

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

56° Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología. Congreso Andaluz de las Enfermedades Cardiovasculares

Punta Umbría, Huelva, 3-5 de mayo de 2023

673/7. DISLIPEMIA SEVERA: CONOCIDA POR LOS PACIENTES, PERO ¿ES ATENDIDA?

Jesús Marchal Martínez, Mariam Martín Alcolea, Ana García Ruano, Javier Torres Llergo, Manuel José Fernández Anguita y María Rosa Fernández Olmo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Los pacientes con dislipemia severa (> 190 mg/dl) son considerados en las guías de práctica clínica de alto riesgo cardiovascular (CV), por tanto, es fundamental el diagnóstico y tratamiento, así como del resto de los factores de riesgo CV. Pero los registros de vida real nos arrojan datos de falta de control, justificados por la falta de adherencia al tratamiento, el infradiagnóstico y la inercia terapéutica entre otros factores. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el conocimiento de los pacientes sobre su dislipemia, el tratamiento y el impacto en su salud cardiovascular.

Métodos: Se analizaron de forma consecutiva, desde 1 febrero-30 de septiembre de 2022, a pacientes con dislipemia severa (> 190 mg/dl) del programa de detección de hipercolesterolemia familiar. Se realizó desde Análisis Clínicos, con un sistema de alarma para detectar dislipemia severa en mayores de 18 años en coordinación con la Unidad de Prevención Cardiovascular de Cardiología y Genética. A todos los pacientes se le realizó un cuestionario en salud.

Resultados: $n = 353$. Edad media 52,2 años. 51,6% mujeres. El 86,5% sabían que tenían problemas de dislipemia, fundamentalmente los no DM (85% vs. 68%; $p = 0,009$), con AF de dislipemia (90% vs. 81%; $p = 0,027$) y los de mayor edad (53,7 vs. 47,1 años; $p = 0,001$) Pero solo el 14,4% tomaban tratamiento, los pacientes con DM (31% vs. 13%; $p = 0,016$), con AF de niños LDL alto (31% vs. 12%; $p = 0,02$), con AP de enfermedad CV (37% vs. 13%; $p = 0,007$) e IMC > 30 (20% vs. 11%; $p = 0,017$). El 53,4% habían tomado tratamiento en alguna ocasión, los pacientes con HTA (67% vs. 49%; $p = 0,01$), con AF de dislipemia (59% vs. 44%; $p = 0,005$), AP de enfermedad CV (87% vs. 51%; $p = 0,005$) y los mayores de 40 años (55% vs. 36%; $p = 0,016$). El 91,4% reconocían el impacto de la dislipemia en el pronóstico CV, fundamentalmente los que tenían AF de dislipemia (94% vs. 86%; $p = 0,017$) y los menores de 40 años (100% vs. 90,7%; $p = 0,04$).

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes reconocen su problema de dislipemia y el posible impacto en su salud, pero menos del 15% toman tratamiento hipolipemiente.

673/8. GENOTIPADO DE PACIENTES CON DISLIPEMIA SEVERA EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR. ESTUDIO GIOCONDA

Jesús Marchal Martínez, Mariam Martín Alcolea, Ana García Ruano, Javier Torres Llergo, Manuel José Fernández Anguita y María Rosa Fernández Olmo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia familiar (HF) es una de las enfermedades de origen genético que produce enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, debido a que los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) están aumentados desde edades tempranas. Además, cuando existen variantes genéticas en determinados genes, empeora el pronóstico cardiovascular. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar aquellas condiciones que influyen en el genotipado de la dislipemia severa en el contexto de un programa de detección de HF.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva a todos los pacientes del programa de detección de HF de nuestro centro desde 1-febrero al 30-septiembre 2022. Se realizó desde Análisis Clínicos, con un sistema de alarma para detectar dislipemia severa en mayores de 18 años (LDL > 190 mg/dl) en coordinación con la Unidad de Prevención Cardiovascular de Cardiología y Genética, para seleccionar los casos susceptibles de estudio genético (Score de Lípidos de las Guías Holandesas ≥ 6 puntos).

Resultados: $n = 353$. Edad media 52,2 años. 51,6% mujeres. El 30% eran hipertensos, 6% diabéticos, 36% obesos y 24% fumadores. El 33% tenían antecedentes familiares (AF) de ECV, el 60% AF de dislipemia severa y el 10% AF < 18 años-LDL alto. El 2,6% habían tenido un evento coronario previo. Solo el 13% estaban con tratamiento hipolipemiente. Los niveles de cLDL medio fueron de 207 mg/dl. Al 26,4% de los pacientes se le realizó estudio genético, el 6,2% tenían variantes patogénicas y el 14% variantes de significado incierto (VUS). Los pacientes con alguna variante genética, tenían niveles mayores de LDL (217 vs. 209 mg/dl; $p = 0,016$), Lp(a) (92 vs. 40 mg/dl; $p = 0,003$) y No-HDL (248 vs. 236 mg/dl; $p = 0,015$), eran más jóvenes (45 vs. 52 años; $p = 0,019$) y AF < 18 años-LDL alto (43 vs. 8%; $p < 0,001$). Los pacientes con variantes patogénicas tenían niveles mayores de LDL (219 vs. 201 mg/dl; $p = 0,008$), Lp(a) (102 vs. 43 mg/dl; $p < 0,001$) y No-HDL (270 vs. 236 mg/dl; $p < 0,001$), eran más jóvenes (32 vs. 52 años; $p = 0,003$), AF de < 18 años-LDL alto (100% vs. 9%; $p < 0,001$) y AF de ECV (100% vs. 32%; $p < 0,014$), no existiendo

diferencias entre los pacientes con variantes patogénicas y VUS en cuanto a los niveles lipídicos, pero si la edad [variantes patogénicas (32 años) vs. VUS (50 años); $p = 0,016$].

Conclusiones: En nuestro trabajo, el 20% de los diagnósticos probables de HF presentan algún tipo de variante genética, influido por la edad, los niveles de LDL, Lpa, No-HDL y los AF de ECV y dislipemia.

673/10. ESTIMULACIÓN DEL SISTEMA DE CONDUCCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: SEGURIDAD, EFICACIA E IMPACTO EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR

Manuel Molina-Lerma¹, Marek Jastrzebski²,
Pugazhendhi Vijayaraman² y Miguel Álvarez¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²First Department of Cardiology, Interventional Electrophysiology and Hypertension, Geisinger Heart Institute, Pensilvania, Estados Unidos.

Introducción y objetivos: Diversos estudios han mostrado el beneficio de la estimulación del sistema de conducción (ESC) en pacientes con indicación de estimulación cardiaca. Sin embargo, la experiencia en población pediátrica es muy escasa. El objetivo es evaluar la efectividad, seguridad, parámetros de estimulación e impacto en la función ventricular en población pediátrica (menores de 18 años) de la ESC.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico en el que se incluyeron 12 pacientes pediátricos con necesidad de estimulación cardiaca.

Resultados: Hubo éxito en todos los pacientes. El tiempo del procedimiento fue de $106,83 \pm 48,92$ y de fluoroscopia $17,33 \pm 9,63$ minutos. En el 50% se registró potencial de rama izquierda. El tiempo de activación de ventrículo izquierdo medio fue de $77,25 \pm 12,78$ ms con intervalo espícula-fin QRS de $129,67 \pm 13,61$ ms. Se consiguió globalmente un estrechamiento significativo del QRS (de $149 \pm 0,8$ ms a $112,08 \pm 5,6$ ms; $p = 0,033$) con mejoría del grado funcional (de 2 a 1,25, $p = 0,02$) y umbrales bajos y estables. Tras $26 \pm 11,51$ meses de seguimiento, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo se mantuvo en valores normales (de 58,18% a 58,73%, $p = 0,89$), aunque con una reducción significativa de diámetro telediastólico (de 50,5 mm a 44,63 mm, $p = 0,009$). Hubo una complicación durante el implante (penetración del electrodo a cavidad de ventrículo izquierdo) sin consecuencias tras recolocación. Hubo 2 hospitalizaciones en el seguimiento por causa cardiaca: una por taquicardia ventricular y otra por trasplante cardiaco. No hubo muertes.

Conclusiones: En nuestra serie la ESC en pacientes pediátricos es segura y eficaz con buenos parámetros de estimulación. Genera una mejoría funcional con complejos QRS estrechos, evitando un potencial efecto deletéreo en la función ventricular en el seguimiento.

673/11. ¿SE ALCANZAN LOS OBJETIVOS LDL EN EL ÁREA COSTA DEL SOL?

Carlos Antonio Martín Alfaro¹,
Pedro Antonio Chinchurreta Capote¹,
Luis Enrique Martín Alfaro², Julia Jiménez Ranchal¹,
Susana Pérez Córdoba¹, Leopoldo Hugo Muriel Maraño¹
y Francisco Ruiz Mateas¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga.

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

Introducción y objetivos: Las guías clínicas de prevención CV y dislipemia son cada vez más estrictas con los niveles de

LDL, especialmente en prevención secundaria. Desde 2016 en el estudio REPAR el control lipídico es insuficiente. El objetivo es evaluar la calidad del control lipídico en los pacientes del área del Hospital Costa del Sol.

Métodos: Recogimos datos de 250 pacientes de nuestro centro con niveles de LDL de > 250 mg/dl y analizamos una serie de variables entre las que destacaba el tratamiento hipolipemiante previo a dicha analítica y el tratamiento posterior.

Resultados: Edad media de 54 años, 65% mujeres. 20% DM, 35% HTA y 29% fumadores. 5,6% tenían AF de cardiopatía isquémica precoz y 10% aterosclerosis. El 26% HF cierta con LDL > 330 (> 8 puntos en score de HF) y el 100% HF probable, LDL > 250 (5 puntos en score). Se mantuvo el tratamiento en un 44%. De los 130 pacientes sin tratamiento previo, a 68 se les mantuvo sin tratamiento y a 49 se les inició estatina de baja potencia. Solo a los pacientes que presentaron un evento isquémico agudo recibieron estatinas de alta potencia (64%), sin ser en la mayoría el tratamiento óptimo adecuado. El tratamiento es inadecuado en el 93,6% de los pacientes. Solo en el 3,6% se añadió una estatina de alta potencia + ezetimiba y solo en el 0,8% un iPCSK9.

Conclusiones: En casi la mitad (44%) de estos pacientes que de entrada serían como mínimo de alto riesgo no se inicia ningún tipo de tratamiento tras el hallazgo de los niveles de LDL de > 250 mg/dl. El 93,6% no sigue un tratamiento hipolipemiante adecuado según guías. Solo en pacientes isquémicos hay mayor uso de estatinas de alta potencia/ezetimiba. Especialmente en AP se debería seguir las guías con el tratamiento hipolipemiante en estos pacientes. Hay reticencia hacia el uso de combinaciones de estatina + ezetimiba y más aún en el uso de iPCSK9. No dudar en poner estatinas de alta potencia/ezetimiba en pacientes que lo requieran de entrada. Hay que indagar en cómo puede afectar en cuanto a la aparición de eventos en los meses posteriores por la falta de control de los valores de LDL.

673/12. ESTUDIO DE CORRELACIÓN DE POCUS CON BIOMARCADORES DE CONGESTIÓN CARDIACA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Carlos Antonio Martín Alfaro¹, Pedro Rosa Guerrero²,
Luis Enrique Martín Alfaro³, Cristina González Ruiz-Moyano²,
Néstor Oliva-Dámaso² y Juan Payan²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Nefrología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: El uso de PoCUS (Point of Care Ultra Sounds) y biomarcadores surge como herramientas para disminuir las limitaciones de la exploración física en la congestión. La combinación de NTproBNP, Ca125 y PoCUS puede ayudar a detectar sobrecarga hídrica subclínica en pacientes ambulatorios en hemodiálisis (HD). El objetivo es valorar congestión en pacientes en HD ambulatorios en su peso seco utilizando PoCUS y los biomarcadores NTproBNP y Ca125.

Métodos: Estudio observacional transversal en pacientes en HD realizado entre diciembre 2022-enero 2023. Tiempo mínimo en HD de 30 días, 3 sesiones semanales, ambulatorios y asintomáticos. Se analizan variables cualitativas: sexo, etiología, trasplante previo, diuresis residual, hipertensión (HTA), Diabetes mellitus (DM), insuficiencia cardiaca (IC), enfermedad coronaria (EC), presencia de líneas B (LB) y dilatación de cava. Variables cuantitativas: edad, peso seco, tiempo en HD y niveles de NTproBNP y Ca125. Se comparan niveles de NTproBNP y Ca125 junto con presencia de LB y

dilatación de cava por PoCUS al alcanzar el peso seco y la correlación de los biomarcadores con la congestión. Análisis realizado mediante SPSS con test de U de Mann Whitney y Rho de Spearman.

Resultados: Se reclutaron 27 pacientes. El 55,5% eran varones, edad media de 75 años ($\pm 9,9$ DE). 100% con HTA, 52% con DM, 48% (N = 13) presentaban IC (FEVI preservada 44% N = 11) y el 26% EC. La mediana de tiempo en HD fue 1.450 días (rango 38-5.656) y la mediana de NTproBNP fue 4.946 pg/ml (rango 58-52.058). El 44,4% (N = 12) presentaron LB al alcanzar el peso seco objetivo. La presencia de LB se asoció de forma significativa a niveles de NTproBNP más elevados con mediana 6515 (rango 1.360-40.650) vs. 3.355 (rango 48-52.058) pg/ml ($p < 0,041$). No se obtuvieron diferencias en niveles de Ca²⁺, dilatación de la vena cava, IC, DM, diuresis residual, ganancia interdialítica, EA ni tiempo en técnica. Se obtuvo una correlación débil entre los niveles de NTproBNP y Ca²⁺ ($r = 0,216$) no significativa ($p = 0,085$).

Conclusiones: El uso de PoCUS en combinación con niveles de NTproBNP puede ser de utilidad para detectar estados congestivos subclínicos en pacientes ambulatorios de HD.

673/13. NUEVOS QUELANTES DE POTASIO (PATIROMER Y CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO). ESTUDIO EN VIDA REAL EN NUESTRO CENTRO

José Andrés del Valle Montero¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja², José Raúl López Aguilar¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

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

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es uno de los principales limitantes en el uso de fármacos pronósticos de la insuficiencia cardiaca, apareciendo guías o documentos de consenso para orientar sobre su manejo (nuevos quelantes de potasio). Nuestro objetivo es evaluar los resultados en vida real de los 62 primeros pacientes tratados con los nuevos quelantes de potasio en nuestra área sanitaria, valorando eficacia y seguridad a 30 días, comparándolos con la evidencia científica vigente.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de las prescripciones realizadas en nuestra área sanitaria de los nuevos quelantes de potasio según criterio del clínico responsable, desde mayo de 2018 hasta mayo de 2022. Se compararon variables basales y al mes de la prescripción (variables demográficas, nivel sanguíneo de potasio, causa de la hiperpotasemia, tratamiento basal y en el seguimiento...), comparando también entre ambos fármacos diferencias en la reducción de cifras de potasio.

Resultados: En los 62 pacientes se logra una reducción de las cifras medias de potasio (5,71 mEq/L basal a 5,07 mEq/L al mes, $p = 0,002$), sin que ningún paciente presentara hiperpotasemia severa (≥ 6 mEq/L). No existieron diferencias significativas entre los 2 quelantes en cuanto a eficacia en el control de la hiperkalemia ($p = 0,417$). Además, se logra una optimización de IECA (87,5% con dosis equivalentes de Enalapril ≥ 10 cambiando al 94,1% al mes) y de Sacubitrilo/Valsartán ($\geq 49/51$ mg dos veces al día del 53,8% al 69,2% al final del seguimiento, $p < 0,001$), sin alteración de la función renal (Cr 2,0 que al mes de seguimiento se mantiene en 2,02). Todo ello con un gran perfil de seguridad, solamente 2 pacientes tratados presentaron efectos secundarios (intolerancia digestiva con Ciclosilicato, resuelto con cambio a Patiromer) y solo en 1 se suspendió

definitivamente el tratamiento (intolerancia digestiva con Patiromer).

Conclusiones: En pacientes con hiperpotasemia y necesidad de mantener el tratamiento modificador de la IC o ERC, los nuevos quelantes de potasio suponen una opción eficaz y segura, permitiendo una correcta titulación de fármacos pronósticos sin aparición de efectos secundarios y reduciendo significativamente las cifras de potasio. Se aprecia de esta manera la concordancia de nuestro estudio con la evidencia científica actual sobre estos fármacos.

673/14. LÁSER INTRACORONARIO EN OCLUSIONES CRÓNICAS NO CRUZABLES. EFICACIA Y SEGURIDAD

Elena Izaga Torralba, Santiago Camacho Freire, Jessica Roa Garrido, Eladio Galindo Fernández, Oscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: El láser intracoronario permite modificar la placa en casos de lesiones coronarias no cruzables con balón ni con microcatéter. El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad del láser intracoronario en las OCT no cruzables (nc-OCT).

