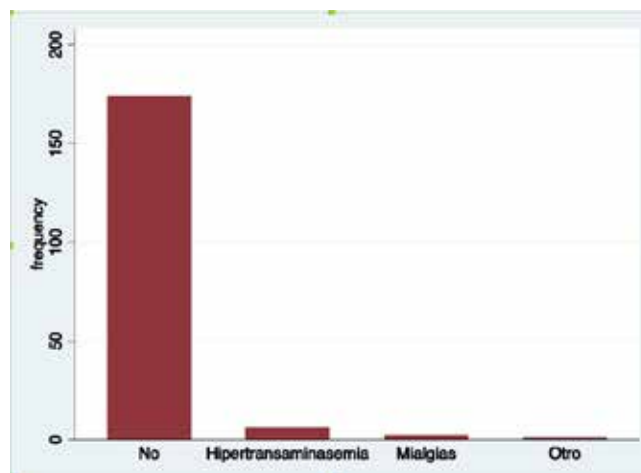
P-09. EFECTOS SECUNDARIOS DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y TASAS DE ABANDONO EN PACIENTES JÓVENES TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, Rodrigo Fernández Asensio, Javier Cuevas Pérez, Yvan Persia Paulino, Andrea Aparicio Gavilanes, Pablo Avanzas Fernández, César Morís De La Tassa y Luis Gutiérrez De La Varga

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción y objetivos: El tratamiento hipolipemiante con estatinas constituye uno de los pilares fundamentales en el manejo farmacológico tras síndrome coronario agudo (SCA). Su eficacia, especialmente de alta intensidad y en combinación con ezetimibe, está fuera de dudas, con altas reducciones en cifras de LDL. Sin embargo, son fármacos con alta tasa de efectos secundarios y abandono terapéutico debido a ello.

Métodos: Se recogieron datos pertenecientes a 201 pacientes ingresados por SCA en cardiología durante un periodo de 9 años. Se analizaron tasas de abandono de tratamiento debido a efectos secundarios.



Resultados: A los 6 meses de seguimiento tras el alta domiciliar se registró un 3% de mala adherencia al tratamiento (sin llegar al abandono). En un 4% de pacientes se registró hipertransaminasemia, un 2% de elevación significativa de CPK y un 2% de mialgias. A los 12 meses de seguimiento se registró un 3% de mala adherencia, así como un 1,6% de abandono de terapia farmacológica. Se registró un 5% de pacientes con hipertransaminasemia en analítica y un 2% de mialgias/elevación de CPK. A los 24 meses de seguimiento, el porcentaje de mala adherencia y abandono fue mayor (el 3 y el 1%, respectivamente). Se adjunta gráfica (fig. 1) que refleja el porcentaje de eventos adversos a los 24 meses de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra serie de casos, el porcentaje de buena adherencia y cumplimiento de tratamiento es alto. Se describen efectos secundarios frecuentes al tratamiento con

estatinas, aunque en menor proporción que en población general, probablemente por la menor fragilidad intrínseca a estos pacientes.

P-10. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL RESULTADO A 5 AÑOS DEL DISPOSITIVO BIOABSORBIBLE DE MAGNESIO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

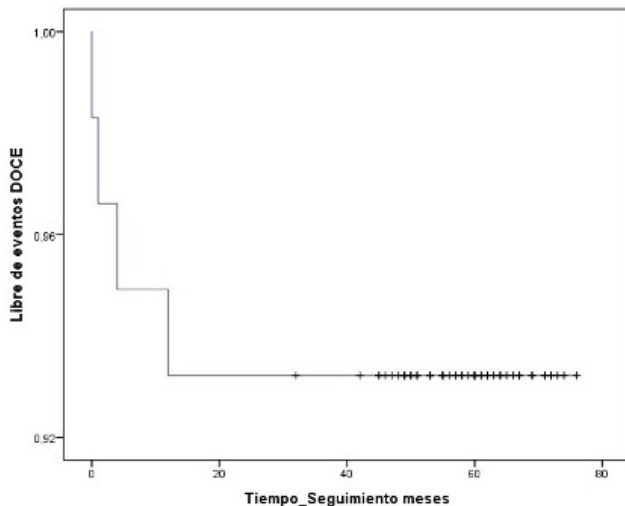
Diego Mialdea Salmerón, Dolores Cañadas Pruaño, Livia Gheorgue, Carlos González Guerrero, Inara María Alarcón De La Lastra Cubilles, Ricardo Zayas Rueda, Germán Calle Pérez, Rafael Eduardo Vázquez García y Alejandro Gutiérrez Barrios

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

Introducción y objetivos: Estudios previos han mostrado resultados decepcionantes en el empleo de los dispositivos intracoronarios bioabsorbibles de magnesio (SBM) en el seguimiento a corto-medio plazo, sin información a largo plazo.

Métodos: Estudio multicéntrico no aleatorizado para analizar los resultados a 5 años de pacientes con implantación de SBM en lesión culpable *de novo* en el contexto de síndrome coronario agudo (SCA). **Objetivo primario:** eventos orientados al dispositivo (DOCE): muerte cardiaca; trombosis de *stent* confirmada/probable (TS) y revascularización del vaso diana (RVD) a 5 años de seguimiento y objetivo secundario: DOCE a 2 años.

Resultados: Entre 2016 y 2018, 90 pacientes con SBM por SCA fueron incluidos en 5 centros. A los 2 años se realizó control angiográfico y tomografía óptica al 33% de pacientes. El 13,3% presentaron DOCE (el 6,7% reestenosis de SBM asintomáticas, el 6,7% reestenosis de SBM sintomáticas y el 2,2% TS), sin muertes. En seguimiento a 5 años, 59 pacientes no mostraron nuevos eventos DOCE en este periodo, mostrando este grupo un DOCE del 6,7% (3,3% TS), sin muertes. Dos pacientes requirieron angioplastia sobre otro vaso en los dos primeros años. Solo un paciente requirió coronariografía tras 2 años. El 93% de los pacientes estaban sin angina en el seguimiento.



Conclusiones: El SBM en el SCA parece presentar alta tasa de éxito de implante agudamente, pero una tasa relativamente alta de DOCE en el seguimiento a medio plazo. En nuestro seguimiento a 5 años, en los 2 primeros años no hubo eventos DOCE y el 93% de los pacientes están asintomáticos.

P-11. DIFERENCIAS EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER EN ESPAÑA. CONSENSO DELPHI

José M. Gámez¹, María Rosa Fernández², Milagros Pedreira³, María Dolores Fasero⁴, Vicente Pallarés⁵ y Verónica Inaraja⁶

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Son Llatzer, Palma de Mallorca. ²Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña. ⁴Unidad de Menopausia Saludable, Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid. ⁵Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón de la Plana. ⁶Departamento Médico, Organon Salud España, Madrid.

Introducción y objetivos: Las guías clínicas actuales sobre enfermedad cardiovascular (ECV) no abordan específicamente a la población femenina. El objetivo de este consenso es conocer la opinión de un grupo de cardiólogos, ginecólogos y médicos de atención primaria sobre el manejo de las ECV en las mujeres. Se describen solo los resultados de cardiología.

Métodos: Mediante un consenso Delphi, 31 cardiólogos mostraron su grado de acuerdo en 44 aseveraciones sobre la ECV en mujeres, agrupadas en 3 bloques: 1) factores de riesgo y estrategias de prevención; 2) diagnóstico y manifestaciones clínicas, y 3) tratamiento y seguimiento.

Resultados: Tras dos rondas, se alcanzó consenso en el 79,5% de las aseveraciones. La mayoría de aseveraciones sin consenso pertenecían al bloque 3. Los panelistas mostraron acuerdo en realizar un control periódico de la PA durante el embarazo y el parto para detectar trastornos hipertensivos, especialmente en mujeres con antecedentes de preeclampsia y/o hipertensión gestacional, y un control de la diabetes mellitus (DM) en aquellas con DM gestacional. También hubo consenso en que los signos y síntomas de IAM pueden ser diferentes y que la mortalidad tras un evento es mayor en mujeres. Asimismo, coincidieron en que las mujeres reciben estatinas de menor intensidad. No hubo consenso respecto a si la eficacia de los tratamientos farmacológicos difiere entre ambos sexos.

Conclusiones: El alto grado de consenso alcanzado muestra que los cardiólogos son conscientes de las diferencias existentes entre hombres y mujeres en el manejo de la ECV, y la necesidad de plantear intervenciones que reduzcan esta desigualdad.

P-12. CONTROL LIPÍDICO Y NUEVOS ÍNDICES ATEROGÉNICOS: EVALUACIÓN Y CAMBIOS DESDE LA UNIDAD CORONARIA HASTA LA REHABILITACIÓN CARDIACA. ¿NOS PUEDEN AYUDAR A PREVENIR EVENTOS?