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo desde enero de 2018-enero de 2023. Se incluyeron 6 pacientes consecutivos con nc-OCT (2% del total de OCT en dicho periodo [$n = 326$]). Se analizó la eficacia y seguridad del láser coronario en estas lesiones. **Resultados:** El grupo de nc-OCT y el grupo control presentaron características basales similares:

- Edad media 68 ± 1 vs. 70 ± 9 años, no significativo (ns)
- Varones 6 (100%) vs. 59 (88%), ns
- Hipertensión 4 (67%) vs. 5 (85%), ns
- Diabetes 3 (50%) vs. 27 (40%), ns
- Enfermedad renal crónica 3 (50%) vs. 12 (18%), ns
- SYNTAX II Score medio 38 ± 6 vs. 36 ± 16 , ns
- SYNTAX I Score medio 33 ± 7 vs. 24 ± 11 , $p = 0,052$
- CASTLE score $3,3 \pm 0,5$ vs. $2,4 \pm 1,1$, ns
- Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%) 51% vs. 52%, ns

Se encontraron diferencias en las características del procedimiento, algunas sin suficiente potencia estadística para alcanzar diferencias estadísticamente significativas:

- Muñón proximal afilado 3 (50%) vs. 33 (52%), ns
- Intervencionismo coronario percutáneo ad hoc 3 (50%) vs. 24 (36%), ns
- Abordaje anterógrado 3 (50%) vs. 48 (76%), ns
- Guiado por IVUS 1 (17%) vs. 12 (18%), ns
- Balón no compliante (NC) 4 (67%) vs. 19 (28%), ns ($p = 0,074$)
- Fluoroscopia (min) 106 ± 54 vs. 44 ± 24 , $p = 0,001$
- Contraste administrado (mL) 424 ± 113 vs. 370 ± 128 , ns
- Número de stents implantados $2,7 \pm 0,8$ vs. $1,5 \pm 1$, $p = 0,01$
- Longitud media de la oclusión (mm) 23 ± 20 vs. 24 ± 15 , ns
- Tasa de éxito 6 (100%) vs. 61 (91%)

En 2 pacientes fue necesario aplicar rotablación después de aplicar el láser intracoronario y 1 paciente requirió litotricia intracoronaria. No se objetivó ninguna complicación ni efecto adverso ni durante el procedimiento ni durante el seguimiento a largo plazo (26 $\pm$ 13 meses).

Conclusiones: Los pacientes nc-OCT mostraron tendencia a CASTLE y SYNTAX Score I más elevados, mayor tiempo de fluoroscopia, contraste y empleo de balones NC. El láser intracoronario en estos pacientes fue una técnica segura que se debe tener en mente (combinada o no con otras técnicas de modificación de placa) con una elevada tasa de éxito y sin complicaciones.

673/17. ANGIOPLASTIA CON BALÓN LIBERADOR DE PACLITAXEL EN OCLUSIONES CRÓNICAS. REGRESO AL FUTURO

Elena Izaga Torralba, Santiago Camacho Freire, Eladio Galindo Fernández, Jessica Roa Garrido, Alba Abril Molina y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: Las oclusiones crónicas totales (OCT) suponen un reto para el cardiólogo intervencionista, precisando el abordaje de lesiones largas, complejas, que asocian un alto riesgo de fallo del dispositivo tras la revascularización percutánea. El papel de la angioplastia con balón liberador de Paclitaxel (BLP) en este escenario, es limitada. El objetivo es evaluar la eficacia y los resultados clínicos de una estrategia híbrida sinérgica en OCT basada en la combinación del BLP en segmentos distales/vaso pequeño y stents liberadores de fármacos (SLF) en segmentos proximales/vasos > 2,5 mm.

Métodos: Registro unicéntrico, prospectivo desde marzo de 2019-enero de 2023. Dieciocho pacientes consecutivos con OCT tratadas con BLP y SLF fueron incluidos (7,6% del total de OCT en ese periodo [n = 236]).

Resultados: La eficacia y la seguridad de esta estrategia híbrida fue comparada con un grupo control de 70 pacientes con OCT. Las características basales en pacientes tratados con BLP + SLF frente al grupo control fueron similares, salvo por mayor proporción de diabéticos:

- Varones 89 vs. 88%, no significativo (ns)
- Hipertensión 72% vs. 85%, ns
- Diabetes 39% vs. 27%, ns
- SYNTAX Score I medio 24 ± 17 vs. 24 ± 11 , ns
- SYNTAX Score II medio $32 \pm 11,29$ vs. 38 ± 16 , ns

En cuanto a las características del procedimiento y angiográficas:

- Longitud OCT (mm) 34 ± 26 vs. 25 ± 15 , $p = 0,077$
- Número stent $1 \pm 0,9$ vs. $1,5 \pm 1$, $p = 0,79$
- Longitud total stent (mm) 40 ± 25 vs. 61 ± 31 , $p = 0,03$
- OCT reestenosis intrastent (RIS) 28% vs. 6%, $p = 0,004$

Se aprecian tendencias claras pero la falta de potencia para alcanzar la significación estadística podría resolverse con un tamaño muestral mayor. En el seguimiento no se registró ningún evento cardíaco mayor (MACE): mortalidad cardiovascular, infarto agudo de miocardio por lesión diana y revascularización de lesión tratada ni ninguna trombosis de stent tras una mediana de seguimiento de 15 meses.

Conclusiones: Estos resultados, de acuerdo con previos, respaldan que una estrategia híbrida basada en BLP + SLF es factible y segura, reduciendo el número y la longitud total de los stents, manteniendo las propiedades de andamiaje del SLF donde sea necesario. Esta estrategia parece ser especialmente interesante en pacientes diabéticos (enfermedad más difusa y segmentos de OCT más largos) o en OCT por RIS.

673/20. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSINFARTO: ¿HORA DEL CIERRE PERCUTÁNEO?

Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Leopoldo Fernández Ruz, Marta Alcala Ramírez del Puerto, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La comunicación interventricular (CIV) posinfarto es una complicación mecánica poco frecuen-

te, cuya incidencia ha disminuido gracias a la revascularización percutánea temprana. No obstante, su mortalidad sigue siendo elevada. El tratamiento quirúrgico es el patrón oro, aunque el cierre percutáneo se presenta como alternativa emergente.

Métodos: Se presentan 3 casos de CIV posinfarto tratados percutáneamente en nuestro centro en los últimos 18 meses. Se realizó revisión bibliográfica a propósito de esta serie.

Resultados:

- Primer caso: varón de 57 años que presenta IAMCEST inferior evolucionado complicado con aneurisma inferobasal y CIV basal. Se reparó quirúrgicamente al tercer día de ingreso, sin complicaciones. Presenta postoperatorio tórpido, objetivándose dehiscencia completa del parche de pericardio; se decide en sesión médico-quirúrgica cierre percutáneo. Se realiza sin incidencias al mes de ingreso, con insuficiencia tricuspídea severa por probable interacción del dispositivo con aparato subvalvular como única secuela. Evolución satisfactoria, dado de alta y buena situación durante seguimiento.
- Segundo caso: mujer de 80 años diagnosticada de infarto anterolateral evolucionado Killip III con aneurisma apical y CIV de gran tamaño. Se descarta cirugía por alto riesgo, optando por revascularización percutánea de DA, implante de balón de contrapulsación y cierre diferido de CIV (7 días). Buen resultado del cierre, con mínima fuga residual. Evolución tórpida durante hospitalización, con fracaso cardíaco con necesidad de ventilación mecánica no invasiva. La paciente falleció a los 40 días del procedimiento.
- Tercer caso: varón de 77 años que presenta IAMCEST anterior, realizándose ICP a DA. Por soplo de nueva aparición, se detecta CIV apical restrictiva sin repercusión sobre cavidades. Por alto riesgo quirúrgico, se decide cierre percutáneo, realizado sin complicaciones tras 20 días del diagnóstico; con ligera fuga residual. Tras hospitalización prolongada, el paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones: La CIV posinfarto continúa siendo una complicación mecánica grave, con mortalidad intrahospitalaria cercana al 50% pese a tratamiento adecuado. El cierre percutáneo se postula como una alternativa no inferior a la cirugía, con mortalidad a corto y largo plazo similar según los registros publicados hasta la fecha. En nuestra experiencia en los últimos 18 meses, la mortalidad intrahospitalaria ha sido del 33%.

673/21. ¿HACEMOS LO CORRECTO?, ¿SON EFICIENTES NUESTRAS INTERVENCIONES? REFLEXIONES DE UNA SUPERVISORA «NOVEL»

Mercedes María López Martín¹, Juan Carlos González Fernández¹ y Fernando Jesús Robledo Cárdenas²

¹Unidad de Enfermería, Hospital Infanta Elena, Huelva.

²Enfermería, Centro de Salud La Palma del Condado, La Palma del Condado, Huelva.

Introducción y objetivos: La unidad de hospitalización de cardiología del Hospital Infanta Elena, ofrece asistencia hospitalaria, médica y de enfermería a los pacientes de la especialidad de cardiología. Esta unidad cuenta con 20 camas de hospitalización organizadas en una misma planta de hospitalización. Organizativamente, la unidad cuenta con 11 enfermeras y 11 TCAE con una amplia experiencia profesional, que se distribuyen en turnos de 12 horas para poder ofrecer atención continuada. Se produce la incorporación de una nueva supervisora, que a su llegada se plantea diferentes cuestiones a la hora de organizar la GESTIÓN DE LOS CUIDADOS de su nueva unidad. Los objetivos son:

- Mejorar la calidad de la atención del paciente ingresado en la Unidad de Cardiología.
- Analizar positiva y críticamente la práctica profesional actual.
- Ofrecer cuidados de calidad basados en la mejor evidencia disponible.
- Determinar las intervenciones enfermeras más eficientes.
- Establecer un plan de cuidados estandarizado.

Métodos: Tipo de estudio: mixto:

- Descriptivo en la fase inicial de conocimiento.
- Bibliográfico, en la fase de análisis comparativo.

Periodo de estudio: un año. Del 1/1/2022 al 31//2023.

Variables del estudio:

- DdE: Diagnósticos de enfermería bajo taxonomía NANDA versión 2021/2023.
- NIC: Intervenciones enfermeras, bajo taxonomía NIC 6.ª edición.
- NOC: Objetivos de resultados, bajo taxonomía NOC, 7.ª edición.

Criterios de exclusión: Todos aquellos ingresados por un proceso médico no cardiológico. Fuente de datos:

- Informe de DAE (Diraya, atención especializada).
- Guías de Práctica Clínica.
- Proceso Asistencial Integrado.

Resultados:

N.º de pacientes ingresados en el periodo de estudio: 676.

DdE más frecuentes:

- 00148 Temor. 335.
- Intolerancia a la Actividad 126.
- 00126 Conocimientos Deficientes 166.

Propuesta: A la vista del alto volumen de información y tras analizar los DdE más frecuentes, se decide establecer como DdE prioritario el 00126 DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS en relación con el PROCESO, como el eje central de la cadena diagnóstica ya que el resto de DdE tienen su origen relacionado con los conocimientos.

Conclusiones: Es fundamental revisar y analizar crítica y positivamente nuestra práctica profesional bajo el prisma de la PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE) para poder rentabilizar y homogenizar los cuidados. Para el propio grupo revisor ha tenido un efecto altamente positivo que se replicará en otras áreas. Finalmente, la supervisora «novel» ha encontrado respuesta a sus preguntas y refuerzo positivo para su nueva tarea.

673/22. RESULTADOS DEL STENT BIORREABSORBIBLE A MUY LARGO PLAZO: SEGUIMIENTO A MÁS DE 5 AÑOS

Álvaro López-Masjuán Ríos, Jessica Roa Garrido, Santiago J. Camacho Freire, Elena Izaga Torralba, Eladio Galindo Fernández y Antonio E. Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del stent bioabsorbible recubierto de everolimus (BVS) (Absorb, Abbott Vascular Santa Clara, CA, EE.UU.) en una cohorte de pacientes con seguimiento a muy largo plazo.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo que incluyó 232 pacientes consecutivos entre octubre/2012-enero/2023. Fueron implantados un total de 364 BVS. El objetivo primario fue la presencia de *target lesion failure* (TLF), definida como un compuesto de muerte cardiovascular (CV), infarto de miocardio y *target lesion revascularization* (TLR). Se definió como objetivo primario de seguridad la trombosis del BVS.

Resultados: Las características de la muestra fueron:

- Edad media 54 ± 9 años
- Sexo masculino 77%
- Antecedentes de cardiopatía isquémica 13,3%
- Tabaquismo 79%
- HTA 45%
- Dislipemia 50%
- DM2 13,4%
- Antecedente de enfermedad coronaria (EC) 3,8%
- Antecedente de revascularización (ICP) 2,5%
- FEVI preservada 93,7%
- Presentación clínica SCA en un 85,6% de los casos (38% SCASEST, 37% SCACEST)
- Enfermedad coronaria multivaso 27%

En un seguimiento a muy largo plazo (mediana 96 ± 16 meses) hubo 27 eventos (11,6%), 22 TLR (15 reestenosis intrastent), 15 pacientes presentaron IAM (6,4%) y 3 pacientes muerte CV (1,3%). En total hubo 8 trombosis del dispositivo (3,4%), 1 aguda (< 24 horas), 3 subagudas (< 1 mes), 3 tardías (1-12 meses) y 3 muy tardías (> 12 meses). Ninguna de ellas tuvo lugar tras 2 años de seguimiento. Las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier demostraron que más del 70% de los eventos tuvieron lugar en los 2 primeros años. Esto puede ser explicado por la reabsorción total/parcial del BVS., tras lo que disminuye la tasa de eventos considerablemente. Durante el seguimiento los pacientes diabéticos mostraron una tendencia llamativa hacia la aparición de TLF, aunque esta no fue significativa (OR 2,6, IC 95% [1,01-6,896], $p = 0,041$). De igual manera, aunque no existieron diferencias significativas, presentaron una mayor tendencia a la trombosis de stent (6,5% vs. 3%; $p = 0,29$).

Conclusiones: En un seguimiento a muy largo plazo, la utilización de BVS. parece segura. La mayoría de los eventos como reestenosis, IAM y trombosis del dispositivo tuvieron lugar en los 2 primeros años. Los pacientes diabéticos presentaron mayor riesgo de eventos en este periodo quedando estabilizada esta tendencia posteriormente, aunque persiste un mayor riesgo residual en comparación con la población general.

673/23. EXPERIENCIA DURANTE NUEVE AÑOS EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA EN REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA BORDE-BORDE MEDIANTE DISPOSITIVO MITRACLIP

Elena Izaga Torralba, Santiago Camacho Freire, Jessica Roa Garrido, Eladio Galindo Fernández, Oscar Lagos Degrande y Antonio Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: Una opción adecuada en pacientes de alto riesgo con insuficiencia mitral severa, es la reparación mitral percutánea transcáteter borde a borde. Los datos de centros sin servicio de cirugía cardiaca presencial son muy escasos. El objetivo del presente estudio es evaluar la seguridad de la reparación mitral percutánea borde-borde en la vida real en un centro sin cirugía que lleva casi diez años implantando MitraClip.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo desde noviembre de 2013 hasta enero de 2023 de implante de MitraClip en un centro sin cirugía cardiaca. Se incluyeron 35 pacientes consecutivos de alto riesgo con insuficiencia mitral severa, no candidatos para reparación quirúrgica en los que se implantó MitraClip. Los eventos fueron definidos de acuerdo con el Consorcio de Investigación Académica de la Válvula Mitral (MVARC).

Resultados: Las características basales fueron:

- Edad media $74,5 \pm 9,1$ años
- Género femenino 20 (53%)

- Hipertensión 32 (84%)
- Diabetes 19 (50%)
- Enfermedad renal crónica (61%)
- EUROSCORE II Score medio $9,4 \pm 12$
- EUROSCORE I Score medio 32 ± 22
- Society of thoracic surgeons Score (STS) medio $3,7 \pm 1,9$
- Fracción de eyección ventricular izquierda previa (FEVI) $49 \pm 13\%$
- Insuficiencia mitral crónica 32 (84%)
- Insuficiencia mitral funcional 13 (34%)
- Péptidos natriuréticos pre-MitraClip 7.106 ± 8.614

Características del procedimiento y resultados:

- Péptidos natriuréticos post-MitraClip 3.566 ± 2.277
- Tasa de éxito 97,4%
- Número de clips implantados $1,3 \pm 0,4$
- Pacientes que cumplen los criterios de exclusión COAPT 5 (14%)
- Tasa de rehospitalización 22%
- Complicaciones en el acceso vascular 2,6%
- Complicaciones mayores 0%
- Muerte cardiovascular cumpliendo criterios de exclusión COAPT 83%
- Número medio de días hasta muerte 569
- Muerte cardiovascular (CV) durante el primer mes 5,7%
- Muerte CV durante el primer año 5,7%
- Número medio de días hasta la primera rehospitalización 270
- Rehospitalizaciones el primer mes de seguimiento 5,7%
- Rehospitalizaciones el primer año de seguimiento 17%

Los pacientes con criterios de exclusión COAPT presentaron un riesgo incrementado de eventos cardiovasculares, impulsado principalmente por la mortalidad CV a los 30 días (OR 6, IC 95% [1,003-35,908], $p < 0,001$), estabilizándose posteriormente según la curva de supervivencia de Kaplan-Meier.

Conclusiones: En centros sin cirugía cardiaca, la reparación mitral con MitraClip es una opción factible, con una excelente tasa de éxito y una muy baja tasa de complicaciones. Los criterios de exclusión COAPT asocian un peor pronóstico a corto plazo.

673/24. ANGIOPLASTIA PULMONAR CON BALÓN EN HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA CONECTADO CON LA UNIDAD NACIONAL DE REFERENCIA. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

Antonio Gómez Menchero, Elena Izaga Torralba, Santiago Camacho Freire, Eladio Galindo Fernández, Oscar Lagos Degrande y Jessica Roa Garrido

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

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTC) es una complicación de la obstrucción vascular pulmonar persistente, generalmente tras un evento embólico agudo. La incidencia creciente junto el mayor desarrollo de la angioplastia pulmonar con balón (APB), se ha establecido como una alternativa efectiva para pacientes no quirúrgicos, no obstante, muy pocos centros la realizan. El objetivo del estudio es evaluar resultados y seguridad de la APB durante cinco años en un centro sin cirugía, pero conectado con la Unidad Nacional de Referencia (UNR).

Métodos: Registro observacional unicéntrico prospectivo de pacientes con HPTC clasificados como no quirúrgicos por la UNR y aceptados para APB en nuestro centro. Seis pacientes consecutivos incluidos desde noviembre 2017-junio 2022. Se

analizaron resultados clínicos, hemodinámicos, complicaciones periprocedimiento.

Resultados: Se realizaron 28 sesiones de APB en seis pacientes. Características basales:

- Edad media (años) $69,5 \pm 17,78$
- Número medio de sesiones $4,67 \pm 0,52$
- Mujeres 83,3%

Diferencias pre-APB y post-APB:

- Clase funcional WHO II 0 vs. 5 (83%) no significativo (ns)
- Clase funcional WHO III 2 (33%) vs. 1 (17%), ns
- Clase funcional WHO IV 4 (67%) vs. 0, ns
- Clase funcional media $3,8 \pm 0,44$ vs. $2,2 \pm 0,44$ $p = 0,003$
- Embolismo pulmonar previo 6 (100%)
- Edema de reperfusión no severo 3 (50%)
- Disección 1 (16,7%)
- Presión arterial pulmonar media (mmHg) $51,83 \pm 3,06$ vs. $38,5 \pm 3,78$ $p = 0,004$
- Resistencias pulmonares (Unidades Woods) $12,59 \pm 2,67$ vs. $6 \pm 0,9$ $p = 0,003$
- Gasto cardiaco (L/min) $3,19 \pm 0,74$ vs. $4,12 \pm 0,5$ $p = 0,013$
- Índice cardiaco $1,99 \pm 0,23$ vs. $2,53 \pm 0,7$ $p = 0,006$
- Péptidos natriuréticos 1.403 vs. $215,8$ $p = 0,004$

No se objetivaron complicaciones mayores o muertes.

Conclusiones: La APB en pacientes HPTC no quirúrgicos es una técnica segura también en centros sin cirugía cardiaca. Nuestros resultados muestran una mejora estadísticamente significativa en el perfil hemodinámico, clase funcional y biomarcadores con una excelente tasa de éxito y una muy baja tasa de complicaciones y sin mortalidad periprocedimiento. Debido a la creciente prevalencia de la HPTC, estos resultados deberían animar a otros centros sin cirugía a desarrollar programas de APB conectados con la UNR.

673/25. ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO DERECHO-ARTERIA PULMONAR COMO PREDICTOR DE MUERTE O INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA EXTENSA COHORTE DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SEVERA: DATOS DEL REGISTRO INTRICOR

Consuelo Fernández-Avilés Irache¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Ana Fernández Ruiz², Adriana Resua Collazo¹, Gloria María Heredia Campos¹, Mónica María Delgado Ortega¹, Fátima Esteban Martínez¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, María Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco. Córdoba.

Introducción y objetivos: El papel del acoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar, evaluado de manera no invasiva por el cociente entre la excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), en el pronóstico de la insuficiencia tricuspídea (IT) ha sido estudiado exclusivamente en poblaciones seleccionadas y fundamentalmente para mortalidad por todas las causas. Nuestro objetivo fue evaluar su papel predictivo del evento combinado de muerte e ingreso por IC en una amplia población de pacientes con IT severa y comparar su capacidad discriminativa con ambos componentes por separado.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes > 18 años con IT severa estudiados con ecocardiografía en un hospital de tercer nivel de nuestro medio del 1.01.2008 al 31.12.2017, con seguimiento hasta el 01.01.2022. Se analizó la asociación del TAPSE/PSAP con el evento combinado y se

comparó su capacidad discriminativa con ambos componentes por separado.

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes (69 ± 13 años, 72% mujeres) con IT severa con seguimiento de hasta 14 años (mediana 5 años, p25-75 2-7 años). Se registraron 384 muertes y 268 pacientes presentaron 636 ingresos por IC. Las tres variables se asociaron con el evento combinado en el análisis univariado (HR 0,037 [0,017-0,081], $p < 0,0005$ para el TAPSE/PSAP, HR 0,918 [0,895-0,941], $p < 0,0005$ para el TAPSE y HR 1,017 [1,013-1,022], $p < 0,0005$ para la PSAP). La capacidad discriminativa para predecir el evento (AUC 0,68 [IC 95% 0,64-0,73], $p < 0,0005$, AUC 0,64 [IC 95% 0,59-0,69], $p < 0,0005$ y AUC 0,64 [IC 95% 0,59-0,68], $p < 0,0005$, respectivamente) fue estadísticamente significativa para las tres, sin embargo, el TAPSE/PSAP obtuvo mejor rendimiento que los componentes por separado ($p < 0,0005$). Tras ajustar por otras variables pronósticas, el TAPSE/PSAP no fue predictor independiente (HR 0,711 [0,091-5,555], $p = 0,75$), mientras que ambos componentes permanecieron en el modelo (HR 0,945 [0,919-0,972], $p < 0,0005$ para el TAPSE y HR 1,012 [1,007-1,018], $p < 0,0005$ para la PSAP).

Conclusiones: En esta amplia cohorte de pacientes con IT severa, el cociente TAPSE/PSAP se asoció con ingresos por IC o mortalidad en el análisis univariado y su capacidad discriminativa fue superior a cualquiera de sus componentes por separado. Sin embargo, no fue un predictor independiente en el análisis multivariado.

673/26. ANÁLISIS DE UNA COHORTE FAMILIAR DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LP(A) ELEVADA. ESTUDIO HER(A)_SCA

María Rosa Fernández Olmo¹, Marta Lucas García², Magdalena Carrillo Bailen¹, Carmen Encarnación Rus Mansilla³, Gustavo Cortez Quiroga³, Beatriz Calvo Bernal⁴, Miriam Martín Toro⁴, Ana López Suárez⁵, Samuel Ortiz Cruces⁵ y Mar Martínez Quesada⁶

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

³Unidad de Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La Lipoproteína (a) [Lp (a)] es una partícula proaterogénica que se asocia a mayor riesgo cardiovascular. El 80% de su concentración está determinada genéticamente de forma autosómica dominante y aunque no se conoce con exactitud las variantes patogénicas asociadas, en algunos estudios poblacionales se han identificado que los pacientes de familiares con Lp(a) elevada también pueden tenerla. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los niveles de Lp(a) en los familiares de una cohorte prospectiva de pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) con Lp(a) > 50 mg/dl.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico, en el que se incluyeron pacientes consecutivos que habían sufrido un SCA y presentaron Lp(a) > 50 mg/dl y a sus familiares de primer grado.

Resultados: $n = 413$. 43,6% pacientes y 56,4% familiares. La edad media fue de 48,3 años, el 40,4% eran mujeres, 30,9% tenía hipertensión arterial, 16,6% diabetes y el 37,8% dislipemia. El 57,5% tenían AF de cardiopatía isquémica precoz y solo el 20,6% estaban en tratamiento con estatinas. La cohorte familiar era más joven (59,1 vs. 37,5 años; $p < 0,001$), el 4% padecían cardiopatía isquémica y presentaron menos facto-

res de riesgo cardiovascular clásicos. Los niveles medios de Lp(a) fueron 64,9 mg/dl, el 59,4% presentaron niveles > 50 mg/dl y el 16,1% > 100 mg/dl. Al comparar los pacientes respecto a sus familiares, el nivel medio de Lp(a) fue menor, pero sin diferencias significativas en cuanto a los niveles de LDL, ApoB y No HDL. Sin embargo, los familiares con Lp (a) > 50 mg/dl presentaron valores similares al grupo de pacientes con SCA (96,8 vs. 104,5 mg/dl; $p = 0,18$). No se encontraron diferencias de los niveles de Lp(a) en los familiares en función del resto de parámetros lipídicos.

	Total	Evento	Familiar	p
n	(413)	(180)	(233)	
Edad (años)	48,3	59,1	37,5	$< 0,001$
Mujer %	40,3	23,9	53,2	$< 0,001$
HTA	30,9	54,7	12	$< 0,001$
Diabetes Mellitus	16,6	30,7	5,3	$< 0,001$
Tabaquismo activo	24,9	42,2	10,6	$< 0,001$
AF Cardiopatía Isquémica	76,5	45,9	100	$< 0,001$
AF cardiopatía isquémica precoz	57,5	56,6	57,8	NS
Colesterol Total (mg/dl)	178,2	172,3	184,2	0,006
LDL (mg/dl)	106,9	103,3	110,9	0,05
HDL (mg/dl)	48,3	41,2	55,5	$< 0,001$
No HDL (mg/dl)	130,1	131,6	128,6	NS
Triglicéridos (mg/dl)	129,3	150,1	108,5	$< 0,001$
Apo B (mg/dl)	96,5	101,9	91,2	0,06
Lp (a) (mg/dl)	84,7	104,5	64,9	$< 0,001$
CT/HDL	3,9	4,41	3,5	$< 0,001$
TG/HDL	3,13	4,06	2,2	$< 0,001$
LDL/ApoB	1,16	1,16	1,16	NS
Hb1Ac%	5,8	6,1	5,5	$< 0,001$

Conclusiones: El 59,4% de los familiares de primer grado de pacientes que han sufrido un SCA con Lp (a) > 50 mg/dl presentan, también, niveles elevados. Los familiares sin SCA presentan valores más bajos de Lp(a) que sus familiares pero cuando tienen valores > 50 mg/dl que tienen el mismo nivel que los pacientes.

673/27. VALIDACIÓN EXTERNA DE SCORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SEVERA

Consuelo Fernández-Avilés Irache¹, Ana Fernández Ruiz², Adriana Resua Collazo¹, Gloria María Heredia Campos¹, Mónica María Delgado Ortega¹, Fátima Esteban Martínez¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, María Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía,

Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Introducción y objetivos: En 2022 se han propuesto tres scores para evaluar el pronóstico de paciente con insuficiencia tricuspídea (IT): el TRI-SCORE y los propuestos por Hochstadt y Wang. Nuestro objetivo fue llevar a cabo una validación externa de dichos scores para predecir la mortalidad y el evento combinado de mortalidad e ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) durante el seguimiento en una cohorte de pacientes con IT severa y comparar su capacidad discriminativa para dichos eventos.

Métodos: La cohorte de validación incluyó retrospectivamente todos los pacientes > 18 años con IT severa estudiados con ecocardiografía en un hospital de tercer nivel de nuestro medio del 1.01.2008 al 31.12.2017, con seguimiento hasta el 01.01.2022. Los scores se calcularon para cada paciente con los datos de la visita basal y su capacidad discriminativa se determinó a través de curvas de características operativas del receptor (ROC).

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes (69 ± 13 años, 72% mujeres) con IT severa con un seguimiento de hasta 14 años (mediana de 5 años, p25-75 2-7 años), se registraron 384 muertes y 268 pacientes presentaron 636 ingresos por IC. La capacidad discriminativa para predecir la mortalidad (AUC 0,72, IC 95% 0,68-0,76, $p < 0,0005$ para el TRI-SCORE; 0,75, IC 95% 0,71-0,78, $p < 0,0005$ para el score de Hochstadt y 0,72, IC 95% 0,68-0,76, $p < 0,0005$ para el score de Wang) o el evento combinado (AUC 0,74, IC 95% 0,70-0,78, $p < 0,0005$; 0,74, IC 95% 0,70-0,78, $p < 0,0005$ y 0,73, IC 95% 0,69-0,77, $p < 0,0005$, respectivamente) durante el seguimiento fue estadísticamente significativa para todos ellos. La comparación pareada entre ellos para la predicción del evento combinado no fue significativamente distinta. Sin embargo, el score de Hochstadt fue superior a los otros dos para la predicción de mortalidad en el seguimiento ($p < 0,005$).

Conclusiones: En esta validación independiente en pacientes con IT severa, todos los scores analizados mostraron una capacidad discriminativa significativa y similar para la predicción del evento combinado de mortalidad o ingreso por IC. No obstante, el score de Hochstadt obtuvo mejor capacidad predictiva de mortalidad durante el seguimiento.

673/28. IMPACTO DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN LAS CARACTERÍSTICAS BASALES Y EL PRONÓSTICO DE UNA AMPLIA SERIE DE VIDA REAL

Consuelo Fernández-Avilés Irache¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Ana Fernández Ruiz², Adriana Resua Collazo¹, Gloria María Heredia Campos¹, Mónica María Delgado Ortega¹, Fátima Esteban Martínez¹, Ana Rodríguez Almodóvar¹, María Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Introducción y objetivos: Recientemente se ha descrito una nueva clasificación de la insuficiencia tricuspídea (IT) severa que distingue tres subgrupos: severa, masiva y torrencial. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de las nuevas categorías, describir sus características basales según grupo de gravedad y valorar su impacto en el pronóstico en una amplia serie de pacientes con IT severa.

Métodos: Se seleccionó retrospectivamente una muestra de todos los pacientes > 18 años con IT severa estudiados con ecocardiografía en un hospital de tercer nivel de nuestro medio del 1.01.2008 al 31.12.2017. Se analizaron off-line las imágenes para medir la máxima vena contracta (VC) en cualquier plano ecocardiográfico y se clasificó la IT grave en tres grupos: severa (VC > 7 mm), masiva (VC 14-20 mm) y torrencial (VC ≥ 21 mm). Se analizaron las características basales en los diferentes subgrupos y los eventos al seguimiento por técnicas univariadas y multivariadas. Se analizó el evento combinado de muerte e insuficiencia cardíaca (IC) en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes (69 ± 13 años, 72% mujeres) con IT severa. Un 81,5% (539) presentaron IT severa, un 15,6% (103) IT masiva y un 2,9% (19) IT torrencial. Se objeti-

varon diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de etiología orgánica (33%, 38% y 63% para la severa, masiva y torrencial, $p = 0,02$), dilatación ventricular derecha (53%, 74% y 89%, respectivamente, $p < 0,0005$), intervención tricuspídea (11%, 13% y 42%, respectivamente, $p < 0,0005$) e ingresos por IC durante el seguimiento (41%, 51% y 63%, respectivamente, $p = 0,04$). La supervivencia libre de ingreso por IC a 5 años fue del 42%, 44% y 11% ($p < 0,0005$), para los distintos subgrupos, respectivamente. Tras ajustar por características basales, la gravedad de la IT valorada por VC fue un predictor independiente de supervivencia libre de IC, HR 0,89 [IC 95% 0,70-1,15] $p = 0,39$, para la IT masiva; y HR 2,48 [IC 95% 1,52-4,05] $p < 0,0005$, para la IT torrencial considerando la IT severa como referencia.

Conclusiones: En nuestro medio, la IT severa fue el subgrupo más frecuente, seguida de la masiva y de la torrencial. El pronóstico fue significativamente peor en pacientes con IT torrencial.

673/29. PREVALENCIA Y POSIBLES CAUSAS DE SWITCH DE DESESCALADA DE ANTIAGREGANTES EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA EN VIDA REAL

Gloria Rocío Padilla Rodríguez, Alejandro Gómez González, Francisco Javier Escalona García, Diego Félix Arroyo Moñino, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La doble antiagregación con aspirina asociada a antiagregantes potentes en pacientes con síndrome coronario agudo, en ocasiones no es posible por determinados problemas clínicos. El switch o intercambio entre antiagregantes de mayor a menor potencia es una estrategia frecuente ante efectos adversos o contraindicación para el uso de inhibidores de P2Y12 potentes. Pretendemos analizar la frecuencia y causas de switch de desescalada intrahospitalario en pacientes con síndrome coronario agudo, así como compararlos con aquellos que continúan con el antiagregante inicialmente prescrito.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, de una cohorte de 2431 pacientes que ingresan en la Unidad Coronaria con síndrome coronario agudo, a los que se pauta Ticagrelor o Prasugrel como segundo antiagregante antes o tras la revascularización coronaria percutánea. Se clasificaron según la realización o no de switch de desescalada a Clopidogrel durante la hospitalización, comparando sus características basales y los posibles eventos clínicos que motivaron el cambio.