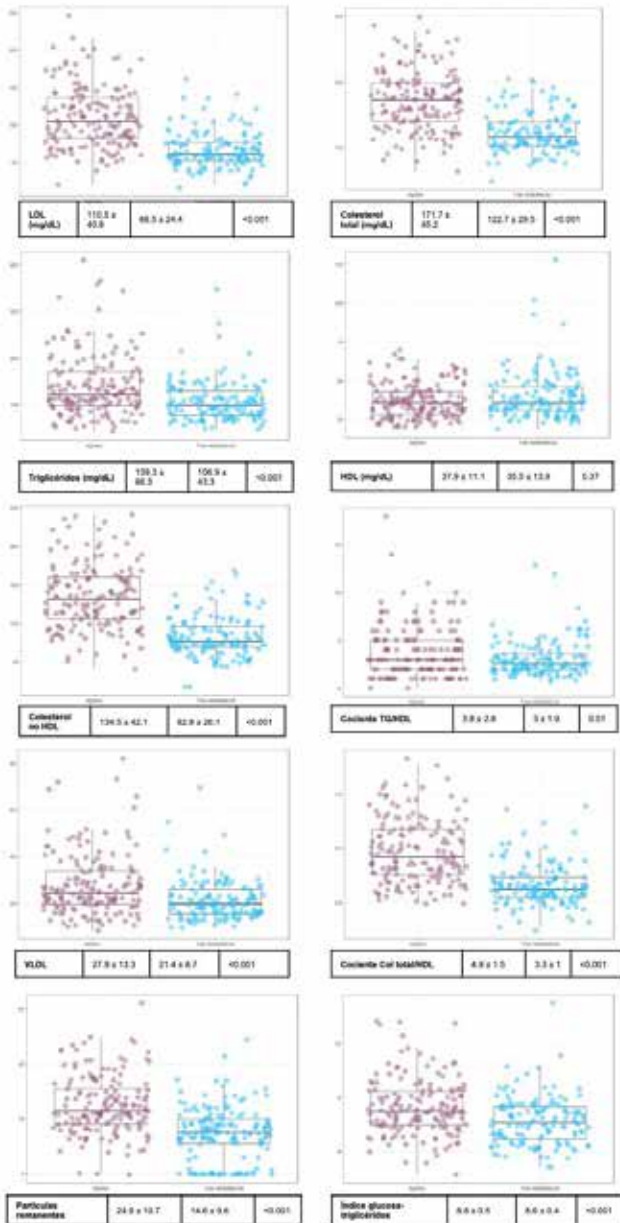
Ricardo Martínez González, Jesús Saldaña García, Clara Ugueto Rodrigo, Ana Torremocha López, Lucía Cobarro Gálvez, Cristina Contreras Lorenzo, Emilio Arbas Redondo y Almudena Castro Conde

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y objetivos: Según avanza nuestro conocimiento del metabolismo lipídico existen nuevas dianas en prevención secundaria. Nos propusimos describir y evaluar los cambios en nuevos índices ateroscleróticos al ingreso y al completar el programa de rehabilitación cardíaca (RHC) en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular (ECV) previa.

Métodos: Diseñamos un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados por síndrome coronario agudo con (SCACEST) o sin elevación del ST

en la unidad de cuidados agudos cardiológicos de un hospital terciario tras completar RHC entre enero y junio de 2022. Se recogieron factores de riesgo cardiovascular, perfil metabólico y se calcularon los parámetros triglicéridos (TG)/HDL, colesterol total/HDL, VLDL, partículas remanentes e índice glucosa-triglicéridos. El análisis se hizo mediante R Project.



Resultados: Se incluyeron 158 pacientes, 113 (74,7%) ingresaron por un SCACEST, la edad media fue fe 64,2 años, 113 (71,5%) varones, el 56,5% hipertensos, el 55,1% dislipémicos y el 40,5% fumadores. 30 pacientes tenían antecedentes de ECV. Tras RHC mejoraron todos los parámetros lipídicos de forma estadísticamente significativa (fig. 1). El único parámetro relacionado con nuevos eventos ateroscleróticos fue la HbA1c (tabla 1). Hubo 14 pacientes con ECV y LDL en rango, 10 (71,4%) presentaban el cociente TG/HDL alterado y 11 (78,6%) el cociente colesterol total/HDL elevado (tabla 2). En 39 pacientes (29,10%) se cumplió el objetivo de LDL < 55mg/dl. Ningún índice se asoció con enfermedad multivaso.

Parámetro	No ECV previa	Sí ECV previa	p
Glucemia basal	108 ± 29.3	126.1 ± 51.2	0.07
Triglicéridos	142.4 ± 67.9	126.7 ± 57	0.19
Índice glucosa-triglicéridos	8.8 ± 0.5	8.8 ± 0.6	0.99
Colesterol total	179.3 ± 39.8	138.2 ± 52.3	<0.001
LDL	116.4 ± 38	83.3 ± 42.4	<0.001
HDL	37.9 ± 11.1	35.5 ± 13.9	0.37
HbA1c	6 ± 1.2	6.6 ± 1	0.01
No HDL	141.3 ± 37.7	102.7 ± 49.5	<0.001
TG/HDL	3.8 ± 2.8	3.6 ± 2.6	0.81
VLDL	28.5 ± 13.6	25.3 ± 11.4	0.19
CT/HDL	5 ± 1.5	4.1 ± 1.4	0.003
Remanentes	24.9 ± 10.3	24.2 ± 13.2	0.76

Tabla 1: Parámetros metabólicos y lipídicos en pacientes sin y con ECV previa

Parámetro	N (%)
TG/HDL	
Elevado (>2)	10 (71.4%)
Normal	4 (28.6%)
CT/HDL	
Elevado (>3)	11 (78.6%)
Normal	3 (21.4%)
Partículas remanentes	
Elevado (>30)	5 (35.7%)
Normal	9 (64.3%)
Índice Glucosa-Triglicéridos	
Elevado (>9,3)	5 (35.7%)
Normal	9 (64.3%)

Tabla 2: Nuevos índices aterogénicos en pacientes con ECV previa y nuevos coronarios a pesar LDL en rango

Conclusiones: Ninguno de los parámetros estudiados ayudó, y se asoció con nuevos eventos cardiovasculares, una valoración intensiva, guiada por objetivos y más allá de los FRCV clásicos y marcada por objetivos ayudará a reducir el riesgo residual de esta población.

P-13. EFECTO DE LOS ISGLT2 SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA, ¿INFLUYE LA ETIOLOGÍA?

Emanuele Coppo, Alberto Giráldez Valpuesta y Sergio Gamaza Chulián

Servicio de Cardiología, Hospital del Servicio Andalu de Salud de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: Los efectos de los iSGLT2 sobre la capacidad funcional y la tolerancia al ejercicio son todavía en gran parte desconocidos. Nuestro objetivo fue valorar su efecto en pacientes con IC y si la etiología puede tener un papel en la respuesta al tratamiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de IC con FEVI ≤ 40%, entre junio de 2014 y septiembre de 2022. Se realizó una evaluación inicial con analítica, ecocardiografía y valoración de la capacidad funcional, realizando una prueba de la marcha de 6 min (6 MWT). A los 6 meses se repitió la prueba tras la optimiza-

	No Isquémicos			Isquémicos		
	iSGLT2 (N=45)	No iSGLT2 (N=230)	Total (N= 275)	iSGLT2 (N=41)	No iSGLT2 (N=146)	Total (N=187)
Edad, años	68,2±12,2	63,3±14,3	64,1±14,0	64,2 ± 11,3	61,3 ± 21,6	61,9 ± 19,8
Mujer, n (%)	13 (30,2)	62 (27)	75 (27,5)	6 (15)	23 (16)	29 (15,8)
Antecedentes personales, n (%):						
Hipertensión	31 (68,9)	117 (50,9)	148 (53,8)	28 (68,3)	73 (50,3)	101 (54,3)
Diabetes Mellitus	25 (55,6)	65 (28,3)	90 (32,7)	32 (78)	56 (38,4)	88 (47,1)
Fumador	27 (60)	142 (61,7)	169 (61,5)	32 (80)	113 (78,5)	145 (78,8)
Dislipemia	19 (42,2)	59 (25,8)	78 (28,5)	31 (75,6)	69 (47,9)	100 (54)
FEVI (%)	32,2 ± 6,0	30,7 ± 8,0	30,9 ± 7,7	30,7 ± 7,0	32,6 ± 6,4	32,2 ± 6,5
NTproBNP (pg/ml)	1919 ± 2231	2397 ± 3741	2316 ± 3532	6435 ± 12565	2691 ± 4256	3573 ± 7265
Creatinina (mg/dL)	1,16 ± 0,5	1,18 ± 0,9	1,18 ± 0,8	1,34 ± 0,6	1,19 ± 0,5	1,22 ± 0,5
eGFR (CKD-EPI) (ml/min/1,73 m ²)	70,0 ± 24,4	72,3 ± 25,4	71,8 ± 25,2	61,5 ± 22,8	69,2 ± 22,3	67,4 ± 22,6
NYHA clase funcional inicial, n (%)						
I	19 (42,2)	101 (43,9)	120 (43,6)	20 (48,8)	58 (39,7)	78 (41,7)
II	20 (44,4)	119 (51,7)	139 (50,5)	18 (43,9)	83 (56,8)	101 (54)
III	6 (13,3)	10 (4,3)	16 (5,8)	3 (7,3)	5 (3,4)	8 (4,3)
Tratamiento inicial						
B-Bloqueantes	45 (100)	228 (99,1)	272 (99,3)	41 (100)	145 (99,3)	186 (99,5)
IECA	19 (42,2)	139 (60,4)	158 (57,5)	14 (34,1)	89 (61)	103 (55,1)
ARAI	11 (24,4)	69 (30)	80 (29,1)	10 (24,4)	41 (28,1)	51 (27,3)
MRI	31 (68,9)	135 (58,7)	166 (60,4)	27 (65,9)	79 (54,1)	106 (56,7)
ARNI	16 (35,6)	32 (13,9)	48 (17,5)	16 (39)	26 (17,8)	42 (22,5)
Resultados 6MWT						
6MWT inicial, m	379,0 ± 88,7	391,1 ± 89,0	389,1 ± 88,9	358,2 ± 102,0	372,4 ± 78,3	369,3 ± 84,0
6MWT 6 meses, m	417,1 ± 62,7	407,3 ± 92,0	408,9 ± 87,8	385,9 ± 99,1	395,4 ± 83,3	393,4 ± 86,8

P-13 Tabla

ción del tratamiento. Finalmente se dividieron los pacientes según la etiología en isquémicos y no isquémicos, comparando los resultados entre los pacientes que recibieron iSGLT2 y los que no lo recibieron.

Resultados: Entre los 462 pacientes incluidos (275 no isquémicos y 187 isquémicos), 45 y 41 pacientes, respectivamente, recibieron tratamiento con iSGLT2. El tratamiento con iSGLT2 en paciente no isquémicos se ha asociado a una mejoría en el 6 MWT de +32,5 m (IC95%, 10,7-54,4; p = 0,004) en un modelo ajustado por tratamiento inicial, FEVI, antecedente de DM, filtrado glomerular, edad y valor inicial en el test. Por otro lado, en paciente isquémicos no se han evidenciados diferencias.

Conclusiones: El tratamiento con iSGLT2 en pacientes con IC-Fe de etiología no isquémica se ha asociado a una mejoría de la capacidad funcional a los 6 meses; por otro lado, en pacientes de etiología isquémica no ha demostrado mejorarla de forma estadísticamente significativa.

P-14. PERFIL DEL PACIENTE QUE SE BENEFICIA DEL TRATAMIENTO CON PATIROMER EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

David Cordero Pereda¹, Paloma Remior¹, Susana Del Prado¹, Clemencia De Rueda¹, Marta Jiménez-Blanco¹, María Ascensión San Román¹, Teresa Casado¹, Jose Luis Zamorano² y Jesús Álvarez¹

¹Unidad Insuficiencia Cardíaca y Miocardiopatías, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción y objetivos: Los quelantes de potasio permiten mantener o reintroducir el tratamiento neurohumoral en pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida que presentan hiperpotasemia (K⁺ > 5,5 mmol/l). El precio y la tolerancia digestiva a los quelantes de potasio suponen barreras para introducir estas medicaciones. Presentamos la experiencia con patiromer en la unidad de insuficiencia de nuestro centro, así como el perfil de paciente que más se benefició de la terapia.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo. En los pacientes que iniciaron patiromer, se recogieron las características basales más significativas, las cifras de potasio basales y al mes, así como las dosis necesarias para conseguir normopotasemia (tabla 1).

Resultados: En nuestra muestra, los 11 pacientes que recibieron patiromer presentaban insuficiencia cardíaca con FEVI severamente reducida (FEVI, 31 ± 13), clase funcional II-III de la NYHA, enfermedad renal avanzada (TFG, 32 ± 24 ml/min) e hiperpotasemia leve (5,7 ± 0,3 mmol/l). Al mes de inicio del tratamiento, todos los pacientes consiguieron normopotasemia (4,9 ± 0,6 mmol/l) con dosis bajas de patiromer (9,5 ± 6,3 mg/día). Ningún paciente presentó hipopotasemia (gráfico 1).

Paciente (Nº)	FEVI	TPG	NYHA	K Inicial	K al mes	Dosis Patiromer diaria
1	40	20	3	5,3	5,3	4,2
2	31	38	1	5,5	4,4	8,4
3	46	30	3	5,8	4,8	8,4
4	25	62	3	5,7	5,5	8,4
5	27	28	3	5,5	4,6	8,4
6	33	13	1	5,6	4,3	8,4
7	30	27	3	5,6	4,9	8,4
8	30	30	3	6	4	16,8
9	33	49	3	5,5	5,1	8,4
10	20	28	2	6	5,4	16,8
11	30	34	3	5,8	5,4	8,4
Medias	31,4	32,6	2,5	5,7	4,9	9,5

Tabla 1: Características basales, cifras de potasio basales y al mes, y dosis de patiromer utilizadas.

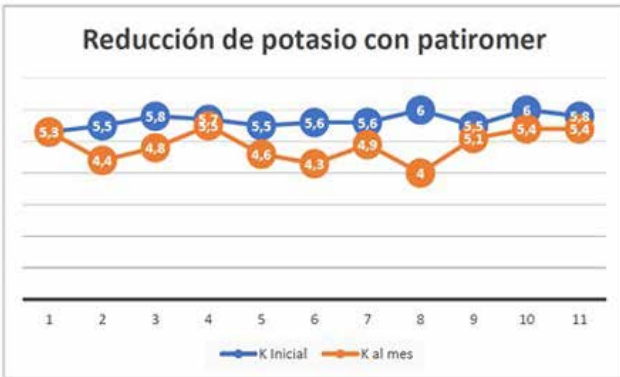


Gráfico 1: Reducción de potasio con patiromer conseguida en cada paciente.

Conclusiones: Patiromer a dosis bajas en pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, clase funcional II-III y enfermedad renal crónica avanzada, consiguió normalizar los niveles de potasio en sujetos que habían desarrollado hiperpotasemia leve. Consideramos que este es el perfil de paciente en el que la terapia podría ser coste-efectiva, al permitir mantener y/o introducir tratamiento con beneficio pronóstico (IECA/ARAII/ARNI/ARM) en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, a pesar de haber desarrollado hiperpotasemia.

P-15. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES JÓVENES TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, Rodrigo Fernández Asensio, Javier Cuevas Pérez, Yvan Persia Paulino, Andrea Aparicio Gavilanes, Pablo Avanzas Fernández, César Morís De La Tassa y Luis Gutiérrez De La Varga

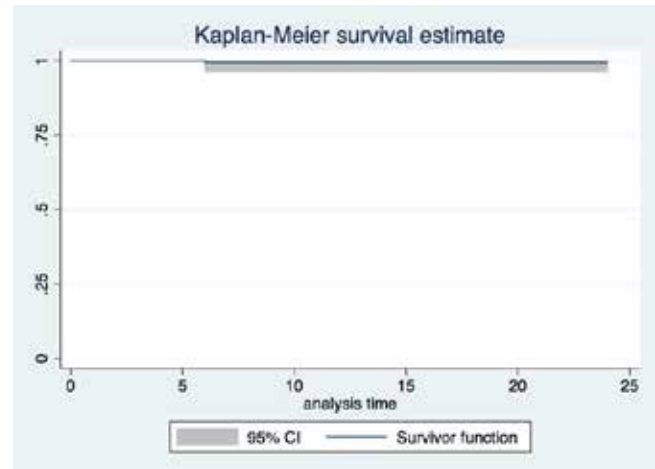
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es actualmente una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, y su prevalencia se ha incrementado en los últimos años dada la mayor supervivencia de los pacientes. El tabaquismo, el consumo de tóxicos y las dislipemias hereditarias están detrás del desarrollo del síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes jóvenes en muchos de los casos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y observacional de 201 pacientes menores de 45 años ingresados en cardiología por SCA; realizado un seguimiento longitudinal durante 2 años. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para analizar la supervivencia.

Resultados: Se recogieron un total de 201 pacientes: media de edad 40,9 años; el 5% de diabéticos, el 22% de hipertensos, el 1,5% de nefrópatas, el 0,5% de broncopatas. Del total de los pa-

cientes recogidos fallecieron 8 (4%), de los cuales 6 de ellos fueron éxitos en las primeras 48 h del evento, encontrándose todos ellos en situación de shock cardiogénico (SC) al ingreso. No obstante, la mayoría de los pacientes que ingresaron en situación de SC, algunos de los cuales sufrieron parada cardiorrespiratoria en fibrilación ventricular como cuadro clínico, fueron alta domiciliaria (el 83% de pacientes). Durante el seguimiento clínico en los primeros 6 meses, solo falleció un paciente debido a SCA por trombosis del *stent*. No hubo éxitos registrados durante el resto del seguimiento hasta completar los 2 años. Se adjunta gráfica (fig. 1) de supervivencia de Kaplan-Meier.



Conclusiones: La mortalidad en pacientes jóvenes durante el SCA es baja, debido probablemente a la ausencia de otras comorbilidades que podrían condicionar un peor pronóstico.

P-16. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y DE LOS PREDICTORES DE USO DE ESTATINAS DE ALTA INTENSIDAD TRAS EL ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Alba María García García¹, Antonia María Castillo Navarro², Pedro José Flores Blanco³, Ángel López Cuenca⁴, Miriam Gómez Molina⁵, Alejandro Lova Navarro⁶, Francisco Pastor Pérez¹, Alberto Nieto López¹, Domingo Pascual Figal¹ y Sergio Manzano Fernández¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ²Medicina Interna, Hospital Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia; ³Servicio de Cardiología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, San Javier, Murcia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

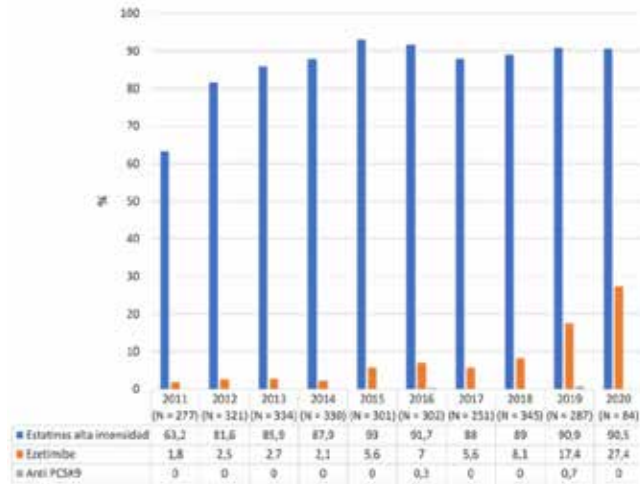
⁵Servicio de Cardiología, Fundación Hospital de Cieza, Cieza, Murcia. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia.

Introducción y objetivos: La evaluación temporal del uso de hipolipemiantes tras el alta por un síndrome coronario agudo (SCA) y sus factores determinantes puede resultar útil de cara a mejorar el tratamiento de estos pacientes.