Resultados: De 2431 pacientes, a 188 (5,99%) se les realizó switch de desescalada. La mayor parte de ellos tomaban Ticagrelor (4,21 vs. 1,78%). Los pacientes con switch (edad media 64 años, 69% hombres) se asemejan al grupo sin switch, sin diferencias estadísticamente significativas en sus características basales, salvo por la presencia de una menor puntuación GRACE (153 vs. 146, $p = 0,01$). El diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación de ST fue más prevalente en el grupo en el que se hizo switch. Además, se observó una mayor frecuencia de hemorragias (9,3 vs. 20,7%, $p < 0,01$), de fibrilación auricular de novo (4,14 vs. 20,21%, $p < 0,01$) y de necesidad de anticoagulación al alta (6,64 vs. 31,91%, $p < 0,01$) entre los pacientes con desescalada.

Conclusiones: El switch de desescalada entre antiagregantes iP2Y2 intrahospitalario, aunque no es muy frecuente, es necesario ante ciertas condiciones clínicas, como la aparición de hemorragias o la necesidad de anticoagulación, entre

otras. No obstante, parte de las veces esto se debe a una decisión médica, sin que haya un evento objetivado. En nuestra muestra, además, los pacientes en los que se realiza switch, tenían un menor riesgo isquémico.

673/30. MEDICIÓN DE LA LIPOPROTEÍNA A (LPA) EN PACIENTES QUE INGRESAN POR PRIMERA VEZ POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Julia Jiménez Ranchal, Rafael Bravo Marqués, Juan Ramón Siles Rubio, Francisco José Torres Calvo, Carmen Corona Barrio, Eloisa Mariscal López y Francisco Ruíz Mateas

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La Lp(a) es un factor de riesgo causal de enfermedades cardiovasculares, genéticamente determinado e independiente, con transmisión autosómica dominante, por lo que los descendientes con Lp(a) elevada pueden beneficiarse de una estrategia precoz de prevención primaria intensa. La Lp(a) acelera la progresión de la calcificación de las lesiones vasculares ateroscleróticas, por lo que se recomienda su determinación en casos de enfermedad vascular aterotrombótica precoz. El objetivo es realizar la implantación de la determinación de la (lpa) en todos los pacientes que ingresan por un primer episodio de SCA en nuestro hospital desde 02/2022 incluyéndose en la determinación analítica de ingreso en la unidad de hospitalización de Cardiología.

Métodos: creación de perfiles analíticos específicos en pacientes con cardiopatía isquémica y análisis de resultados para toma de decisiones

Resultados: Implantación progresiva, llegando a realizarse en el 87% de los pacientes que ingresan por primera vez por un SCA en los últimos 6 meses. Entre los meses de 02/2022 y 09/2022, se realizaron a un total de 186 determinaciones, de las cuales un 67% eran en varones, y un 29% (53 pacientes) menores de 55 años. El 41% de las determinaciones de lpa eran mayores a 50 mg/dl, siendo estos un 72% varones y un 23% menores de 55 años. El 37% de las mujeres menores de 55 años tiene una lpa > 50, al igual que el 33% de los varones, pero con una tasa de otros FRCV significativamente inferior.

Conclusiones: La medición de la lipoproteína a nos permite estratificar mejor el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes o de sus familiares y es necesario organizar un sistema que nos permita su realización de manera sencilla. Es necesario estratificar el riesgo de nuestros pacientes y a pesar de ser estos pacientes de muy alto riesgo cardiovascular por presentar ya el evento coronario, en las mujeres con baja carga de otros factores de riesgo cardiovascular, es muy útil realizar la determinación de la lpa, para realizar un estudio familiar y poder prevenir futuros posibles eventos cardiovasculares.

673/31. PROYECTO DE IMPLANTACIÓN PROGRESIVA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN UN HOSPITAL SIN UNIDAD DESARROLLADA

María Isabel Gámez Molina¹, Sara Fernández Lendinez¹, Pedro Antonio Chinchurreta Capote², Francisco José Torres Calvo², Marina Carrasco Campos¹ y Francisco Ruíz Mateas²

¹Unidad de Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Los programas de rehabilitación cardíaca (PCR) son sistemas terapéuticos multifactoriales, buscan mejorar la calidad de vida y la reincorporación más

completa posible a la sociedad. En los enfermos coronarios, reducen la morbimortalidad, teniendo indicación IA. En nuestro centro intentamos la implementación progresiva de un PRC especializado.

Métodos: Se realiza educación sanitaria (ES) a todos los pacientes con un evento coronario agudo ingresados, citándose al alta para realización de ergometría y analítica al mes, donde se realiza nuevamente ES y se optimiza el tratamiento médico. A los pacientes de bajo riesgo se les enseña programa virtual de rehabilitación domiciliar y a los de moderado o alto riesgo se remite a programa concertado en hospital referente. Los pacientes son citados a los dos meses para nuevo control clínico y analítico.

Resultados: Desde abril de 2022 a febrero de 2023 se realiza Fase I del PRC a 75 pacientes ingresados por un evento coronario agudo menores de 65 años y son citados al mes para realizarse ergometría. El 70% son de bajo riesgo. El 30% restante son remitidos a un PRC presencial, que lo realizan únicamente el 8%, siendo la distancia la primera limitación. A todos se les enseña un programa virtual de RC, siendo las cifras LDL < 55 mg/dl en un 63% en la primera visita y presentan una HbA1c < 7% el 89% de los pacientes diabéticos. A los tres meses, las cifras de LDL < 55 mg/dl es del 88% y en los diabéticos la HbA1c < 7% el 93%.

Conclusiones: La organización y protocolización de un PRC es básico en la atención de un paciente que ingresa por un evento coronario agudo. Nuestra implantación progresiva, por no disponer aun de toda la unidad, nos permite optimizar cada paso, y aportar al paciente todo el beneficio de lo que si disponemos. Estamos en proceso de la apertura del gimnasio y la colaboración de los demás compañeros que formarán parte de la unidad, que mejorará aún más nuestros resultados.

673/32. SHOCK EN INFARTO DE VENTRÍCULO DERECHO VS. INFARTO ANTERIOR. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS POBLACIONES Y PRONÓSTICO

Marta Lucas García, Antonio Pablo Rivas García, Diego Félix Arroyo Moñino, Néstor García González, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Comparación de las características de los pacientes, complicaciones durante el ingreso y mortalidad intrahospitalaria entre el shock cardiogénico por infarto en el ventrículo derecho frente al shock por infarto anterior. Según la bibliografía, el shock por infarto del ventrículo derecho (VD) tiene una mortalidad muy alta, incluso similar a la del infarto anterior. El propósito de este estudio es valorar la presencia de diferencias en cuanto a la población de pacientes en situación de shock por infarto de VD frente a aquellos por infarto anterior. Nos centramos en diferencias en cuanto a las características basales, complicaciones intrahospitalarias y mortalidad.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo, observacional y unicéntrico de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST y shock cardiogénico ingresados en una Unidad Coronaria entre julio 2011 y agosto 2022. Se compararon los pacientes con shock por infarto anterior Vs. por infarto de VD.

Resultados: Fueron incluidos un total de 241 pacientes, 30,7% con infarto de VD. La edad media de nuestros pacientes era de 68,6 años y un 68% fueron hombres. No hubo diferencias en edad, sexo, ni en los principales factores de riesgo cardio-

vasculares entre ambos grupos. En cuanto a complicaciones durante el ingreso, destaca un porcentaje significativamente mayor de necesidad de ventilación mecánica invasiva y de hemodiálisis en los pacientes con shock por infarto anterior. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de arritmias ventriculares ni bloqueos auriculoventriculares. En nuestra cohorte destaca una mayor mortalidad intrahospitalaria entre los pacientes con shock por infarto anterior.

Conclusiones: A pesar de la gran mortalidad en el shock por infarto de VD, comparable según otras series al shock por infarto anterior; en nuestro registro el shock cardiogénico por infarto anterior tiene un peor pronóstico con mayor mortalidad intrahospitalaria, así como una mayor necesidad de porcentaje de ventilación mecánica y terapia renal sustitutiva.

673/33. DISTRIBUCIÓN DE SUBPOBLACIONES DE MONOCITOS COMO BIOMARCADORES DE MEJORÍA DE FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Antonio Grande Trillo¹, Elisa Bevilacqua², Raquel del Toro², José Manuel Sobrino Márquez¹, Diego Rangel Sousa¹, Tarik Smani² y Antonio Ordoñez²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Fisiopatología Cardiovascular, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Sevilla.

Introducción y objetivos: El tratamiento médico de pacientes que debutan con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) se asocia en un subgrupo de pacientes con una mejoría significativa de la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) modificando su pronóstico. Los monocitos, divididos en clásicos (fagocíticos), no clásicos (reguladores) e intermedios (inflamatorios), juegan un papel relevante en este remodelado. Nuestro objetivo es evaluar si las subpoblaciones de monocitos circulantes pueden ayudar a predecir la mejoría de FEVI con tratamiento médico.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes que ingresan por debut de ICFER. Se analizaron las subpoblaciones de monocitos al debut usando citometría de flujo. Tras 6 meses se dividió la muestra entre los que cumplían criterios de insuficiencia cardiaca con FEVI mejorada (HFimpEF) o los que seguían con ICFER persistente.

Resultados: 31 pacientes (61 ± 10 años; 70% varones) fueron incluidos. 30 cumplieron el protocolo completo (el restante recibió un trasplante cardiaco). 18 pacientes alcanzaron criterios de HFimpEF. Se muestra la curva ROC de usar el ratio monocitos intermedios respecto monocitos no clásicos (Ratio MI/MNC) como marcador de ausencia de respuesta a tratamiento médico. Los pacientes con HFimpEF mostraron menos monocitos intermedios (13,9% vs. 18,5%; $p = 0,08$), más no clásicos (16,1% vs. 10,7%, $p = 0,08$) y un ratio MI/MNC menor (0,81 vs. 1,45; $p = 0,01$). El ratio MI/MNC mostró una relación inversa con el incremento de FEVI ($r = -0,31$; $p = 0,09$) y como test predictor de ausencia de mejoría de FEVI con el tratamiento médico obtuvo un área bajo la curva de 0,77 ($p = 0,002$) en una curva ROC.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con ICFER que desarrollaron un remodelado reverso favorable presentaron al diagnóstico una tendencia a una menor proporción de monocitos intermedios, más pro-inflamatorios, en lugar de una mayor proporción de no clásicos. El ratio MI/MNC muestra una fuerte relación con el remodelado reverso, siendo más alto en pacientes que no incrementaron significativamente la FEVI, por lo que el ratio MI/MNC podría ser un marcador para ayudar a identificar pacientes con peor respuesta al tratamiento médico en términos de remodelado.

673/34. MEJORÍA PRECOZ DE LA FEVI TRAS ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR ESTIMULACIÓN DE VD

Emilio José Amigo Otero, Jesús Díaz Gutiérrez, Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: La asincronía interventricular derivada de la estimulación no fisiológica permanente del ventrículo derecho es una causa conocida de disfunción ventricular izquierda.

Métodos: Este fue un estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico. Analizamos los pacientes que desarrollan disfunción del VI con estimulación no fisiológica y los resultados después del upgrade a estimulación del sistema de conducción. Los datos se expresaron como mediana y p25-p75.

Resultados: Se realizó upgrade a estimulación fisiológica a 19 pacientes en nuestro centro durante 2021 después de desarrollar disfunción del VI debido a estimulación antifisiológica. La edad media de implante de marcapasos fue de 65 años (46-84) y de upgrade de 74 (60-84). La mediana de FEVI antes de la estimulación antifisiológica fue del 57% (50-64), y la indicación del implante más frecuente fue por bloqueo AV de alto grado (58,8%). La estimulación permanente del haz de His (p-HBP) se logró en el 68% ($n = 13$); en seis pacientes se realizó LBBAp (estimulación del área de la rama izquierda). La fracción de eyección inicial mejoró en una mediana de seguimiento de 4,7 meses del 33,7 (26,5-40,5) a 47,6% (36,9-57,9) ($p < 0,002$); esto fue homogéneo entre los grupos (p-HBP $p < 0,034$ selectivo; p-HBP no selectivo $p < 0,001$ y LBBAp $p < 0,041$). El diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo también disminuyó significativamente ($p < 0,002$) de 56,8 mm (47,6-66) a 54,9 (46-63,8), pero no el gradiente máximo del VD ($p = 0,52$). Los umbrales permanecieron estables tras el implante y a los 6 meses de seguimiento entre los grupos (estimulación His selectiva 1,85 V a 0,4 ms; estimulación His no selectiva 1,2 V a 0,4 ms y estimulación de área BRI 0,8 V a 0,4 ms). El ancho del QRS también disminuyó de 172 ms (154,2-189,8) a 116 ms (86-146). Hubo un caso de dislocación temprana (< 1 mes) del electrodo en el seguimiento en un paciente con p-HBP y 4 muertes, pero no relacionadas con el procedimiento (3 causas no cardiológicas y 1 IC terminal).

Conclusiones: La FEVI y el diámetro telediastólico mejoraron de manera temprana en pacientes con miocardiopatía inducida por estimulación antifisiológica después del upgrade a estimulación fisiológica.

673/35. CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: SEGURIDAD Y EFICACIA SEGÚN LA EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Carmen Lluch Requerey, Irene María Esteve Ruíz, Teresa Molareda Salas, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero, Pablo Moriñas Vázquez y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (VVPP) se ha convertido en el pilar del tratamiento de la fibrilación auricular (FA), logrando modificar el pronóstico de estos pacientes y mejorando su sintomatología. A pesar de ello, la tasa de recidiva no es despreciable, surgiendo la búsqueda de nuevas estrategias de ablación.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo incluyendo pacientes con FA paroxística (FAPx) y persistente (FAPs) derivados entre 2017 y 2022 para crioblación de VVPP aisladas o asociado a aislamiento de la orejuela izquierda (AOI).

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes (edad media 58,9 ± 12,5 años; 61,5% varones), 75,3% con FAPx y 24,7% FAPs (mediana CHA2DS2-VASc 1 [0-3]). La mayoría (67,5%) presentaban FA desde más de dos años (67,6%), con necesidad de cardioversión (CVE) previa al procedimiento (54%) y uso de fármacos antiarrítmicos (FAA) (97,1%). 74% no presentaban cardiopatía estructural, siendo la más frecuente las taquimiocardiopatía (7,1%). La mayoría tenía FEVI preservada (mediana FEVI 65% [60-65]) y una aurícula izquierda dilatada (mediana 42,3 [38-47]). El 78% estaban anticoagulados de manera permanente. La anatomía más frecuente fue cuatro VVPP independientes (82%), seguido de tronco común izquierdo (11%). En 54 pacientes se realizó AOI asociado a VVPP, realizándose más frecuentemente en pacientes con mayor edad, FAPs, hipertensos, con CVE previas, AI de mayor tamaño y CHA2DSVasc mayor, no encontramos diferencias en las tasa de éxito, complicaciones o ictus entre los pacientes con ablación aislada de VVPP o AOI. La tasa de complicación periprocedimiento fue del 8,2% (11 pacientes): 3 embolias gaseosas transitorias, 2 taponamientos resueltos intraprocedimiento, 2 parálisis frénica y 3 pseudoaneurismas femorales, 1 fístula femoral. Se realizó una mediana de seguimiento de 28 meses [14-45]: Tasa de recidiva global 33,5% (61), periodo postblanking 26,4% (48) con mediana hasta recidiva 10 meses[5-24], siendo la tasa de recidiva en el primer año 19,8%(21). 10 pacientes desarrollaron flutter izquierdo y 3 pacientes (1,6%) presentaron ictus cardioembólico (mediana hasta la aparición 27 meses [20-27]). Respecto a la sintomatología de la recidiva 1,1% estaba asintomático, 10,4% con pocos síntomas, 13,4% presentaba pocos síntomas pero necesitaba FAA y un 7,7% muy sintomático. 26 pacientes (14,3%) requirieron CVE y 16 (8,7%) un segundo procedimiento de ablación mediante radiofrecuencia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la tasa de recidiva postblanking es del 26,4% si bien más de la mitad recidiva más allá del año, siendo la mayoría oligosintomáticos, precisando una segunda intervención un tercio de los mismos. Por tanto, la crioblación de venas pulmonares es un procedimiento eficaz y seguro para para control de sintomatología y disminución de carga de FA.

673/36. CUANTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (CF) POR ERGOMETRÍA VS. ERGOESPIROMETRÍA

Eloisa Mariscal López, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Julia Jiménez Ranchal y Susana Pérez Córdoba

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La ergometría convencional (EC) y la ergoespirometría (EE) nos permiten cuantificar y monitorizar la CF a través de la medición del consumo de oxígeno VO₂. Por mayor disponibilidad y facilidad, la técnica más utilizada es la EC, que a diferencia de la EE infiere la CF a través de fórmulas calculadas de serie de pacientes ajustados por edad, sexo y variables antropométricas, que conlleva más margen de error. El objetivo es observar la diferencia existente entre medición del VO₂ directo por EE y estimado por EC y observar una posible relación constante entre ambas para poder valorar con mayor exactitud la CF.

Métodos: Estudio observacional de 86 EE realizadas entre mayo 2022 y enero 2023. Analizamos como variable principal VO₂ estimado en la ergometría, el medido por fórmula de BRUCE, y el real medido en EE. Análisis de concordancia utilizando coeficiente de correlación (CR) intraclase valorando los

correspondientes intervalos de confianza al 95% con el valor de p, considerando significativo valores < 0,05. Análisis software SPSS v28.

Resultados: Comparación VO₂ real frente al calculado por fórmula Bruce EC: CR 0,762 (0,635-0,845) (p < 0,001) y diferencia de medias emparejadas (DME) 2,81, siendo superior el calculado por EC que el medido directo. Comparación VO₂ real frente al estimado por ergometría: CR de 0,733 (0,591-0,826) (p < 0,001) y DME de 12 ml/kg/min, siendo superior el calculado por EC que el medido directo. Comparación VO₂ (EC) con VO₂ por Fórmula Bruce: CR de 0,635 (0,089-0,648) (p < 0,001), observándose DME de 9, siendo superior el calculado por ergometría que por fórmula Bruce. Comparación VO₂ real con VO₂ calculado por EC en hombre, observamos CR de 0,434 (0,089-0,648) (p = 0,01), y una DME de 10. Así mismo en mujer, observamos CR de 0,687 (0,105-0,891) (p = 0,016) y DME de 4. Siendo en ambas superior el calculado por EC que el medido directo.

Conclusiones: Observamos una correlación directa entre el VO₂ real y el estimado por EC, siendo este último superior al real de hasta 12 ml/kg/min. Es necesario conocer esto para poder determinar correctamente que tipo de esfuerzo puede o no realizar un paciente.

673/37. COMPARACIÓN DEL CÁLCULO DE LOS UMBRALES POR MÉTODO DIRECTO POR ERGOESPIROMETRÍA (EE) FRENTE AL CALCULADO POR ESTIMACIÓN POR ERGOMETRÍA CONVENCIONAL (EC)

Eloisa Mariscal López, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Julia Jiménez Ranchal, Susana Pérez Córdoba y Carlos Antonio Martín Alfaro

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La ergoespirometría (EE) nos permite el cálculo de manera directa de las frecuencias cardíacas (FC) y el VO₂ en cada uno de los umbrales, lo que es de gran utilidad para programas de entrenamiento y rehabilitación cardíaca. A diferencia de la EE en la que la medición se realiza de manera directa, en EC los umbrales se estiman a través de fórmulas calculadas de una serie de pacientes ajustados por edad, sexo y variables antropométricas, lo cual conlleva un margen de error. Su conocimiento es importante para la realización de un programa adecuado y seguro en pacientes cardíacos. El objetivo es observar la diferencia que existe en la medición de la FC en el primer umbral (VT1) y segundo umbral (VT2) calculados de manera directa por EE y la estimada por EC.

Métodos: Estudio de 86 EE realizadas entre mayo de 2022 y enero de 2023. Analizamos la FC del VT1 y del VT2 medidas de manera directa por EE y la comparamos con las estimadas de manera indirecta por EC. Se realiza análisis de concordancia utilizando coeficiente de correlación (CR) intraclase valorando los correspondientes intervalos de confianza al 95% junto con el valor de p considerando significativo valores inferiores < 0,05. Análisis con software SPSS v28.

Resultados: Al comparar en hombres la FC en VT1 real frente a la FC estimada en VT1, observamos CR de 0,28 (-0,171-0,554) (p no significativa (NS)). Así mismo en VT2 observamos CR de 0,36 (-0,051-0,606) (p NS). Al comparar en mujeres la FC en VT1 real frente a la FC estimada en VT1, observamos CR de 0,58 (-0,234-0,861) (p NS). Así mismo en VT2 observamos CR de 0,673 (-0,019-0,895) (p NS). En resumen al comparar la FC real frente a estimada en VT1 y VT2 en ambos sexos, todos los CR eran no significativos por lo que podemos decir que no existe correlación entre medias emparejadas de estas FC.

Conclusiones: No existe correlación entre el cálculo de FC en VT1 y VT2 de manera directa por EE y los estimados por EC,

por lo que para saberlos con exactitud es necesario realizar una ergoespirometría.

673/38. CONSECUENCIAS CORONARIAS NO INMEDIATAS EN PACIENTES CON DEXTROTRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CORREGIDOS MEDIANTE TÉCNICA DE JATENE

Miriam Ana Jiménez González,
María Inmaculada Navarrete Espinosa,
Marta Alcala Ramírez del Puerto y Cristóbal A. Urbano Carrillo
Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La dextrotransposición de grandes arterias (D-TGA) es la segunda cardiopatía congénita cianotizante más frecuente y la corrección quirúrgica mediante switch arterial (Jatene) es actualmente su tratamiento de elección frente a otras (Mustard y Senning). La traslocación de las arterias coronarias sabemos que aumenta la probabilidad de eventos coronarios (EV) a corto plazo, pero sus consecuencias a más largo plazo han sido poco estudiadas. Nuestro objetivo fue evaluar las consecuencias coronarias a largo plazo del switch arterial y sus repercusiones sobre clase funcional (CF) con respecto a otras estrategias de tratamiento quirúrgico.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años con corrección quirúrgica de D-TGA incluidos en Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto (2019-2022). Se observó la incidencia y características de EV (isquemia miocárdica con o sin necrosis celular) diagnosticados mediante prueba de imagen (coronariografía o TAC de coronarias). La clase funcional se valoró mediante la escala NYHA. Se descartó a los pacientes corregidos con Rastelli o cuyo EV no se relacionó con una anatomía coronaria consecuencia del switch arterial.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, 65% hombres, edad media 25 años y mediana 22. El 64% se corrigió con Jatene. La incidencia total de EV fue 11,6% (70% en grupo Jatene). El riesgo de padecer evento coronario con Jatene fue mayor que mediante corrección fisiológica (RR 1,5). En grupo Jatene ningún paciente debutó con clínica típica. La media total de CF fue de 1,5 (el 84% en Jatene presentaba CF 1). En Jatene existe un 8% con NYHA2 no estudiados para EV.

Conclusiones: La incidencia de EV no inmediatos en pacientes con D-TGA sometidos a corrección mediante técnica de Jatene es mayor que tras corrección fisiológica. Estos EV no se presentan con clínica típica, posiblemente por la denervación cardíaca durante el procedimiento. Sin embargo, la CF en estos pacientes se mantuvo menor que en los corregidos con técnicas fisiológicas. Nos planteamos si la causa de paciente con CF > 1 no estudiados para EV se debe al infradiagnóstico por la clínica atípica o a causas no coronarias.

673/39. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE CASTELLI EN PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Candy Ceballos Gómez, Marta Alcala Ramírez del Puerto,
Leopoldo Fernández Ruz, Javier Mora Robles
y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: Evaluar el riesgo cardiovascular considerando únicamente el valor de cLDL resulta insuficien-

te. El uso de índices lipoproteicos, como el índice de Castelli (IC) (CT/cHDL), aporta información con mayor valor predictivo de eventos cardiovasculares que sus componentes aislados, al reflejar el desequilibrio existente entre el colesterol vehiculizado por lipoproteínas aterogénicas y protectoras, relacionándose, además, con el tamaño y densidad de las partículas lipídicas. Nuestro objetivo es conocer el perfil lipídico y prevalencia del IC elevado en la población a estudio, así como determinar el papel de este cociente como predictor de SCACEST vs. SCASEST.

Métodos: Se recogieron datos epidemiológicos, analíticos y clínicos de 89 pacientes de entre 18 y 65 años ingresados tras SCA, desde junio a diciembre de 2022. Realizamos un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y frecuencias para cualitativas. Para evaluar diferencias en el tipo de SCA y la complejidad de la coronariografía según el valor de IC, se llevó a cabo el test chi-cuadrado, estableciéndose la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: El 79,8% eran varones y la edad media fue 55,17 años ($\pm 7,59$). En cuanto a FRCV, el 75,3% eran fumadores, 53,9% hipertensos y 27% diabéticos. Respecto al perfil lipídico estándar, los valores promedio (mg/dL) fueron: CT 159,56 ($\pm 40,87$), cHDL 35,1 ($\pm 8,53$), cLDL 93,29 ($\pm 35,46$), TG 155,12 ($\pm 60,94$). Estudiamos otras moléculas participantes en el metabolismo lipídico (mg/dL): ApoB 98,79 ($\pm 26,17$), Lp(a) 47,44 ($\pm 61,68$). Con estas variables calculamos varios índices: cLDL/cHDL 2,76 ($\pm 1,15$), cLDL/ApoB 0,93 ($\pm 0,18$), TG/cHDL 4,72 ($\pm 2,3$) y el IC 4,71 ($\pm 1,37$), siendo > 3 en el 93,2%. Respecto al evento isquémico, el 53,9% de los pacientes presentó SCACEST y el 46,1% SCASEST. Al comparar ambos subgrupos, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,04$) en el valor de IC, siendo mayor en los pacientes con SCACEST. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la severidad de la afectación coronaria (TCI/3 vasos/monovaso).

Conclusiones: El 93,2% de los pacientes < 65 años con SCA presentó un IC > 3, suponiendo un riesgo aumentado de SCACEST. Sería necesario calcular de forma sistemática cocientes lipoproteicos, ya que constituyen factores predictores mayores de eventos cardiovasculares.

673/40. IMPACTO DEL CÁNCER EN PACIENTES CON IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA TRANSFEMORAL (TAVI) TRANSFEMORAL

Emilio José Amigo Otero¹, Elena Izaga Torralba¹,
Carlos Perea Alfaro¹, Santiago Camacho Freire¹,
Alba Abril Molina¹, Eladio Galindo Fernández¹, Omar Arají¹,
Jose F. Díaz Fernández², Rosa Cardenal Piris²
y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La evidencia en pacientes con implante de (TAVI) supervivientes de cáncer, cáncer activo o reciente y post-TAVI es escasa. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia y el impacto del cáncer en pacientes con implante de TAVI.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo desde febrero 2011-2023, 287 pacientes consecutivos con TAVI transfemoral. Se analizaron características basales, procedimiento y mortalidad en cuatro subgrupos (cáncer > 5 años preTAVI, cáncer < 5 años preTAVI o activo, cáncer post-TAVI y no oncológicos).

Resultados: Características basales: Edad media (años) 81 $\pm$ 6, Varones 52,3% (149), Hipertensión 93% (268), Diabetes 43% (124),

Dislipemia 70% (201), Enfermedad renal crónica 38% (109), Fibrilación auricular 34% (97), NYHA al implante $2,41 \pm 0,6$. Prevalencia cáncer 17% (48), Tipo cáncer: próstata 27% (13) mama 17% (8), Leucemia 15%.

Análisis por subgrupos: cáncer > 5 años preTAVI, cáncer < 5 años preTAVI o activo, cáncer post-TAVI y no oncológicos:

- proBNP: 6.221 vs. 15.850 vs. 4.410 vs. 1.263, $p = 0,021$
- Creatinina: 1,23 vs. 1,64 vs. 1,16 vs. 1,46 no significativo (ns)
- Plaquetas: 163.723 vs. 177.772 vs. 161.473 vs. 112.285 ns
- Tasa de mortalidad total: 38,5% vs. 55,6% vs. 26,3% vs. 44,4% $p = 0,321$
- Muerte cardiovascular (CV): oncológicos 15% vs. no oncológicos 31,1% $p = 0,261$
- Muerte por sangrado: oncológicos 5% vs. no oncológicos 7,7% $p = 0,380$
- Tiempo medio hasta muerte (años): 2,5

En el seguimiento medio 2,7 años (rango intercuartílico 0,8-3,27) no se apreciaron diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en términos de mortalidad. Sin embargo, hubo predictores de eventos (mortalidad) clásicos, no oncológicos: tabaquismo ($p = 0,003$), EPOC (para mortalidad total y CV 35% vs. 61%, HR 2,9 IC 1,55-5,42 $p = 0,001$ y 9,4 vs. 26% HR 3,39 IC 1,51-7,74 $p = 0,002$), ProBNP (6.325 vs. 11.147 $p = 0,028$), NYHA ($p = 0,10$). La curva de supervivencia no mostró diferencias significativas (log rank 0,250) entre oncológicos y no oncológicos ni por subgrupos (log rank 0,382).

Conclusiones: A pesar de que puedan existir diferencias numéricas no significativas, no se objetivan diferencias significativas en eventos CV duros entre oncológicos y no oncológicos sometidos a implante de TAVI, sin embargo, siguen existiendo factores predictores clásicos que pueden marcar el pronóstico (EPOC, tabaquismo, proBNP y NYHA).

673/41. CREACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO PARA ARRITMIAS VENTRICULARES EN LA FASE AGUDA DEL INFARTO

María Rivadeneira Ruiz, Paula Marín Andreu, Néstor García González, Álvaro Izquierdo Bajo, Rafael Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La incidencia de taquicardias ventriculares (TV) y fibrilación ventricular (FV) en la fase aguda del infarto (las primeras 24-48 horas) ha disminuido notablemente en las últimas décadas, probablemente debido a la ampliamente establecida terapia de reperfusión y al uso precoz de betabloqueantes. Sin embargo, según algunas series, el 6-8% de los pacientes continúan desarrollando TV hemodinámicamente inestables y FV durante esta fase. El objetivo de nuestro estudio es evaluar las características basales de los pacientes que sufren TV o FV en la fase aguda del infarto y crear un modelo predictivo de arritmias ventriculares en este escenario, que nos permita anticipar eventos arrítmicos.

Métodos: Desarrollamos un estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo a través de la revisión de la historia clínica registrada de pacientes con antecedente de síndrome coronario agudo con elevación del segmento-ST (SCACEST), ingresados en la Unidad de Cuidados Agudos Coronarios durante el periodo comprendido entre julio de 2011 y agosto de 2022.

Resultados: En nuestra cohorte de 1.668 pacientes diagnosticados de SCACEST, registramos 179 episodios de TV/FV (10,7%). La edad media de este subgrupo fue de $61,69 \pm 12,61$ años, el 78% eran hombres y el 56% fumadores. Aproximadamente un cuarto de los pacientes eran diabéticos, así como

obesos. Hubo un porcentaje muy bajo de infarto de miocardio previo (12%) o insuficiencia cardíaca (3%). Estimamos el mejor modelo predictivo (Cp de Mallows = 5,12) para la aparición de TV/FV. Las variables incluidas en nuestro modelo fueron: sexo masculino, ausencia de diabetes, hábito tabáquico, fibrinólisis previa, peor Killip al ingreso e hipotensión al ingreso. **Conclusiones:** La presencia de TV o FV en la fase aguda del infarto se continúa considerando un factor controvertido en el pronóstico de pacientes que sufren un SCACEST. En nuestra cohorte identificamos que los varones, fumadores y no diabéticos, así como el uso de fibrinólisis previo a la coronariografía y la peor situación hemodinámica al ingreso fueron factores independientes de desarrollar TV/FV en este contexto.

673/42. MORTALIDAD DEL IQI16 DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2022 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana María Campos Pareja, Antonio Javier Ramos Guerrero, Jesús Díaz Rodríguez, Carmen Varea Rodríguez, Inmaculada Palacios García, José Antonio Guerrero Durán, María Abad Arranz, Jara Palomares, Daniel Francisco Aparicio Sánchez y Agueda Molinos Quintana

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

Introducción y objetivos: La Agency for Healthcare Research and Quality ha elaborado un conjunto de indicadores de calidad de la asistencia sanitaria basados en la información recogida en los CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Aunque no proporcionan medidas definitivas, ayudan al análisis de la calidad asistencial, especialmente si se realiza periódicamente. Desde la Comisión de Mortalidad de nuestro hospital quisimos analizar la mortalidad hospitalaria atribuible al IQI16 durante el primer semestre del año 2022.

Métodos: Analizamos las características demográficas, clínicas y del ingreso hospitalario de los pacientes que resultaron éxitos en nuestro hospital desde enero a junio de 2022, cuyo diagnóstico fundamental fue IQI16, a través de los datos proporcionados por el Servicio de Documentación de nuestro centro a partir del CMBD.

Resultados: La tasa de mortalidad atribuible al IQI16 fue del 10,93%. La edad media fue de 83 años. El 36,4% de los pacientes eran varones. La estancia media fueron 8,5 días. El 62% de los fallecimientos ocurrieron en Medicina Interna. La función ventricular estaba conservada en el 10%. El 25% eran isquémicos. Había síndrome cardiorenal en más del 60%. El 50% tenían criterios de fragilidad moderados o severos. Destacaba la presencia de desnutrición, según el Índice CONUT, moderada o severa en el 70% de los éxitos y normalmente no valorada en las historias clínicas. La clase funcional previa del 85% de ellos era NYHA III-IV.