Métodos: De enero de 2011 a marzo de 2020 se incluyeron 2.835 pacientes consecutivos dados de alta tras un SCA. Se recogió el tratamiento hipolipemiante al alta y mediante regresión logística se evaluaron los factores determinantes de uso de estatinas de alta intensidad (EAI) en dos periodos: 2011-2015 y 2016-2020. Se definió como tratamiento con estatinas de alta intensidad el uso de atorvastatina ≥ 40 mg y rosuvastatina ≥ 20 mg.

Resultados: El 97% de los pacientes recibieron estatinas, el 6% ezetimibe y el 0,1% inhibidores de PCSK9 (iPCSK9). La figura 1

muestra la evolución del uso de hipolipemiantes al alta. Los factores determinantes de uso de EAI no variaron significativamente en el tiempo y fueron el tabaquismo (OR: 1,76; p < 0,001), la ausencia de cardiopatía isquémica (OR: 0,38; p < 0,001), la ausencia de insuficiencia cardiaca (OR: 0,59; p = 0,045), las cifras basales de cLDL elevadas (OR: 1,006; p = 0,001) y el tratamiento previo con EAI (OR: 23,6; p < 0,001).



Conclusiones: En nuestro centro, desde el 2012, la mayoría de los pacientes dados de alta tras un SCA reciben EAI. Por otro lado, el uso de ezetimiba ha aumentado considerablemente desde 2018, mientras que el de iPCSK9 sigue siendo residual (< 1%). Los determinantes más importantes de uso de EAI al alta fueron las cifras elevadas de LDL y el uso previo al ingreso de estos agentes.

P-17. INTERVENCIONISMO ESTRUCTURAL AMBULATORIO: CIERRE DE OREJUELA GUIADO MEDIANTE SONDAS MICRO-ETE

Ana Laffond, David González Calle, Fabián Blanco, María Sánchez Ledesma, Pedro Luis Sánchez e Ignacio Cruz González

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía transesofágica (ETE) es la técnica de imagen más frecuentemente utilizada como guía en los procedimientos de cierre de orejuela izquierda (COI). Como alternativas a esta técnica se han propuesto la ecocardiografía intracardiaca y la ecocardiografía transesofágica con sondas miniaturizadas (micro-ETE), que nos permiten prescindir de la sedación (e intubación). El objetivo es comparar los resultados del procedimiento en términos de eficacia, seguridad y estancia hospitalaria en función de la técnica de imagen empleada intraprocedimiento.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico de los pacientes sometidos a COI entre los años 2009 y 2021, guiados por sonda de ETE o micro-ETE.

Resultados: Entre los años 2010 y 2022 se realizaron 511 COI, 357 mediante ETE y 154 con micro-ETE. La edad media fue de 77,2 ± 8 años. El éxito del procedimiento fue del 98,5% en los pacientes del grupo ETE, frente al 100% en los del micro-ETE. Se observó una reducción significativa en cuanto al tiempo del procedimiento en los pacientes en los que se realizó micro-ETE (73 frente a 51 min; p < 0,001). Los pacientes en los que se realizó guiado por micro-ETE presentaron una estancia

hospitalaria menor (1,15 ± 1,9 frente a 2,2 ± 2,3 días; p < 0,001) (tabla 1).

	ETE	micro-ETE	p
Edad (años)	76,45 ± 7,6	79,08 ± 8,63	< 0,001
Sexo masculino (%)	63,6%	63,6%	0,991
Anestesia general (%)	296 (89,7%)	3 (1%)	< 0,001
Tiempo de procedimiento (min)	73 ± 28	51 ± 15,5	< 0,001
Éxito del procedimiento	98,5%	100%	0,057

Conclusiones: La micro-ETE es una técnica de imagen eficaz y segura como guía intraprocedimiento del COI, permitiendo reducir la estancia hospitalaria, incluso realizarse de manera ambulatoria en más del 90% de los casos.

P-18. MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, ¿ESTRATEGIA CONSERVADORA O INVASIVA?

Alejandro Cabello Rodríguez, Andrea González Pigorini, Charlotte Laetitia Sara Boillot, Ana Díaz Rojo y Eva García Camacho

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario, Toledo.

Introducción y objetivos: La incidencia de SCA está aumentando en ancianos debido al incremento de la esperanza de vida. El objetivo es cuantificar la proporción de mayores de 80 años ingresados en el servicio de cardiología con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) a los que se realiza estrategia invasiva, en función de su situación basal.

Métodos: Se analizaron 106 pacientes mayores de 80 años consecutivos ingresados en el año 2021 en el servicio de cardiología de nuestro hospital. Las características mediana de 85 años, el 25,5% mujeres, el 87,9% hipertensos, el 44,5% diabéticos, el 62,3% dislipémicos, el 5,7% fumadores, el 24,5% exfumadores y el 26,7% dependientes total o parcialmente. Se realizó cateterismo al 88,7% de los pacientes y se realizó revascularización total en el 35,2%, parcial en el 28,6% y no revascularización en el 36,2%.

Resultados: Se realizó análisis estadístico con pruebas paramétricas para valorar si existe asociación entre la situación basal de los pacientes y la realización de cateterismo y revascularización si era necesaria, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

Conclusiones: La situación basal de los pacientes ancianos del servicio de cardiología de nuestro centro no influye en la estrategia de manejo del SCA de estos. La limitación principal del estudio es que existen pacientes que ingresan en el servicio de geriatría, los cuales, dadas su situación basal y las comorbilidades, no son candidatos a aplicarles la misma estrategia que a los pacientes de cardiología.

P-19. ANATOMÍA CORONARIA Y ESTRATEGIA DE REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

David Ledesma Oloriz, Javier Martínez Díaz, Javier Cuevas Pérez, Rodrigo Fernández Asensio, Yvan Persia Paulino, Andrea Aparicio Gavilanes, Pablo Avanzas Fernández, César Morís de la Tassa y Luis Gutiérrez de la Varga

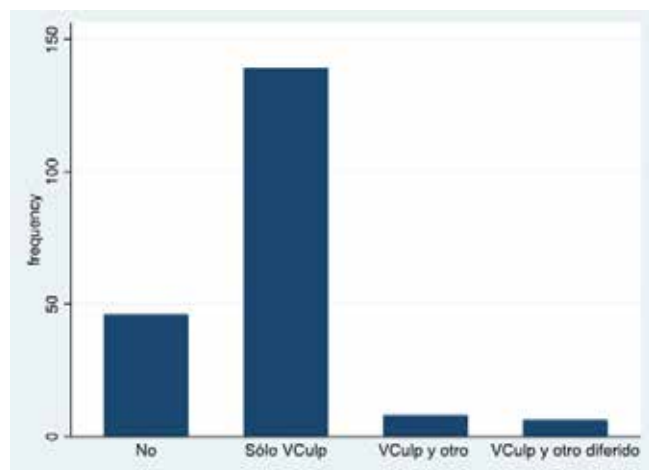
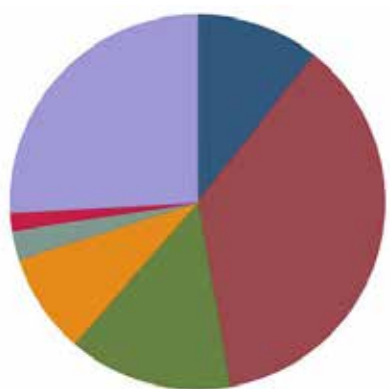
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción y objetivos: En pacientes jóvenes, la incidencia de cardiopatía isquémica aguda en forma de SCA es menor

del 1% de todos los casos. El tiempo de presentación y el cuadro clínico son dos de los factores determinantes pronósticos en el síndrome coronario agudo (SCA), siendo más favorable en pacientes jóvenes. En este estudio describimos la anatomía coronaria y la estrategia principal de revascularización en pacientes menores de 45 años.

Métodos: Se recogen datos pertenecientes a 201 pacientes menores de 45 años ingresados en cardiología de enero de 2010 a diciembre de 2019 con diagnóstico de SCA o angina estable con detección de isquemia positiva.

Resultados: En el primer gráfico (fig. 1) se recoge la anatomía coronaria en el momento del SCA. La mayoría de los pacientes (59%) tenía una enfermedad coronaria de un solo vaso en el momento del SCA. La presencia de enfermedad de tronco y 2/3 vasos, lo cual sentaría indicación quirúrgica, fue poco frecuente (< 5% de casos). Respecto a la revascularización, se realizó angioplastia percutánea coronaria en un 77% de pacientes, tal y como se recoge en el segundo gráfico (fig. 2) (media diámetro $3,25 \pm 0,42$ mm; media longitud $20,53 \pm 0,6$ mm). La cirugía de *bypass* aortocoronario se realizó en el 3,5% de los pacientes (mayoría de los pacientes doble *bypass*).



Conclusiones: La mayoría de pacientes jóvenes con SCA fueron diagnosticados de enfermedad coronaria monovaso, siendo el más frecuente la arteria DA. La estrategia percutánea de revascularización fue la más común. Ello explica, entre otros motivos, el buen pronóstico en pacientes jóvenes con esta patología.

P-20. PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA VIRTUAL COMO ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ A LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA PRESENCIAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Miriam García Cocera¹, Rocío Párraga Gutierrez¹, Carlos Real Jiménez¹, Juan Carlos Gómez Polo², Daniel García Arribas², Fernando Macaya Ten³, David Vivas Balcones², Christian Bengoa Terrero⁴, Marian Cristina Bas Villalobos⁵ e Isidre Vilacosta²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Cardiología Clínica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Unidad de Hemodinámica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴CardioRed 1, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁵Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) han demostrado un claro beneficio en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Para facilitar la adherencia se han desarrollado PRC virtuales. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes incluidos en estos programas y evaluar la mejoría con respecto a la capacidad funcional (CF) y control de factores de riesgo cardiovasculares.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 37 pacientes de bajo riesgo incluidos en el PRC virtual y 48 incluidos de forma paralela al presencial entre septiembre de 2021 y marzo de 2022.