Existía gran limitación en el uso de las terapias farmacológicas recomendadas. Solo al 18% de los pacientes se les prescribió tratamiento betabloqueante. La principal causa de muerte fue «parada cardiorrespiratoria», seguida de «insuficiencia cardíaca terminal» en el 22% y de «sepsis» en el 12%.

Conclusiones: La tasa de éxitos por el IQI16 en nuestro hospital se mantiene en torno al 11%, con ligeras variaciones respecto a los últimos años. Son pacientes añosos y frágiles, que requieren de un abordaje multidisciplinar. Sería recomendable integrar en la valoración global del paciente el perfil nutricional, y optimizar el tratamiento siempre que sea posible. Destaca en los informes de éxitos analizados la inexactitud que supone la «parada cardiorrespiratoria» como causa principal de muerte en estos pacientes.

673/43. INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR TAQUICARDIA

Marta Lucas García, Álvaro Izquierdo Bajo, Rocío Cózar León, Marinela Chaparro Muñoz, María José Valle Caballero e Irene Méndez Santos

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia mitral (IM) secundaria en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección deprimida constituye un factor de mal pronóstico, empeoramiento clínico y mayor mortalidad. Sin embargo, desconocemos su incidencia e impacto en pacientes con miocardiopatía inducida por taquicardia (MIT).

Métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de pacientes diagnosticados de MIT entre septiembre de 2012 y 2020. La MIT se definió como recuperación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 15\%$ tras el control de la frecuencia cardiaca en pacientes con disfunción VI. Se evaluaron parámetros demográficos, clínicos y ecocardiográficos antes y después de la recuperación de la FEVI. Se clasificaron según el grado de IM al diagnóstico de disfunción ventricular: grupo 1, ninguna o IM leve; grupo 2, IM moderada (grado II); grupo 3, moderada-severa e IM severa (grado III y IV). Se analizaron las diferencias en la recuperación del FEVI entre los grupos.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes, 91 del grupo 1, 20 del grupo 2 y 16 del grupo 3; de ellos 83 pacientes (91,2%) tenían IM secundaria. La arritmia más frecuente fue la fibrilación auricular (75,2%), seguida del flutter (22,1%). La FEVI media al diagnóstico fue del 33,6%, aumentando a 55,8% tras 11,4 meses de seguimiento. Los pacientes del grupo 3, al diagnóstico tenían una FEVI inferior (33,7% vs. 29,9%; $p = 0,03$) que los pacientes del grupo 1 y 2. Durante el seguimiento, todos los pacientes mejoraron el grado de IM, (excepto los únicos dos pacientes con IM orgánica severa); con mayor variación de la FEVI (recuperada-inicial) en aquellos con IM secundaria del grupo 3 que en los pacientes sin IM significativa (28,4% vs. 21,7%, $p < 0,01$). Sin haber diferencias en la FEVI final entre los grupos.

Conclusiones: Entre los pacientes con MIT, casi el 13% desarrollaron IM grado III o IV, estos pacientes, además, presentaban una FEVI inferior al diagnóstico. Sin embargo, los pacientes con IM secundaria significativa (III-IV) tuvieron una mejoría mayor de la FEVI que el resto de los pacientes; sin diferencias en la FEVI final entre los grupos. Se necesitan más estudios para conocer el impacto pronóstico de la IM significativa en esta enfermedad.

673/44. CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

Marta Lucas García, Alejandro Gómez González, Gloria Padilla Rodríguez, María del Carmen López Flores, Néstor García González y María del Mar Martínez Quesada

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RC) se ha consolidado como un pilar fundamental en la recuperación de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo, con ello se ha conseguido una mayor adherencia terapéutica, así como un mejor control de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV).

Métodos: Estudio descriptivo donde se incluyeron un total de 664 pacientes ingresados en la Unidad Coronaria durante los años 2017-2020 por Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST), se analizaron 313 pacientes, excluyendo éxitos en el primer año o ausencia de seguimiento cardiológico. Se clasificaron según su participación en un programa de RC. En ambos grupos se compararon antecedentes, tratamiento hipolipemiente (tanto previo como al alta y titulación), niveles lipídicos al alta y al año de seguimiento y grado de cumplimiento de objetivos lipídicos. Se observó la mortalidad y nuevos eventos en un seguimiento a 2 años.

Resultados: Se incluyeron 313 pacientes ingresados por SCACEST (edad media $59,9 \pm 11,2$) con predominio de sexo masculino (81%). El 55,3% de los pacientes realizó el programa de RC, presentando este grupo una edad media menor ($55,46 \pm 8,7$ vs. $65,39 \pm 11,5$ $p < 0,001$), así como una mayor frecuencia de cardiopatía isquémica precoz y tabaquismo, siendo menos frecuente la hipertensión arterial y diabetes mellitus. El tratamiento hipolipemiente al alta fue similar en ambos grupos. En los pacientes que realizan RC hubo un menor nivel de colesterol total y LDL al año ($126,2 \pm 27$ vs. $137,2 \pm 34$, $p = 0,002$; $57,8 \pm 23$ vs. $67,5 \pm 26$, $p < 0,001$) y se consiguió una mayor reducción de LDLc (41,4% vs. 20,86%, $p < 0,001$) incluso partiendo de valores mayores de LDLc iniciales. La titulación del tratamiento hipolipemiente también fue mayor, consiguiéndose el antiguo objetivo de LDLc < 70 en un mayor número de casos (81,5% vs. 59,3%, $p < 0,001$). Al año de seguimiento se consiguió el nuevo objetivo lipídico (LDL < 55 + reducción del 50%) en solo 26,8% de los pacientes, consiguiéndose una mayor reducción en el grupo de RC (34,1% vs. 17,9%; $p = 0,02$).

Conclusiones: La participación en un programa de RC se asocia a un mejor control lipídico en pacientes con SCACEST. Dichos programas representan una herramienta básica para conseguir unos objetivos de LDL cada vez más exigentes.

673/45. REPERCUSIÓN SOBRE LA ESTANCIA MEDIA DE LA REALIZACIÓN DEL VEXUS COMO GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DEPLETIVO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca es una patología muy prevalente que asocia numerosas comorbilidades. Gracias al desarrollo de técnicas diagnósticas como el VExUS podemos guiar el tratamiento de forma individualizada en estos pacientes. Planteamos si la realización de dicha técnica supone un aumento de la estancia media en estos pacientes y por tanto valorar la rentabilidad de la misma.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo de pacientes ingresados en planta de cardiología por insuficiencia cardiaca donde valoramos características clínicas, complejidad (medida con el índice de CHARLSON) y estancia media de estos pacientes.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 101 pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, dividiendo la muestra entre pacientes a los que no se realizó el VEXUS ($n = 89$), y un pequeño grupo de pacientes a los que se realizó VEXUS al ingreso y al alta ($n = 12$). Se comparó ambos grupos consiguiendo características similares: Edad media 72,7 vs. 69,6 años; complejidad contemplada con CHARLSON 6,42 vs. 5,1; FEVI durante el ingreso 43,6 vs. 40%; NT-ProBNP al ingreso 12.769,7 vs. 7.955. El grado de congestión medido mediante VexUS varió al ingreso en: Grado 0 = 0%, Grado 1 = 16,6%, Grado 2 =

33,3%, Grado 3 = 50%; y al alta se catalogó en: Grado 0 = 50%, Grado 1 = 25%, Grado 2 = 16, Grado 3 = 8,3%. Finalmente se analizó la estancia media, encontrando valores semejantes o incluso ligeramente inferiores (10,75 vs. 12,3 días) en el grupo del VExUS.

Conclusiones: En nuestro estudio, pese a la limitación del tamaño muestral, reflejamos como la realización del VEXUS puede ayudarnos a guiar de forma objetiva el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Al contrario de lo que pueda resultar, la realización de dicha prueba diagnóstica no prolongó la estancia media en nuestros pacientes, incluso parece facilitar una terapia individualizada que podría llegar a reducir el tiempo de hospitalización en esta población.

673/46. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE CARDIOLOGÍA POR INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI PRESERVADA Y REDUCIDA EN UN ANÁLISIS OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO

José Gregorio Soto Rojas, María Victoria Alférez Zamora, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca es una entidad clínica que se ha subdividido clásicamente según los valores de fracción de eyección con finalidades terapéuticas pese a encontrar en cada grupo numerosas etiologías y características clínicas diferentes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde analizamos datos de 103 pacientes ingresados en planta de cardiología por insuficiencia cardíaca. Valoramos los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como FEVI, etiología y eventos adversos.

Resultados: Dividimos nuestra muestra en 3 grupos en función de la FEVI encontrando FEVI preservada (> 50%) con N = 36; ligeramente reducida (40-50%) con N = 18 y reducida (< 40%) con una N = 47. Analizamos la media de estancia (13,9% vs. 8,2% vs. 12,53%); edad (72,8% vs. 73,6% vs. 66%) y NTproBNP al ingreso (5138,9 vs. 8102,6 vs. 11646,85). Comparamos también los diferentes factores de riesgo, encontrando diferente prevalencia de diabetes (27,3% vs. 61,1% vs. 59,6%); hipertensión (66% vs. 89,9% vs. 61%); dislipemia (54% vs. 66,7% vs. 48,9%); Obesidad (45,5% vs. 33,3% vs. 34%); tabaquismo actual o previo (33,3% vs. 38,9% vs. 42,5%); Enfermedad renal (con FG < 30 mL/min/1,73 m²); FA o Flutter (69,7% vs. 66,7% vs. 53,2%); déficit absoluto o relativo de hierro (24,3% vs. 55,5% vs. 36,1%). Asimismo, comparamos las diferentes etiologías en dichos grupos encontrando como causa más frecuente en FEVI preservada la valvular (39,4%), en ligeramente reducida la causa isquémica 33,3%, y en reducida la idiopática (34%). Por último, apuntamos los diferentes eventos adversos en un mes desde el alta en estos grupos, catalogándolas como descompensaciones (24,2% vs. 11,1% vs. 5,3%); Reingreso (23,1% vs. 18,8% vs. 5,3%) y mortalidad (11,1% vs. 0% vs. 9,7%).

Conclusiones: Encontramos en nuestra muestra una alta prevalencia en FEVI preservada de pacientes con valvulopatía como etiología de la misma, por tanto con una menor tasa de FRCV asociados, y dada su complejidad, mayor número de descompensaciones y reingresos. En el grupo de FEVI reducida encontramos pacientes más jóvenes, también con una tasa de complicaciones no desdeñables. Como vemos, se trata de una patología heterogénea donde tenemos que tener en cuenta las diferentes etiologías, e individualizar en cada caso tratamiento y técnicas diagnósticas para lograr un manejo óptimo de estos pacientes

673/47. MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS, UN VISTAZO A LO DESCONOCIDO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Miriam Ana Jiménez González, Candy Ceballos Gómez y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La miocardiopatía de estrés afecta en torno al 1-2% de pacientes con SCA, asociando un curso clínico muy variable y estando su patogénesis aún no del todo aclarada. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica existente a raíz de un caso recurrente en nuestro centro en su forma típica e invertida en paciente consumidor de cocaína.

Métodos: Se han revisado los casos y estudios sobre el tema publicados en Pubmed en los últimos años, seleccionando los datos más relevantes. Para ello se han empleado los términos: «Tako-Tsubo», «Tako-Tsubo recurrence» y «atypical Tako-Tsubo».

Resultados: A lo largo de los años se ha asociado al Tako-Tsubo con un exceso de catecolaminas, disfunción vascular coronaria y factores predisponentes como trastornos psiquiátricos y/o neurológicos y predisposición genética con posible base poligénica. Más frecuente en mujeres posmenopáusicas, suele desencadenarse por estrés emocional (36% del Registro Internacional de Tako-Tsubo o RIT), físico (27,7%) o ambos (7,8%), aunque un 28,5% no presentaba desencadenantes. Su forma más frecuente es la apical, presente en el 81,7% de los pacientes del RIT; siendo más raro Tako-Tsubo invertido (2,2%). Aún menos frecuente es la tasa de recurrencia anual de esta patología, con un 1,5% y siendo el sexo femenino, el tiempo desde primer episodio, IMC bajo y EPOC, entre otros, posibles predictores de la misma. Se han descritos casos de recurrencias con distintos patrones de balonización y desencadenantes, lo que cuestiona ciertas teorías fisiopatológicas tradicionalmente defendidas. Los síntomas más observados son dolor torácico, disnea y tos, desarrollando algunos pacientes taquiarritmias, bradiarritmias, shock cardiogénico (10%) o muerte súbita. Aunque previamente se tendía al uso de betabloqueantes estos no parecen proteger de las recurrencias, al contrario de lo observado con los IECA y ARA II, más recomendables.

Conclusiones: El Tako-Tsubo entra dentro del diagnóstico diferencial del SCA, siendo una causa nada despreciable. Los IECA/ARA II parecen cobrar fuerza como tratamiento de prevención de recurrencias, quedando los betabloqueantes relegados a un segundo plano. El seguimiento a largo plazo y el cese de los posibles factores son el primer paso y el más importante en la prevención de la enfermedad.

673/48. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO DERECHO EN LARGOS SUPERVIVIENTES DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

Gloria María Heredia Campos, Rafael González Manzanares, Consuelo Fernández-Avilés Irache, Adriana Resua Collazo y Juan Carlos Castillo Domínguez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La valoración ecocardiográfica de los largos supervivientes de cáncer se centra en la valoración de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Hay pocos datos referentes a la función sistólica del ventrículo derecho (FSVD) en estos pacientes. Nuestro objetivo fue comparar la

FSVD de largos supervivientes de leucemia aguda linfoblástica diagnosticada en edad pediátrica con un grupo control de hermanos sanos.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyó a los pacientes diagnosticados de LAL con edad menor a 18 años en un único centro entre los años 1985-2015. Se conformó un grupo control con hermanos sanos que aceptaron participar en el estudio. Se cuantificó la FSVD mediante parámetros convencionales y strain, utilizando un software de cuantificación automática (AutoStrain, Tomtec). Mediante regresión lineal se analizaron factores asociados con el strain de pared libre del ventrículo derecho (RVFWLS).

Resultados: Se muestran las características de los 90 largos supervivientes incluidos y los controles. De los supervivientes, 37,8% eran mujeres y la mediana de tiempo desde el diagnóstico fue 18 [11-26] años. Las medidas de FSVD de los supervivientes se encontraban reducidas en comparación con el grupo control. En un modelo multivariable de regresión lineal incluyendo la edad, el sexo, la dosis acumulada de antraciclinas, tabaquismo y obesidad como covariables, la obesidad fue el único factor independientemente asociado al RVFWLS ($p = 0,049$, $\beta = -0,237$), de forma inversa.

Conclusiones: En esta cohorte de largos supervivientes de leucemia aguda linfoblástica, los parámetros de FSVD se encontraban reducidos en comparación con un grupo control de hermanos sanos. La obesidad fue el único factor independiente asociado a una reducción en el RVFWLS.

673/49. DATOS EN VIDA REAL DE LA ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN ANCIANOS. ¿POR QUÉ NO?

Carlos Perea Alfaro, Marina Pérez Fernández, Marina Fernández Aragón, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: La estimulación fisiológica (EF) está reemplazando a la estimulación clásica en todas sus indicaciones. No obstante, se sigue siendo muy selectivo seleccionando a los pacientes no ofreciéndose en ocasiones a ancianos dudando su beneficio. El objetivo es describir nuestros datos en vida real sobre la EF en ancianos.

Métodos: Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de mayores de 80 años que han precisado estimulación (enero 2019-diciembre 2022), en los que se ha realizado EF. Analizamos: éxito del implante, umbrales agudos y al año, tiempo de escopia y procedimiento, y complicaciones. Las variables son expresadas como media y desviación estándar.

Resultados: N: 321 pacientes, edad 85 ± 4 , 47% mujeres, 90,3% HTA, 43,3% DM, 57,6% DLP, 14% EPOC, 22,8% ERC. Indicación: 60,8% bloqueo AV, 6,4% ablación de nodo, 5,1% TRC, 14,1% disfunción sinusal, 5,5% FA lenta y 8% síncope y trastorno avanzado de conducción. Se realizó EF en 80,7% (48,6% EH, 13,7% en rama izquierda (RI) como 1.ª opción, 18,4% en RI por fallo en EH); no se intentó en 19,3%. Desglosando por años, con la consolidación de la técnica ha incrementado la intención de tratar (IT): 50,8% IT en 2019 y éxito 93,7% (75% His, 18,75% RI); 76% IT en 2020 y éxito 98,4% (50,7% His, 47,7% RI); 84,7% IT en 2021 y éxito 98,6% (47,2% His, 51,4% RI); y 95,3% IT en 2022 con éxito 93% (64,4% His, 28,7% RI). Respecto a umbrales, en el global de la muestra, umbral agudo (V a 0,4 ms) hisiano: $1,23 \pm 0,87$ vs. RI: $0,88 \pm 0,77$, ($p < 0,05$), y al año (V a 0,4 ms) hisiano: $1,4 \pm 0,78$ vs. RI:

$0,75 \pm 0,23$, ($p < 0,05$). El tiempo de procedimiento (minutos): $72,5 \pm 29$ en His vs. $89,3 \pm 30$ en RI, $p = 0,13$, y tiempo de escopia: $8,7 \pm 7,7$ en His vs. $6,8 \pm 2,3$ en RI, $p = 0,5$. Respecto a complicaciones: 3 dislocaciones de electrodo en His, 4 del electrodo en RI, 4 infecciones de bolsa, y 5 elevación de umbrales en el seguimiento.

Conclusiones: Los datos en vida real de nuestra serie muestran que la EF es segura y efectiva en pacientes ancianos, ofreciéndoles los beneficios ya conocidos de la mismas, y sin más riesgos ni complicaciones que los descritos en series clásicas de estimulación convencional.

673/51. INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA: IMPACTO PRONÓSTICO SEGÚN LOS INGRESOS PREVIOS

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), el empeoramiento sintomático que precisa ingreso hospitalario podría ocurrir en cualquier etapa de la evolución de la enfermedad. Estos pacientes y aquellos con un ingreso por IC en el año previo al seguimiento parecen asociar diferentes comorbilidades y un peor pronóstico a largo plazo. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según el número de ingresos previos por IC al inicio del seguimiento, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEr que fueron clasificados según la presencia ingresos previos por IC: Grupo 1 (0-1 ingreso previo) y Grupo 2 (≥ 2 ingresos previos) y se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos. Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de mortalidad y reingresos hospitalarios por IC.

Resultados: Se analizaron un total de 406 pacientes. La edad media fue $67,3 \pm 12,6$ años, con predominio de sexo masculino (73,9%). Un total de 361 pacientes (88,9%) pertenecían al Grupo 1 y 45 pacientes (11,1%) al Grupo 2. En el Grupo 1, hubo una mayor proporción de taquimiocardiopatía (12,2% vs. 0%; $p = 0,009$) y una menor prevalencia de dislipemia (58,9% vs. 88,9%; $p < 0,001$), fibrilación auricular (49,9% vs. 73,3%; $p = 0,003$), enfermedad renal crónica (ERC) (36,3% vs. 82,2%; $p < 0,001$) y anemia (28,8% vs. 53,3%; $p = 0,001$), así como menor proporción de QRS ancho (37,8% vs. 63,2%; $p = 0,003$), menores niveles basales de NT-proBNP (6.297 [IQR 3.981,8-18.075,8] vs. 4.640 [IQR 1.873-10.431]; $p = 0,005$) y menor diámetro diastólico basal ($62,2 \pm 8,3$ vs. $65,3 \pm 8,2$ mm; $p = 0,032$), sin diferencias en la FEVI basal. En el seguimiento, se observó una mayor prevalencia de mejoría de FEVI en el Grupo 1 (46,7% vs. 4,8%; $p < 0,001$). En el tratamiento basal, el Grupo 2 tuvo mayor proporción de diuréticos de asa (78,4% vs. 95,6%; $p = 0,005$), tiacidas (16,3% vs. 35,6%; $p = 0,004$), DAI (6,9% vs. 22,2%; $p = 0,001$) y TRC (2,5% vs. 22,2%). Con un seguimiento medio de 60 meses, el Grupo 2 tuvo mayor tasa de reingresos hospitalarios (37,5% vs. 92%; $p < 0,001$) y mayor mortalidad por IC (26,2% vs. 71,9%; $p < 0,001$), con diferencias desde etapas tempranas del seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes con ≥ 2 ingresos previos por IC presentan un mayor tiempo de evolución de la enfermedad,

menor prevalencia de mejoría de FEVI, mayor proporción de comorbilidades como fibrilación auricular, anemia y ERC y mayor necesidad de diuréticos y DAI-TRC. Estos pacientes parecen tener un peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de mayor reingresos y mortalidad por IC.

673/52. CARACTERIZACIÓN E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ETIOLOGÍA ISQUÉMICA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DEPRIMIDA

Jorge Perea Armijo, Gloria María Heredia Campos, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es la causa del 50-60% de los casos de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (IC-FEVIr). El impacto de la etiología isquémica en la mejoría de la FEVI y en el pronóstico permanece incierto. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial entre etiología isquémica y no isquémica, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEVIr de práctica clínica real. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes con IC-FEVIr de etiología no isquémica (Grupo 1) y de etiología isquémica (Grupo 2). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de mortalidad y reingresos hospitalarios por IC.

Resultados: Se analizaron 409 pacientes. 276 pacientes (67,5%) tuvieron etiología no isquémica y 133 pacientes (32,5%) etiología isquémica. El Grupo 2 tenía mayor edad ($65,8 \pm 13,3$ vs. $70,8 \pm 10,3$; $p < 0,001$), más hombres (68,1% vs. 86,5%; $p < 0,001$), mayor prevalencia de hipertensión arterial (62,3% vs. 76,7%; $p = 0,004$), diabetes mellitus (38,8% vs. 67,7%; $p < 0,001$), dislipemia (52,4% vs. 82,7%; $p < 0,001$), enfermedad renal crónica (34,4% vs. 56,4%; $p < 0,001$), anemia (24,3% vs. 47,4%; $p < 0,001$) y comorbilidad vascular (25,7% vs. 54,9%; $p < 0,001$) y menor de fibrilación auricular (56,2% vs. 44,4%; $p = 0,025$). En el Grupo 2 hubo una menor proporción de IC de novo (60,1% vs. 45,1%; $p = 0,004$) con un mayor tiempo de evolución de la IC ($24,4 \pm 48,8$ vs. $61,5 \pm 89,3$; $p < 0,001$), una menor proporción de pacientes que mejoraban la FEVI en el seguimiento (51,6% vs. 21,1%; $p < 0,001$) y una mayor concentración de NTproBNP basal (4.463 [IQR 1.976-1.0431] vs. 5.746 [IQR 2.336,5-13.789]; $p = 0,039$). En cuanto al tratamiento basal, en el Grupo 1 hubo una mayor prescripción de antagonistas de receptores mineralocorticoides (78,3% vs. 63,9%; $p = 0,002$) y menos implante de DAI (6,5 vs. 14,3%; $p = 0,01$), sin diferencias en el resto del tratamiento. Con una media de seguimiento de 60 meses, el Grupo 2 tuvo una mayor tasa de reingresos (39% vs. 50,3%; $p < 0,01$) y mayor mortalidad por IC (26,8% vs. 41%; $p < 0,01$), con diferencias desde etapas tempranas.

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEVIr de etiología isquémica asocian un mayor número de comorbilidades, un menor porcentaje de IC de novo, mayor tiempo de evolución de la IC, menor porcentaje de mejoría de la FEVI y mayor concentración de NTproBNP basal. En nuestra población, estos pacientes asocian peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de ingresos hospitalarios y mortalidad por IC, con diferencias desde etapas tempranas.

673/53. CARACTERIZACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA EN EL SEXO FEMENINO EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Jorge Perea Armijo, Gloria María Heredia Campos, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Se estima que entre el 30-50% de los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (IC-FEVIr) son mujeres. En esta población, la IC-FEVIr parece presentar diferencias en cuanto a las características clínicas, etiología y optimización del tratamiento. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial en cuanto al sexo y su impacto en el pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEVIr de práctica clínica real. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes de sexo masculino (Grupo 1) y de sexo femenino (Grupo 2). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 409 pacientes. La edad media fue de $66,5 \pm 10,4$ años, con un total de 106 mujeres (25,9%). Se encontró una menor prevalencia de fumadores (13,1% vs. 53,7%; $p < 0,01$), exfumadores (3,6% vs. 16,6%; $p < 0,01$) y EPOC (23,1% vs. 4,7%; $p < 0,001$), una mayor prevalencia de anemia (29% vs. 39,6%; $p = 0,044$), así como menor etiología isquémica (17% vs. 38%; $p < 0,001$) y mayor oncológica (2,6% vs. 7,5%; $p = 0,025$) en el Grupo 2, sin diferencias en otras comorbilidades ni etiologías. En el Grupo 2, hubo una mayor prevalencia de IC de novo (51,5% vs. 66%; $p = 0,009$) con menor tiempo de evolución de IC ($35,7 \pm 68,4$ vs. $16 \pm 44,4$; $p = 0,001$), sin diferencias en la proporción de pacientes con ≥ 2 ingresos previos al inicio del seguimiento. No hubo diferencias entre ambos grupos en la FEVI basal, en la proporción de pacientes con mejoría de FEVI ni en los valores basales de NT-proBNP y CA-125. En el tratamiento basal, solo se observó mayor proporción de iSGLT2 (21,5% vs. 10,4%; $p = 0,012$) en el Grupo 1, sin diferencias en el resto del tratamiento. Con una mediana de seguimiento de 60 meses, no hubo diferencias en cuanto a reingresos hospitalarios (42,9% vs. 50,2%; $p = 0,200$) ni mortalidad por IC (30,5% vs. 40,8%; $p = 0,771$) entre ambos grupos.

Conclusiones: Las mujeres con IC-FEVIr presentan una mayor prevalencia de IC de novo con menor tiempo de evolución de IC, menor proporción de etiología isquémica y EPOC y mayor prevalencia de etiología oncológica y anemia. En nuestra población, las mujeres parecen tener un pronóstico similar a los hombres en términos de reingresos y mortalidad por IC.

673/54. CARACTERIZACIÓN E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ANEMIA Y DEL PERFIL ANÉMICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La anemia es una comorbilidad frecuente en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) y cuya asociación implica un

peor pronóstico. El perfil anémico en estos pacientes es variable y parece asociar un peor pronóstico. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según la presencia y tipo de anemia y su impacto en el pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEr de práctica clínica real. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes sin anemia (Grupo 1) y pacientes con anemia (Grupo 2) y, dentro de este grupo, se analizó el perfil anémico según el volumen corpuscular medio y la hemoglobina corpuscular media. Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron un total de 409 pacientes. La mediana de edad fue 69[IQR 59-77] años, con predominio de sexo masculino (74,1%). Un total de 279 pacientes (68,2%) pertenecían al Grupo 1 y 130 pacientes (31,8%) al Grupo 2. En el Grupo 2 había mayor proporción de pacientes con ≥ 2 ingresos previos por IC (7,6% vs. 18,8%; $p = 0,001$), hipertensión arterial (61,3% vs. 79,2%; $p < 0,001$), diabetes mellitus (43,4% vs. 58,5%; $p = 0,004$), dislipemia (55,4% vs. 76,9%; $p < 0,001$), enfermedad renal crónica (26,5% vs. 73,8%; $p < 0,001$), QRS ancho (33,6% vs. 55,5%; $p > 0,001$) y etiología isquémica (25,1% vs. 48,5%; $p < 0,001$). En cambio, el Grupo 1 tenía mayor prevalencia de IC de novo (58,8% vs. 47,7%; $p = 0,036$), NYHA I-II (85,3% vs. 69,2%; $p > 0,001$) y mayor proporción de mejoría de FEVI (51,4% vs. 19,8%; $p > 0,001$). En cuanto al tratamiento basal, en el Grupo 1 hubo mayor proporción de IECA/ARAII (61,3% vs. 48,5%; $p = 0,015$), antialdosterónicos (79,2% vs. 61,5%; $p < 0,001$) y menor proporción de TRC (2,9% vs. 8,5%; $p = 0,012$) y diurético de asa (74,9% vs. 91,5%; $p < 0,001$). Con un seguimiento medio de 60 meses, el Grupo 2 tuvo mayor tasa de reingresos hospitalarios (26,4% vs. 83,3%; $p < 0,001$) y mayor mortalidad por IC (18,9% vs. 56%; $p < 0,05$), con diferencias desde el inicio. Además, con una mediana de 40 meses, se observó una mayor mortalidad por IC en aquellos pacientes con anemia macrocítica (14,8% vs. 38,4% vs. 79,8%; $p > 0,001$) e hipertrófica (24,1% vs. 42,8% vs. 67,2%; $p > 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEVIr y anemia asocian mayor proporción de comorbilidades, etiología isquémica, menor tendencia a mejoría de FEVI y peor clase funcional basal con mayor necesidad de tratamiento diurético. Estos pacientes parecen asociar un peor pronóstico a medio-largo plazo en términos de reingresos y mortalidad por IC, habiendo mayor mortalidad en aquellos con anemia macrocítica e hipertrófica.

673/55. CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS LIPÍDICOS ANTES Y DESPUÉS DE LAS GUÍAS DE DISLIPEMIA DE 2019. ESTUDIO OBSERVACIONAL

María del Carmen López Flores,
Gloria Rocío Padilla Rodríguez, Alejandro Gómez González,
Marta Lucas García, Luis López Flores,
María del Mar Martínez Quesada y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Tras un evento cardiovascular, se ha demostrado que una mayor reducción de cifras de colesterol se asocia a un mejor pronóstico. En este sentido, las nuevas guías de práctica clínica abogan por niveles objetivos cada vez más estrictos. Nuestro objetivo fue comprobar cambios en el uso de hipolipemiantes y consecución de objetivos lipídicos tras la publicación de las nuevas Guías de 2019 en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron 664 pacientes con Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST (SCACEST), estratificados en función del se-

guimiento en el primer año: realizado antes o después de la publicación de las Guías de Dislipemia de 2019. Los criterios de exclusión fueron fallecimiento o pérdida de seguimiento antes del año tras el evento. Las variables estudiadas fueron antecedentes; tratamiento hipolipemiente previo y al alta; niveles lipídicos al alta y al año; y tasa de cumplimiento de objetivos lipídicos. Se observó asimismo la mortalidad y nuevos eventos a los dos años.

Resultados: Se analizaron 313 pacientes, con edad media de 59,9 años y 81% varones. El 76% tenía IMC > 25 ; 52,9% hipertensión arterial; 25,6% diabetes mellitus; y 42,8% dislipemia. Un 9,9% tenía antecedente de infarto agudo de miocardio y un 4,5% de ictus. El 71,6% lograron cifras de colesterol LDLc < 70 mg/dl al año. El 34,2% logró el objetivo de LDLc < 55 + reducción $\geq 50\%$, principalmente en la era post-guía 2019 (48,6% vs. 21,9%, $p < 0,001$) debido a mayor tasa de titulación farmacológica (26,6% vs. 17,2%, $p = 0,04$) y un mayor uso de ezetimibe al alta (12,6% vs. 1,2%, $p < 0,001$). La titulación en el seguimiento fue mayor en la era pre-guías 2019 (33,1% vs. 20,1%, $p = 0,01$). Entre los pacientes que no alcanzaron objetivo, la tasa de titulación fue del 30,6%.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes no alcanza objetivos lipídicos en prevención cardiovascular. La aparición de recomendaciones cada vez más estrictas favorece la consecución de estos objetivos a través de estrategias terapéuticas más agresivas.

673/56. HIPOTIROIDISMO Y DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA: PRESENTACIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANGIOGRÁFICAS, MANEJO Y EVENTOS A LARGO PLAZO

Santiago Jesús Camacho Freire¹, Marcos García Guimaraes², Ricardo Sanz Ruiz³, Manel Sabaté⁴, Fernando Macaya⁵, Gerard Roura⁶, Marcelo Jiménez Kockar⁷, David del Val⁸, Teresa Bastante⁸ y Fernando Alfonso⁸

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lérida, Lérida. ³Unidad de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁸Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción y objetivos: El hipotiroidismo ha sido propuesto como un factor tanto predisponente como pronóstico en pacientes con disección coronaria espontánea (DCE).

Métodos: El presente trabajo pretende estudiar las diferencias en forma de presentación, hallazgos clínicos y angiográficos, manejo y eventos a largo plazo entre pacientes con DCE y antecedentes/historia actual de hipotiroidismo (H-DCE) frente a pacientes con DCE sin hipotiroidismo (NH-DCE), con datos del registro nacional multicéntrico español de DCE.

Resultados: Finalmente, fueron incluidos 342 NH-DCE y 47 H-DCE (prevalencia del 12%). El grupo de pacientes H-DCE comparados a NH-DCE fueron significativamente mayores (57 ± 10 vs. 54 ± 12 años, $p = 0,045$), más dislipídicos (49% vs. 31%, $p = 0,013$), y con una tendencia no significativa a presentar más displasia fibromuscular (47% vs. 30%, $p = \text{NS}$). La presentación clínica fue similar entre grupos, siendo el SCASEST la forma más frecuente al ingreso (62% vs. 53%, $p = \text{NS}$) y la arteria descendente anterior la más frecuentemente afectada en ambos grupos (41% vs. 45%, $p = \text{NS}$). El grupo de H-DCE tenía una afectación menos proximal (5% vs. 15%, $p = 0,044$) aunque

más multivaso (19% vs. 9%, $p = 0,044$), con lesiones más severas (DS $88 \pm 13\%$ vs. $77 \pm 21\%$ $p = 0,001$) y más lesiones catalogadas como hematomas intracoronarios difusos, tipo IIb (36% vs. 23%, $p = 0,037$). Asimismo, el grupo de H-DCE fueron menos frecuentemente manejados de forma conservadora (66% vs. 80%, $p = 0,031$). En un seguimiento clínico a largo plazo (mediana 29 meses), el grupo H-DCE presentó una mayor tasa de MACCE (27% vs. 11%, $p = 0,033$), principalmente por mayor tasa de IAM (16% vs. 6%, $p = 0,031$) y recurrencias de DCE (9% vs. 1%, $p < 0,001$). En un análisis multivariante, el hipotiroidismo se asoció de forma independiente con una mayor tasa de eventos cardiovasculares mayores.