Resultados: No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a los principales factores de riesgo cardiovascular, salvo la presencia de enfermedad coronaria previa, mayor en el grupo presencial que en el virtual (el 20,8 frente al 5,4%, respectivamente; $p = 0,04$). Además, los pacientes incluidos en el programa virtual eran más jóvenes ($56,5 \pm 9,4$ años), a diferencia de los incluidos en los programas presenciales (con $61,3 \pm 11,3$ años de edad; $p = 0,04$). Tampoco se objetivaron diferencias significativas en la mejoría de parámetros antropométricos y CF al término del programa. No se identificaron diferencias significativas en el índice de masa corporal al principio y al final de los PRC ($p = 0,23$). En cuanto a la CF, no hubo diferencia en la mejoría de los MET (1,2 frente a 1,1; $p = 0,83$). Sin embargo, los niveles de LDL disminuyeron $31,13$ mmol/l en el presencial y $55,46$ mmol/l en el virtual ($p = 0,03$). No hubo complicaciones en ninguno de los dos grupos.

Conclusiones: Consideramos a los PRC virtuales una alternativa segura y eficaz a los programas presenciales.

P-21. PERFIL DE PACIENTE REINGRESADOR CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO ¿HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Eva Gutiérrez Ortiz¹, Laura Belmar¹, Elena Sánchez¹, Ana Pérez¹, Gonzalo López Medel², Juan Carlos Gómez Polo¹ y David Vivas Balcones¹

¹Servicio Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Geriátria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La prevalencia de la insuficiencia cardiaca (IC) aumenta de la mano del envejecimiento poblacional, incrementando la presión hospitalaria de nuestro medio. El objetivo de este trabajo es analizar el cambio que ha sufrido el perfil clínico del paciente reingresador con IC crónica (ICC) a lo largo del tiempo.

Métodos: Se realizó un registro observacional y prospectivo durante 8 meses en 2016 y 2022 de los pacientes ingresados

en un centro terciario por ICC. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas de todos los pacientes. Se analizaron las diferencias de los pacientes reingresadores entre ambas cohortes. Se definió como "paciente reingresador" por la presencia de dos o más ingresos al año por ICC.

Resultados: La cohorte de 2016 incluyó a 335 pacientes, con un 36% de reingresadores (n = 121). La cohorte de 2022 incluyó 266 a pacientes, con un 27% de reingresadores (n = 76). Las diferencias entre las variables clínicas y demográficas de ambos grupos se muestran en la tabla 1. Se observó que la población reingresadora actual es menos comórbida, con una reducción significativa de incidencia de FA (el 48 frente al 68%), HTA (el 81 frente al 73%), ERC (el 42 frente al 28%) y SAOS (el 11 frente al 4%).

Características	2016 % (n)	2022 % (n)	P valor
Edad	75,78± 11	76,09 ± 11	0,32
FEVI	45% (IC 42,8-47,2)	47% (IC 45,1-49,0)	0,08
Fibrilación auricular (FA)	68,25% (86)	48,61% (35)	0,00
Hipertensión arterial (HTA)	81,73% (114)	73,48% (56)	0,015
Enfermedad renal crónica (ERC)	42,06% (53)	27,78% (20)	0,026
Síndrome apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAOS)	11,32% (13)	4,17% (3)	0,04
Diabetes mellitus 2 (DM2)	33,33% (42)	26,39% (19)	0,4
Dislipemia	68,8% (86)	66,67% (48)	0,75

Conclusiones: Actualmente, en nuestro centro los pacientes reingresan con menos comorbilidades en la unidad de hospitalización de cardiología. Consideramos que puede deberse a la optimización interdisciplinar de estos pacientes, con mayor flujo de ingresos en medicina interna, nefrología y geriatría.

P-22. ¿POR QUÉ HA REINGRESADO MI PACIENTE ISQUÉMICO?

Nuria Vallejo Calcerrada¹, Alicia Prieto Lobato¹, Marta Cubells Pastor¹, Pablo Miguel Valentín García¹, Laura Expósito Calamardo¹, Raquel Ramos Martínez², Sara Díaz Lancha¹, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹, Jesús Jiménez Mazuecos¹ y Miguel Corbí Pascual¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción y objetivos: Algunos pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) reingresan por otro evento cardiológico. Pretendemos conocer las características y complicaciones intrahospitalarias que presentan los pacientes con IAM que reingresan en la unidad coronaria (UC).

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de 1.041 pacientes con antecedentes de IAM que reingresan en la UC de nuestro hospital entre los años 2012 y 2022 de un total de 5.850 pacientes.

Resultados: Los pacientes eran varones (81%) de unos 71 ± 11 años de edad, hipertensos (86%), dislipémicos (79%) y diabéticos (51%). El 19% eran fumadores y el 41% exfumadores. El principal motivo de reingreso fue IAM sin elevación del ST (IAMSEST) (42%) seguido de IAM con elevación del ST (IAMCEST) (29%), insuficiencia cardiaca aguda (11%), arritmias ventriculares (10%) y trastornos de la conducción (7%), presentándose el 3% como parada cardiaca. En pacientes con IAMCEST se activó código infarto en el 88%. con media de tiempo síntomas-arteria de 232 min. En un 53% de pacientes con SCASEST (puntuación media Grace 167 ± 45 y Crusade 39 ± 16) se realizó coronariografía precoz (24 h). El 29% presentó Killip ≥ III. El LDL al ingreso era de 74. Presentaron también complicaciones intrahospitalarias como arritmias ventriculares (5%), rotura cardiaca (2 pacientes) y comunicación interventricular (1 paciente), siendo la mortalidad en este periodo fue del 6%.

Conclusiones: Un 18% de pacientes con antecedentes de IAM reingresarán en la UC, la mayoría por nuevo IAM (71%). Es preciso el seguimiento estrecho de los pacientes que ya han presentado un IAM.

P-23. ESTRATEGIA ANTIAGREGANTE EN EL LARGO PLAZO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS BIOABSORBIBLES DE MAGNESIO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Carlos González Guerrero, Livia Gheorghie, Lola Cañadas Pruaño, Diego Mialdea Salmerón, Ricardo De Zayas Rueda, Germán Calle Pérez, Rafael Vázquez García y Alejandro Gutiérrez Barrios

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

Introducción y objetivos: Los resultados de los dispositivos intracoronarios bioabsorbibles de magnesio (SBM) han sido decepcionantes. Se desconoce si una pauta prolongada de doble antiagregación (DAPT) podría tener un efecto favorable en los eventos.

Métodos: Estudio multicéntrico no aleatorizado, con el objetivo de analizar la influencia de la estrategia DAPT en la tasa de eventos orientados al dispositivo (DOCE) definidos como muerte cardiovascular, trombosis del stent (TS), revascularización del vaso diana y seguridad (sangrado mayor).

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes a los que se implanto un SBM durante un síndrome coronario agudo, entre diciembre de 2016 y diciembre de 2018, con un seguimiento a 5 años en el 65% de la serie (59/90). El régimen más habitual de DAPT fue AAS y ticagrelor 90 mg (68%). La DAPT se prolongó más allá de 12 meses en el 54% de pacientes (32/59). Las pautas de DAPT empleadas quedan recogidas en tabla 1. Durante el seguimiento a 5 años hubo un 6,7% (4/59) de eventos mayores, presentando dos pacientes TS (3,3%). La pauta prolongada de DAPT mostró una menor tasa de eventos (el 13,3 frente al 0%;

Pauta Inicial	Total (n)	Pauta indefinida (n)	Pauta 12 meses (n)	Pauta > 12 meses	Switch a 12 meses (n)	ACO (n)
AAS + Clopidogrel	13 (22%)	2 (15%)	10 (77%)	0 (0%)	1 (7.5%)	1 (7.5%)
AAS + Ticagrelor	40 (68%)	6 (15%)	14 (35%)	10 (25%)	10 (25%)	0 (0%)
AAS + Prasugrel	6 (10%)	1 (17%)	3 (50%)	2 (34%)	0 (0%)	0 (0%)

P-23 Tabla

$p = 0,05$) y una tendencia a menos TS (el 2,8 frente al 0%; $p > 0,1$), sin evidenciarse un incremento de los sangrados mayores (el 0 frente al 0%; $p = 1$). Un paciente, tras suspender el tratamiento antiagregante precozmente, presentó TS a los pocos días; se realizó angioplastia primaria y se mantuvo DAPT indefinida sin nuevos eventos.

Conclusiones: La DAPT prolongada tras el implante de SBM en el escenario de SCA se muestra como una alternativa segura.

P-24. UTILIDAD DE LA TÉCNICA MYOSTRAIN® EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Cristina Sánchez-Enrique¹, Jesús Rodríguez Pascual², Juan Pablo Fusco², Eduardo Pozo Osinalde³, Alberto Cecconi³, Juan Pablo Rodríguez Castaño², Alejandro Vega Primo¹, Blanca Alcón Durán¹, Adriana Saltijeral⁴ y David Vivas Balcones¹

¹Unidad de Cardiología Clínica, Hospital Vithas Madrid La Milagrosa, Madrid. ²Servicio de Oncología, Hospital Vithas Madrid La Milagrosa, Madrid. ³Unidad de Imagen, Hospital Vithas Madrid La Milagrosa, Madrid. ⁴Unidad de Cardiología Clínica, Hospital Vithas Madrid Aravaca, Madrid.

Introducción y objetivos: La técnica MyoStrain® cuantifica la contractilidad global y segmentaria en 10 min.

Métodos: Es un estudio observacional que incluyó 22 pacientes oncológicos, que fueron derivados a cardiología tras realizar dicha prueba.

Tipos de tumor	Número
Microcítico pulmón	4
Pulmón	2
Próstata	2
Ductal infiltrante mama	2
Gástrico	2
Adenocarcinoma de colon	2
Testicular	1
Epidermoide glotis	1
Neuroendocrino de fosa nasal	1
Ca. Uroterial alto grado	1
Epidermoide faringe	1
Microcítico de pulmón	1
Ductal infiltrante mama	1
Esofagogástrico	1
Total general	22

Resultados: El 59% eran varones, con una edad media de 63 años (SD = 14), el 41% hipertensos, el 36% diabéticos, el 23% fumadores. Dos pacientes tenían prótesis, uno cardiopatía isquémica crónica y uno fibrilación auricular. El 23% tomaba estatina, el 18% IECA/ARA II, el 18% betabloqueantes, el 9% AAS, y el 5% AAS, clopidogrel e ISGLT2. Los tipos de tumores se observan en la tabla 1. Dos pacientes habían recibido radioterapia torácica. El MyoStrain® medio fue 64 (SD 20). Se detectaron alteraciones del strain longitudinal/circunferencial del ventrículo izquierdo en el 27/14%, y del ventrículo derecho (VD), 18/32%. Dos se realizaron con arritmia. El ECG mostró FA en 1 paciente, BAV de primer grado en 1, 4 hemibloqueo anterior izquierdo, 1 bloqueo completo de la rama derecha del haz de Hiz, 1 bloqueo completo de la rama izquierda del haz de Hiz, 1 ritmo nodal y 1 QTc largo. La ecocardiografía mostró una FEVI media del 69% (SD9), 1 alteración de la relajación en el 55%, 3 HVI, 1 HTP, 1 derrame

grave y 1 dilatación con disfunción de VD. En las RM cardiacas regladas realizadas en aquellos con alteraciones en el strain, no se detectaron alteraciones segmentarias relevantes. En el Holter de un paciente con arritmia en la prueba se detectó taquicardia auricular.

Conclusiones: El MyoStrain® es una prueba rápida y prometedora que, posiblemente, con un seguimiento mayor pueda demostrar una correlación clínico-radiológica.

P-25. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN 2016 Y 2021. CAMBIAN LAS GUÍAS, PERO ¿CAMBIAMOS NOSOTROS?

Inés Ramos González-Cristóbal¹, Eva Gutiérrez Ortiz¹, Elena Sánchez Laín¹, Ana Pérez Barba¹, Laura Belmar Madrid¹, Gonzalo López Medel², Juan Carlos Gómez Polo¹ y David Vivas Balcones¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Servicio de Geriatria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La prevención cardiovascular sigue siendo la gran olvidada del entorno hospitalario; sin embargo, los factores de riesgo cardiovascular sientan el camino en el que confluye la mayoría de nuestros pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar si en los últimos 7 años han disminuido estos factores en los pacientes ingresados en un hospital terciario por insuficiencia cardiaca descompensada (ICC).

Métodos: Registro observacional y prospectivo de los pacientes ingresados en un periodo de 8 meses en un centro terciario en 2016 y 2022. Se recogieron variables clínicas, analíticas y demográficas. Se analizaron las diferencias en las características basales de los pacientes de ambas cohortes.

Resultados: La cohorte de 2016 incluyó a 335 pacientes, mientras que la cohorte de 2022 incluyó a 266 pacientes. Las diferencias entre las variables clínicas y las demográficas de ambos grupos se muestran en la tabla 1. Comparando ambas cohortes, en 2016 se observa una prevalencia de DM2 levemente superior (el 30 frente al 26%) y de DL (el 62 frente al 38%), sin embargo, apenas hay diferencias en cuanto al tabaquismo activo (el 17% vs frente al 15%), la obesidad (el 16 frente al 15%) y el alcoholismo (el 8 frente al 7%).

Conclusiones: A pesar de los avances en el tratamiento de los pacientes con ICC, el perfil del paciente que ingresa en nuestro medio es similar al de hace 7 años, habiendo margen de mejora en la prevención cardiovascular.

P-26. ASISTENCIAS CIRCULATORIAS DE LARGA DURACIÓN E INFECCIONES RECURRENTES: NUEVAS ARMAS PARA COMBATIRLAS

David Gonzalez Calle, Ana Laffond, María Sánchez Ledesma y Pedro Luis Sánchez-Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: El incremento progresivo en la utilización de dispositivos de asistencia ventricular (DAVI) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), está dando lugar a un aumento en la incidencia de las complicaciones asociadas a esta terapia. Las infecciones del driveline son las más frecuentes, con una incidencia que puede llegar hasta al 40%, siendo su diagnóstico y manejo un reto para el clínico. El uso de nuevos regímenes de antibioterapia como la dalbavancina podría suponer una gran evolución en el manejo de estos pacientes.



P-26 Figura

Métodos: De una cohorte de 14 pacientes con DAVI, implantados desde 2014 a 2022, se diagnosticó infección del driveline en 7 de los pacientes (50%). Se muestra la experiencia clínica y la evolución de dichos pacientes bajo tratamiento con dalbavancina.

Resultados: Se inició tratamiento con dalbavancina en los 7 pacientes con infección objetivada tanto por técnicas de imagen como microbiológica (1.000 mg i.v. a la semana) dada su actividad frente a gérmenes Gram+, biofilms y permitiéndonos mantener tratamiento prolongado de forma ambulatoria. Excelente tolerancia, sin efectos secundarios objetivados. En todos los pacientes se realizó una PET-TC inicial, diagnóstico (fig. 1) y otra de seguimiento, permitiendo la desescalada antibiótica en el 50% de los pacientes ante la resolución del cuadro.

Conclusiones: Primera serie de pacientes con asistencias de larga duración y tratamiento ambulatorio con dalbavancina que se presenta en nuestro medio. Buena evolución, mostrándose una opción segura, efectiva y eficaz que podría ayudar en el manejo de esta grave complicación.

P-27. DIFERENCIAS DE SEXO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Carles Muñoz Alfonso¹, Cristina García Pérez¹, Gema Torres Fontes², Daniela Alejandra Maidana¹, Daznia Bompart Berroteran¹, Regina Blanco Del Burgo¹, Francisca Esteve Claramunt¹, Ana Ayesta López³, Pablo Díez Villanueva⁴ y Clara Bonanad Lozano⁵

¹Unidad de Cardiología Geriátrica, INCLIVA, Valencia. ²Unidad de Documentación Clínica y Admisión, Hospital Clínico Universitario, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ⁵Unidad de Cardiología Geriátrica, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más común. En el paciente mayor, se asocia con el incremento de la morbimortalidad cardiovascular y con ictus más graves. Hay evidencia de diferencia en el manejo de la anticoagulación cardioembólica en función del sexo, siendo las mujeres infratratadas. El objetivo principal es analizar la influencia de la diferencia del sexo en el tratamiento antitrombótico en pacientes nonagenarios con FA. Como ob-

jetivo secundario, se realiza un análisis descriptivo de los eventos hemorrágicos en función del sexo.

Métodos: Se llevó a cabo un registro observacional multicéntrico de pacientes nonagenarios con FA en 10 centros cardiológicos a nivel nacional, en un periodo que fue de mayo de 2021 a diciembre de 2022. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparación del tratamiento antitrombótico entre sexos con el test Chi-cuadrado ($p < 0,05$), así como descripción de los eventos cardiovasculares.

Resultados: Aunque haya distintos porcentajes de tratamiento antitrombótico, no existe asociación significativa entre el tipo de antitrombótico y el sexo ($p = 0,435$). Además, el sexo tampoco es significativo en cuanto al riesgo relativo de que ocurra un evento hemorrágico ($p = 0,0753$). No obstante, la OR (2,871) de padecer un evento hemorrágico es significativo ($p = 0,017$) en pacientes con FA permanente.

Conclusiones: En esta cohorte contemporánea de nonagenarios con FA, no se han encontrado diferencias de sexo en cuanto al tratamiento antitrombótico y su manejo. Sin embargo, pacientes con FA permanente tuvieron mayor tasa de eventos hemorrágicos. Futuros estudios deberán analizar el impacto y corroborar estos resultados.

P-28. LA PARADOJA DEL TABAQUISMO

Nuria Vallejo Calcerrada¹, Alicia Prieto Lobato¹, Marta Cubells Pastor¹, Álvaro Pinar Abellán¹, Laura Expósito Calamardo¹, Raquel Ramos Martínez², Sara Díaz Lancha¹, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹, Juan Gabriel Córdoba Soriano¹ y Miguel Corbí Pascual¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción y objetivos: El cese del tabaquismo es la medida con más impacto en morbimortalidad después de un infarto agudo de miocardio (IAM). Pretendemos conocer las características de los pacientes (p) con antecedentes de cardiopatía isquémica fumadores (pF) y no fumadores (pNF) incluyendo exfumadores que reingresan por IAM.

Métodos: Análisis retrospectivo de 3.859 pacientes con IAM ingresados en la unidad de críticos cardiovasculares de nuestro hospital entre los años 2012 y 2022, de los cuales 704 (18,24%) tenían eventos previos (163 pF [23,15%] y 541 pNF [76,84%]).

Resultados: Los pF eran más jóvenes que los pNF (60 frente a 73 años) siendo principalmente varones (el 92,6 frente al 78,4%). Ambos grupos padecían de igual forma hipertensión (80%), dislipemia (80%) y diabetes (47%). Los pF presentaban mayor consumo de alcohol (el 19 frente al 2%) y drogas (el 4,3 frente al 0,4%). Los pF debutaban más frecuentemente con IAM con elevación del ST (IAMCEST) (el 53 frente al 40%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inicial (FEVI 44%) y la masa miocárdica necrótica fueron similares en ambos grupos. Sin embargo, los pNF presentaron formas más graves de IAM, con peor clasificación Killip III-IV inicial (el 25 frente al 14%), uso de drogas vasoactivas (el 17 frente al 10%) y mayor mortalidad intrahospitalaria (el 6 frente al 1%).

Conclusiones: Los pF son más jóvenes y parecen asociarse a formas menos graves de IAM, lo que se conoce como la paradoja del tabaquismo. Un 25% de los pacientes que reingresan por IAM seguía fumando, por lo que debemos insistir en modificar su estilo de vida.

P-29. TITULACIÓN DE FÁRMACOS: MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA, TAMBIÉN MUCHO QUE MEJORAR

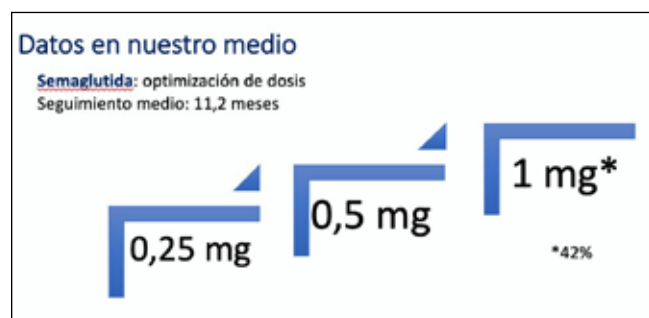
Ana Laffond, David González Calle, Fabián Blanco, María Sánchez Ledesma y Pedro Luis Sánchez-Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: Los análogos de GLP-1 (aGLP-1) son un grupo de fármacos que han mostrado beneficio cardiovascular en términos de reducción de eventos e incluso mortalidad. Su recomendación está ya generalizada en todas las guías de práctica clínica, pero su implementación debe ser analizada. Un dato de especial relevancia es la necesidad de optimizar dosis para lograr los objetivos deseados (titulación).

Métodos: Se analizaron todos los pacientes con arGLP-1 en nuestro medio entre enero de 2020 y enero de 2022 (24 meses). Se extendió el seguimiento hasta diciembre de 2022.

Resultados: 3.718 pacientes con arGLP1 activo fueron analizados. De entre estos, el fármaco con mayor porcentaje fue la semaglutida (s.c.) con 1.953 pacientes (51%). De los pacientes a los que se prescribió semaglutida, se alcanzó la dosis objetivo de 1 mg semanal en un 42% a lo largo del seguimiento (11,2 meses de media).



Conclusiones: En menos de la mitad de los pacientes con arGLP1 (semaglutida) se alcanza la dosis objetivo deseada. Entre las causas más comentadas se encuentra la tolerancia o falta de seguimiento médico. Es indispensable analizar los resultados de nuestros centros y, cuando sea necesario, implementar protocolos o medidas que nos ayuden a solucionar esta baja titulación de fármacos con marcado beneficio cardiovascular.

P-30. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA QUE REQUIEREN TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA. EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA

Francisca Esteve Claramount¹, Daznia Loiret Bompert Berroteran², María Regina Blanco Del Burgo³, Gema Torres Fontes⁴, Juan Ramón De Moya Romero⁵, Daniela Maidana⁶, Eva Maicas Alcaine², Guillermo Barreres Martín², Andrea Arroyo Álvarez² y Clara Bonanad Lozano⁷

¹Enfermería, Universidad Europea de Valencia, Valencia. ²Servicio de Cardiología Geriátrica, INCLIVA, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Quirón Valencia/Grupo Hospitalario Quirón, Valencia. ⁴Unidad de Documentación, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Unidad de Hematología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁶Servicio de Cardiología, INCLIVA, Valencia. ⁷Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente. El ictus es la principal complicación embólica que pueden presentar los pacientes con FA. La insuficiencia cardiaca (IC) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en la población general. Es habitual que estas dos entidades —FANV e IC— coexistan en un mismo paciente. Describir las características clínicas y epidemiológicas de una población con indicación de triple terapia antitrombótica y analizar el porcentaje de pacientes que están en tratamiento con AVK frente a ACOD, al ingreso y al alta.

Métodos: Análisis descriptivo unicéntrico de las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con FA e IC ingresados de mayo de 2021 a diciembre de 2022.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes con FA e IC. El 48,65% no lleva antiagregante previo al ingreso y el 13,51% no lleva anticoagulación previa. Entre los que sí llevan anticoagulación previa, el 54,05% llevan ACOD, y el 20,27% AVK. Analizando la terapia antitrombótica al alta, el 37,84% lleva al alta solo ACO y el 18,92% de los pacientes lleva al alta triple terapia.

Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con las guías de práctica clínica con indicación IA en pacientes con FA e IC. La terapia antitrombótica al alta está relacionada con presentar IC previa. La proporción de individuos con CI IC previa que llevan solo ACO al alta es superior a la proporción de individuos con IC previa que llevan triple terapia. En cambio, entre los individuos sin IC previa es más elevada la proporción de pacientes con triple terapia.

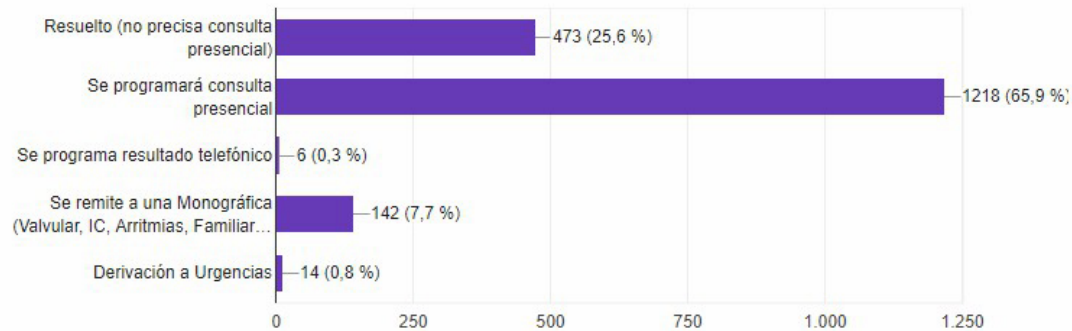
P-31. IMPACTO DEL ESTABLECIMIENTO DE UN MODELO DE TELECONSULTA ENTRE CARDIOLOGÍA, ATENCIÓN PRIMARIA Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

María Jesús Esteban Sastre¹, Ana García Martín², Marcelo Sanmartín Fernández³, Pilar Agudo Quílez¹, Jesús Álvarez García¹, Juan Manuel Monteagudo Ruíz², Ana Pardo Sanz⁴, Covadonga Fernández-Golfín Lobán⁵ y José Luis Zamorano Gómez⁶

¹Unidad de Cardiología Clínica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Unidad de Imagen, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ³Unidad de Síndrome Coronario Agudo Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Unidad de Hemodinámica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Unidad de Imagen Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Situación tras la e-consulta

1.849 respuestas



P-31 Figura

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la puesta en marcha de un modelo de interrelación profesional mediante teleconsultas, particularmente entre cardiología y atención primaria (AP), pero también con otras especialidades hospitalarias.

Métodos: Se analizaron las consultas telemáticas realizadas durante los meses de febrero, marzo, octubre y noviembre de 2022.

Resultados: En 2022 se realizaron 7.305 consultas telemáticas, de ellas 4.821 procedentes de AP y 2.484 desde otras especialidades. Este análisis incluye 1.849 consultas, un 71,6% de ellas de AP. El tiempo de respuesta fue inferior a 24 h para AP en días laborables y una mediana de 5 días para consulta de otras especialidades. En cuanto a consultas realizadas desde otros servicios encontramos que el servicio con mayor número de consultas fue urgencias (29,7%) seguido de nefrología (23,8%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (16,6%), dolor torácico (13,8%), dudas con el electrocardiograma (11,8%) y palpitaciones (11,7%). El 25,6% de las consultas se resolvieron sin precisar consulta presencial. En el 94,9% no se solicitó prueba complementaria. Se prescribió tratamiento en el 8,2%.

Conclusiones: La teleconsulta ha permitido el establecimiento de una comunicación ágil y efectiva entre los distintos especialistas, AP, y cardiología, demostrando que podría ser una herramienta eficaz para mejorar la integración asistencial de las enfermedades cardiovasculares, fomentando la coordinación, el seguimiento conjunto y la reducción de consultas presenciales innecesarias.

P-32. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRA ÁREA

Cristina Aguilar Ferrer, Juan José Serrano Silva, Jaime Fernández Rebollo, Uriel Martínez Capoccioni y María Eva González Caballero

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: Los pacientes mayores de 75 años constituyen una gran proporción de las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo (SCA), lo que aumentará progresivamente en las próximas décadas. A su vez, la relación entre

mortalidad y edad muestra un incremento drástico a partir de los 75 años. Este estudio pretende analizar la mortalidad en este grupo de pacientes de nuestra área durante el año 2022.

Métodos: Estudio observacional, monocéntrico y retrospectivo de todos los casos de SCA en pacientes ≥ 75 años durante el primer semestre de 2022. Se analizaron variables demográficas, analíticas durante el ingreso, y mortalidad y su causa a los 6 meses desde el diagnóstico.

Resultados: Se analizaron 32 pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de SCA, con edad media de $80,62 \pm 3,8$ años, de los cuales el 41,9% fueron mujeres, el 29% fumadores, y generalmente con importante comorbilidad (el 83,9% hipertensos, el 35,5% diabéticos, el 51,6% dislipémicos, el 19% con fibrilación auricular, y el 25,8% con insuficiencia cardiaca). El 35,5% presentó SCACEST. A todos ellos se les realizó coronariografía (2 con manejo conservador). A los 6 meses, el 29% (30-45% media española) fallecieron, mayoritariamente por causas cardiovasculares, coincidiendo con los pacientes más frágiles, peor anatomía coronaria, mayor número de lesiones y de vasos afectados.

Conclusiones: Siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica, nuestros datos se encuentran dentro de lo descrito en la literatura previa. No obstante, nuestra muestra es pequeña y es necesario realizar más estudios al respecto.

P-33. ANÁLISIS Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO TRAS 8 AÑOS DE SU NACIMIENTO

Miriam Ana Jiménez González, María Inmaculada Navarrete Espinosa, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal Urbano Carrillo

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: La alta prevalencia de adultos con cardiopatía congénita ha hecho necesario crear unidades específicas: unidad de cardiopatías congénitas del adulto (UCCA). El objetivo fue conocer las características de los pacientes e intervenciones realizadas en UCCA.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años intervenidos por cardiopatía congénita (2014-2022). Se valoró la complejidad quirúrgica con la

escala Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery (RACHS-1) y el riesgo mediante EuroScore.

Resultados: Se estudió a 137 pacientes (características en la tabla 1). El tiempo medio de circulación extracorpórea (CE) fue de 111 min y de clampaje 71. EuroScore I medio de 4,5. Tasa de mortalidad 7,8% y de reingreso 14%. Intervalo desde el alta de 9 meses. Indicaciones quirúrgicas: 21% aórtica, 20% comunicación interauricular, 34% patología del tracto de salida del ventrículo derecho. Asociados a mayor mortalidad: hipertensión pulmonar grave ($p = 0,035$; Ji^2 , 4,3), más de 2 intervenciones ($p = 0,032$; Ji^2 , 4,3), endocarditis ($p < 0,001$; Ji^2 , 21,1), insuficiencia renal ($p < 0,001$; Ji^2 , 10,41) y RACHS-1 de 4 ($p = 0,026$; Ji^2 , 4,96). Mayor tasa de reingreso por fibrilación auricular ($p = 0,047$; Ji^2 , 3,9), tabaquismo ($p = 0,023$; Ji^2 , 5,13) y diabetes ($p < 0,001$; Ji^2 , 12,32).

Conclusiones: Estas cirugías precisan tiempos largos de CE, pero presentan baja tasa de mortalidad (pocas comorbilidades). Podrían ser factores predictores de mortalidad: la hipertensión pulmonar grave, RACHS-1 de 4, más de 2 intervenciones cardíacas, la insuficiencia renal y la endocarditis.

P-34. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y ARGLP-1: ¿CUÁLES SON NUESTROS DATOS REALES?

David González Calle, Ana Laffond, Fabián Blanco, María Sánchez Ledesma y Pedro Luis Sánchez-Fernández

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: Los análogos de GLP-1 (aGLP-1) son un grupo de fármacos que han mostrado beneficio cardiovascular en términos de reducción de eventos e incluso mortalidad, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El objetivo de este estudio es evaluar la aplicación de las recomendaciones actuales de prevención secundaria en pacientes con DM2.

Métodos: Se analizaron los pacientes con revascularización percutánea por infarto de miocardio entre los años 2020 y 2021. De ellos, se evaluó a 544 pacientes que cumplían las premisas de DM2 y obesidad (IMC > 30). Se extrajeron los datos de prescripción de aGLP-1 (liraglutida, semaglutida y dulaglutida).

Resultados: Entre enero de 2020 y diciembre de 2021, 1.894 pacientes ingresaron por infarto de miocardio. La edad media fue de 74,2 años y el 38,5% eran mujeres. La prevalencia de DM2 en estos pacientes fue del 39,2%, de los cuales el 72% presentaba un IMC ≥ 30 kg/m². Solo el 6% de los pacientes con DM2 e infarto de miocardio recibieron aGLP-1, semaglutida (33 pacientes), de los que el 99,8% presentaban un IMC ≥ 30 kg/m². De los pacientes a los que se prescribió semaglutida, se alcanzó la dosis de 1 mg semanal en un 42% a lo largo del seguimiento (11,2 meses de media).

MOLÉCULA ar-GLP1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	,1	,1	,1
DULAGLUTIDA	1398	37,6	37,6	37,7
EXENATIDA	51	1,4	1,4	39,0
LIRAGLUTIDA	292	7,9	7,9	46,9
LIXISENATIDA	22	,6	,6	47,5
SEMAGLUTIDA	1953	52,5	52,5	100,0
Total	3718	100,0	100,0	

Conclusiones: La prescripción de aGLP-1 en pacientes con DM2 y muy alto riesgo cardiovascular es baja. Las limitaciones condicionadas por los visados de la inspección, como el

IMC, pueden justificar, aunque solo en parte, que estos pacientes no reciban estos fármacos con beneficio cardiovascular probado.

P-35. EXPLORANDO EL IMPACTO DE LAS ALTERACIONES DEL POTASIO SÉRICO Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIORRENAL

Daznia Loiret Bompert Berroteran¹, María Regina Blanco Del Burgo², Francisca Esteve Claramount³, Marco Montomoli⁴, Míguel González Rico⁴, José Luis Górriz⁴, Cristina García Pérez¹, Carles Muñoz Alfonso¹ y Clara Bonanad Lozano⁵

¹Unidad de Cardiología Geriátrica, INCLIVA, Valencia. ²Unidad de Cardiología Geriátrica, Hospital Quirón Valencia/Grupo Hospitalario Quirón, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Universidad Europea de Valencia, Valencia. ⁴Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiorrenal, es una afección en la que existe una interconexión patológica entre el corazón y los riñones. Entre los mecanismos se encuentran las alteraciones del metabolismo de los líquidos y los electrolitos, como puede ser el hipo y la hiperpotasemia. El objetivo es observar cómo los factores de riesgos de estos pacientes se ven influenciados por la variación del potasio sérico.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de un registro de pacientes con enfermedad cardiorrenal (223 pacientes) que cumplieron los criterios de inclusión. Se clasifican los pacientes en: hipopotasemia, < 3,5 mEq/L; normopotasemia, entre 3,5 y 5 mEq/L, e hiperpotasemia, > 5 mEq/L. Además de esta clasificación, se definen grupos con determinaciones de potasio: ninguna analítica, al menos 1 determinación, entre 2 y 4 determinaciones y +4 determinaciones.

Resultados: Se observó que la población existe $\approx 73\%$ de varones mientras que las mujeres representaban $\approx 27\%$ de la población total. Además, el estudio identificó una alta prevalencia de comorbilidades como DM, DL y HTA en más del 50% de la población, particularmente esta última con un porcentaje $\approx 85\%$ de los pacientes. A pesar de los hallazgos, el estudio reveló un bajo porcentaje de fumadores, estimado en $\approx 10\%$. Los resultados del estudio no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos hiperpotasémico, normopotasémico e hipopotasémico.

Conclusiones: Pacientes con síndrome cardiorrenal, independiente del potasio, comparten perfiles similares de FRCV. Se observó que todos los grupos de pacientes presentaban una elevada prevalencia de al menos 2 FRCV, superior al 50%.

P-36. SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORDAJE INTEGRADO ENTRE CARDIOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA. PROYECTO OPTIMISE-IC

Vivencio Barrios¹, Eduardo Barge-Caballero², M. José Castillo Moraga³, M. Isabel Egocheaga Cabello⁴, Carlos Escobar Cervantes⁵, Román Freixa-Pamias⁶, Juan Carlos Obaya Rebollar⁷, Carolina Ortiz Cortés⁸ y María Cruz Seoane Vicente⁹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares,

Madrid. ³Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sanlúcar Barrio Bajo, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Isla de Oza, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁶Servicio de Cardiología, Complex Hospitalari Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona. ⁷Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Chopera, Alcobendas, Madrid. ⁸Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres. ⁹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Almoradí, Alicante.

Introducción y objetivos: Conocer la situación actual del abordaje clínico de la insuficiencia cardiaca (IC) en atención primaria (AP) y cardiología, para identificar potenciales áreas de mejora en la continuidad asistencial entre ambas especialidades.

Métodos: El programa se implementó mediante sesiones de trabajo conjuntas entre AP y cardiología en nuestro país, en las que se identificaron las posibles deficiencias, dificultades y áreas de mejora, en el abordaje del paciente con IC de forma

integrada. Se celebraron 68 reuniones por toda España coordinadas por un médico de AP y otro de cardiología.

Resultados: El 61,8% de los participantes indicaba que los centros de salud no contaban con un referente de cardiología de IC, en el 64,7% la relación entre ambos niveles asistenciales era puntual y la comunicación se realizaba predominantemente mediante medios telemáticos (correo electrónico, vía telefónica, interconsulta electrónica) y no existían protocolos de derivación en el 44,1% de los casos. En la mayoría de los centros (60,3%) no había una enfermera experta en el abordaje de la IC. En cuanto al tratamiento de la IC, en el 61,8% de los casos existía un plan terapéutico para optimizar el tratamiento con los 4 fármacos principales, si bien en el 82,4% no se emplean las dosis plenas.

Conclusiones: En España, en un número importante de los centros de AP no hay un referente de cardiología de IC, y en la mayoría no existe una enfermera formada en IC. Es necesario el desarrollo de protocolos locales que faciliten la optimización del tratamiento.