Conclusiones: Los pacientes con H-DCE fueron mayores y presentaban un fenotipo angiográfico más agresivo con afectación más severa y difusa, incluyendo DCE tipo IIb, lesiones más severas y más afectación multivaso. Los pacientes H-DCE fueron más frecuentemente manejados mediante intervencionismo coronario percutáneo y en un seguimiento a largo plazo, los eventos fueron significativamente mayores en el grupo de H-DCE fundamentalmente a expensas de IAM y recurrencias de DCE.

673/57. MANTA VS. PROGLIDE TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA: SEGURIDAD Y EFICACIA

Alba Abril Molina¹, Elena Izaga Torralba², Santiago Jesús Camacho Freire², Jesús Peña Mellado¹, Rocío Rodríguez Delgado¹, Eladio Galindo Fernández², Antonio Enrique Gómez Menchero² y Jose Francisco Díaz Fernández

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Las complicaciones vasculares tras el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI) tienen una gran influencia en el resultado final del procedimiento. El objetivo del estudio es analizar seguridad y eficacia del dispositivo MANTA y compararlo con presutura con Proglide, el más utilizado para el cierre femoral.

Métodos: Registro retrospectivo y multicéntrico de 547 pacientes consecutivos sometidos a TAVI entre septiembre/2015 hasta enero/2023 (457 MANTAs y 90 Proglides). Se analizan las características basales, resultados del procedimiento según sistema de cierre y complicaciones.

Resultados: Las características basales de ambos fueron similares, con mayor proporción de pacientes con cardiopatía isquémica crónica en el grupo Proglide (estadísticamente significativa):

- Edad media $80,5 \pm 5,8$ (MANTA) vs. $78,5 \pm 10,7$ (Proglide) años, no significativa (ns)
- Varones (50,1%) vs. (50%), ns
- Hipertensión (85,1%) vs. (88,9%), ns
- Diabetes (41,3%) vs. (38,9%), ns
- Dislipemia (64,1%) vs. (57,8%), ns
- Tabaquismo activo (6,3%) vs. (6,7%)
- Enfermedad renal crónica (22,8%) vs. (30%), ns
- Accidente cardiovascular (9,6%) vs. (8,9%), ns
- Cardiopatía isquémica crónica (24,3%) vs. (37,8%), $p = 0,008$

El tipo de válvula implantada (global): 0,5% EdwardsXT, 0,7% Symetis, 0,7% Myvalve, 37,3% Edwards S3, 6,4% Corevalve Evolut R, 12,1% Evolut ProPlus, 10,8% Portico, 13,5% Navitor, 16,6% Acurate Neo2.

Hubo mayor tasa de punciones ecoguiadas en el grupo MANTA (70,9% vs. 22,2% en el grupo Proglide, $p < 0,001$), sin diferencias significativas en las complicaciones vasculares

mayores, pero sí en las menores, con mayor tasa de hemato-ma femoral, sangrado menor y necesidad de cirugía vascular urgente en el grupo Proglide.

- Implante stent en arteria femoral 6,6% vs. 4,4%, ns
- Angioplastia balón en arteria femoral 7,7 vs. 4,4%, ns
- Estenosis arteria femoral 4,8% vs. 4,4%, ns
- Disección arteria femoral 0,9% vs. 2,2%
- Pseudoaneurisma femoral 1,1% vs. 3,3%, ns
- Complicaciones vasculares mayores 1,56% MANTA vs. 0% PROGLIDE, ns
- Hematoma femoral o sangrado no mayor 2,9% vs. 11,1% $p < 0,001$
- Necesidad de cirugía vascular emergente 0,4% vs. 3,3% $p = 0,008$

Con mediana de seguimiento de $19,1 \pm 17,3$ meses, se registró una tasa de éxito del 94,9% (similar en ambos grupos), 17,2% de mortalidad total y 5,7% de mortalidad cardiovascular.

Conclusiones: Nuestros resultados, acorde a estudios previos, apoya que el tapón de colágeno MANTA es seguro, con menor curva aprendizaje que Proglide, similar tasa de éxito y menor tasa de complicaciones.

673/58. IMPACTO DEL INICIO DE SACUBITRIL-VALSARTAN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA E INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA DERIVADOS PARA VALORACIÓN DE REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA

Diego Félix Arroyo Moñino¹, Francisco Javier Cortés Cortés¹, María Rivadeneira Ruiz¹, Alicia Alcalde Calleja², Antonio Juan Castro Fernández¹ y Alejandro Recio Mayoral¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: En pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER), la severidad de la insuficiencia mitral (IM) funcional es un predictor de deterioro de los síntomas y mal pronóstico. Nuestro objetivo fue evaluar si el remodelado inverso inducido por la adición de sacubitrilo-valsartan (S/V) podría reducir la severidad de la insuficiencia mitral y, así, evitar la necesidad de reparación mitral percutánea.

Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo y con observador ciego en pacientes con ICFER (clase funcional de la NYHA II-IV) con IM grados 3 y 4 derivados para valoración de tratamiento de reparación percutánea de la misma a los que se añadió tratamiento con S/V. Las imágenes ecocardiográficas fueron valoradas de forma offline por 2 investigadores ciegos tanto para los datos clínicos como para el momento de realización de los estudios ecocardiográficos.

Resultados: Treinta y nueve pacientes con ICFER e IM grados 3-4 fueron incluidos (edad media de 63 años, 69,2% varones). Tras 1 año de seguimiento, solo 1 paciente falleció y se objetivó una mejoría significativa de la clase funcional y de los valores de NT-proBNP. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo mejoró ($29,7 \pm 6,7\%$ vs. $41,3 \pm 13,2\%$; $p < 0,001$) y los volúmenes telediastólicos y telesistólicos indexados disminuyeron ($123,4 \pm 35,7$ mL/m² vs. $98,4 \pm 39,7$ mL/m²; $p < 0,001$ y $87,7 \pm 30,0$ mL/m² vs. $61,9 \pm 35,3$ mL/m²; $p < 0,001$, respectivamente). El remodelado estuvo asociado a una reducción en la severidad de la insuficiencia mitral (64,1% grado 3 y 35,9% grado 4 al comienzo; 28,9% grado 1, 36,8% grado 2, 21,5% grado 3 y 13,2% grado 4 tras un año de seguimiento).

Conclusiones: La optimización del tratamiento médico con S/V induce una mejoría de la clase funcional y un remodelado cardiaco beneficioso, con una mejoría de la función cardiaca y una reducción de la severidad de la IM, de modo que 24 pa-

cientes de nuestro estudio evitaron la necesidad de una reparación mitral percutánea. En pacientes con ICFer e IM grados 3 y 4, nuestros resultados refuerzan la importancia de asegurar un tratamiento médico óptimo antes de plantear una reparación valvular mitral percutánea.

673/59. CORRELACIÓN EN VIDA REAL ENTRE ÍNDICES DE HIPEREMIA E ÍNDICES DE REPOSO EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Miguel Ángel Montilla Garrido, Miguel Ángel Montilla Garrido, Elena Izaga Torralba, Santiago Jesús Camacho Freire, Eladio Galindo Fernández, María Jessica Roa Garrido, Oscar Lagos Degrande y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: La reserva fraccional flujo (RFF), índice fisiológico por antonomasia, requiere la inducción farmacológica de hiperemia máxima. La RFF con nitroglicerina y contraste (RFFNTG+c), que induce hiperemia submáxima, ha simplificado el procedimiento y costes, pero no ha solventado todas las limitaciones asociadas a la inducción de hiperemia, para solventarlas se han desarrollado y generalizado los índices de reposo como el iFR y el resting full cycle ratio (RFR). En un porcentaje no despreciable, encontramos discordancias entre índices de hiperemia y reposo, suponiendo todo un reto. El objetivo del estudio es evaluar en vida real en un hospital de tercer nivel con gran volumen de estudios funcionales, la discordancia entre los diferentes índices de hiperemia (RFF y RFFNTG+c) y reposo (RFR).

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo, 120 pacientes consecutivos de junio 2020-diciembre 2022 con estudio funcional mediante con al menos uno de los siguientes índices: RFF, RFFNTG+c o RFR. Se analizaron variables clínicas, angiográficas y de seguridad.

Resultados: Características basales:

- Edad media: $67,9 \pm 0,9$ (años)
- Hipertensión el 92 (76%)
- Fumadores: activos 25 (21%)/previos 52 (34%)
- Dislipemia 79 (51%)
- Diabetes mellitus 55 (35%)
- Enfermedad renal crónica 9 (6%)
- Disfunción sistólica: severa 10 (8%)
- Función sistólica conservada: 87 (73%)
- Cardiopatía isquémica previa 54 (45%)

Características del procedimiento:

- Vasos estudiados (154): descendente anterior 88 (57%), circunfleja 28 (18%) coronaria derecha 31 (20%)
- RFR 133 (86%)
- RFF 75 (48%)
- RFFNTG+c 55 (35%)

De los 77 (50%) pacientes con estudio en hiperemia y reposo, el RFR fue positivo ($\leq 0,89$) en 30 pacientes (39%) y RFF/RFFNTG+c ($\leq 0,80$ y $\leq 0,84$) en 21 (22,7%). Se analizó además la correlación entre RFR/RFF ($0,73$ p < 0,001) y entre RFR/RFFNTG+c ($0,72$ con p < 0,001). En casos de discordancia se decidió en base al índice de hiperemia la realización de angioplastia, 31 (20% angioplastias). Se realizó una mediana de seguimiento de 15 meses con una tasa de mortalidad 9 (7%, 3 de ellos cardiovascular). No se registraron complicaciones durante el procedimiento ni el seguimiento.

Conclusiones: Los resultados en vida real en un centro de alto volumen muestran una discordancia similar a las descritas previamente entre índices de reposo e hiperemia. Resultó seguro guiar el procedimiento en casos de discrepancia por índices de hiperemia.

673/60. EXPERIENCIA INICIAL EN CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Leopoldo Fernández Ruz, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda se ha establecido como alternativa eficaz y segura a la anticoagulación en aquellos pacientes con contraindicación para la misma, o con eventos cerebrovasculares a pesar de anticoagulación a dosis plenas. Presenta alta tasa de éxito y baja tasa de complicaciones en la evidencia publicada. Presentamos los resultados del programa de cierre de orejuela en nuestro centro hasta enero de 2023.

Métodos: Se recogieron los datos de los pacientes sometidos a cierre percutáneo de orejuela izquierda en nuestro centro hasta enero de 2023. Las características demográficas y clínicas se resumen utilizando estadísticos descriptivos (variables categóricas en porcentaje y cuantitativas en media $\pm$ desviación típica). Se usaron curvas Kaplan-Meier para calcular la supervivencia libre de eventos durante el seguimiento (combinado de ictus isquémico/hemorrágico/sangrado digestivo, ictus hemorrágico, ictus isquémico, sangrado digestivo).

Resultados: Se realizaron 75 procedimientos en 74 pacientes. La edad media de los pacientes fue 74,57 años ($\pm 7,24$), siendo el 70,27% varones. El CHA2DS2-VASc medio fue 4,06 ($\pm 1,37$); el HAS-BLED medio 3,5 ($\pm 0,98$). El 82,4% eran hipertensos. El 86,5% tenían historia de hemorragia previa, más frecuentemente digestiva (43,2%), seguida de intracraneal (36,5%), y otras como hematuria o hemoptisis (14,67%). El 40,5% tenía historia de eventos cerebrovasculares isquémicos. El dispositivo más utilizado es Amplatzer Amulet (54,8%), seguido de Watchman FLX (23,2%), Lambre (11%) y Omega (11%). La tasa de éxito en primer procedimiento fue del 97%. El 92% no asoció ninguna complicación, con un 2,7% complicaciones vasculares (todas sin repercusión) y 5,3% no vasculares. Durante el seguimiento, la incidencia de leaks peridispositivo ha sido del 9,3% (todos < 5 mm), con un único caso de trombosis asociada a dispositivo (1,4%). La supervivencia libre del combinado de eventos fue 75,3% ($\pm 6,1$); la supervivencia libre de ictus isquémico fue 93,8% ($\pm 3,7$), para hemorragia intracraneal 84,7% ($\pm 8,2$), y para sangrado digestivo 89,2% ($\pm 4,5$).

Conclusiones: En nuestra serie, los resultados han sido similares a los obtenidos en otros registros multicéntricos, con alta tasa de éxito técnico y baja tasa de complicaciones, en una población similar, aunque quizá con mayor riesgo hemorrágico.

673/61. CALIDAD DE VIDA EN INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI REDUCIDA, ¿CÓMO DEBEMOS MEDIRLA?

Francisco José Caro Fernández, José Ignacio Morgado García de Polavieja, Pedro Agustín Pajaro Merino y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: El concepto de resultados relacionados con la salud como criterio de valoración principal de la intervención terapéutica en enfermedades crónicas, como la

insuficiencia cardiaca (IC), debería ser clave. A pesar de ello, no está estandarizado.

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

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

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

673/62. ROL DE LA FIBRINOLISIS TRAS LA GENERALIZACIÓN DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN EL CONTEXTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Alejandro Gómez González, Francisco Javier Cortés Cortés, María Inmaculada Fernández Valenzuela, Gloria Padilla Rodríguez, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La intervención coronaria percutánea (ICP) primaria es el tratamiento de elección en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). La fibrinólisis queda relegada a situaciones en las que la ICP no puede realizarse a tiempo.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de IAMCEST ingresados en unidad coronaria desde junio-2011 hasta agosto-2022. Los pacientes se distribuyeron según se les realizara ICP primaria o fibrinólisis. Comparamos las características basales y los resultados en cuanto a complicaciones y mortalidad hospitalaria. La eficacia de la fibrinólisis con respecto a la capacidad de perfusión coronaria se analizó mediante el sistema de puntuación TIMI. Asimismo, se observó la necesidad de ICP de rescate.

Resultados: Se incluyeron 1604 pacientes (edad promedio, 62 años), de los cuales 137 (8,4%) fueron sometidos a una estrategia de fibrinólisis. La tasa de pacientes con oclusión coronaria (TIMI 0) en el momento de la ICP fue significativamente menor en el grupo de fibrinólisis (77,1% vs. 36,1%; $p < 0,001$), que representa una efectividad del 53,2%. Inicialmente encontramos más fumadores (46,0% vs. 57,4%; $p = 0,01$), y menor edad (62 vs. 58, $p < 0,01$) entre los pacientes sometidos a fibrinólisis. Sin diferencias en el resto de las características basales. Se demostró mayor tasa de arritmias ventriculares (10,4% vs. 16,0%; $p = 0,04$) en el grupo de fibrinólisis, pero sin mostrar diferencias en mortalidad (5,7% vs. 2,1%; $p = \text{NS.}$). No se encontraron diferencias significativas en sangrado (8,9% vs.

10,9%; $p = \text{NS.}$) o hemorragia intracraneal (0,1% vs. 0,7%, $p = \text{NS.}$). Respecto a la ICP-rescate, fue necesaria en 81 (59,12%) de los pacientes a los que se les realizó fibrinólisis. El 70% de los pacientes que fueron sometidos a ICP de rescate tenían TIMI: 0-1. En los pacientes tratados con fibrinólisis a los no se le realizó ICP de rescate, solo 3 (6,5%) presentaron oclusión coronaria (TIMI 0).

Conclusiones: La fibrinólisis debería seguir teniendo un papel importante en los pacientes que no pueden llegar a la ICP a tiempo, dada su eficacia y porque no supone un aumento significativo de la mortalidad ni efectos adversos, salvo las arritmias ventriculares. Así mismo, los criterios de perfusión parecen ser efectivos para diferenciar a los pacientes con perfusión coronaria.

673/63. TITULACIÓN DE FÁRMACOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR POR ENFERMERÍA

Sara Gómez García-Olías¹, Natalia Marín Guerrero¹, Cristina Martín Roca¹, Lidia Soler Gualda¹, María del Mar Sánchez Jiménez¹, Rafael Mesa Rico¹, Julia Jiménez Ranchal², Francisco José Torres Calvo², Marina Carrasco Campo¹ y Rafael Bravo Marqués²

¹Unidad de Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HP) ha sido durante años una patología poco conocida, infradiagnosticada y con escasos recursos de tratamiento. En los últimos años se han realizado numerosos avances tanto en el conocimiento de su fisiopatología como en su diagnóstico, lo que ha favorecido el desarrollo de nuevos fármacos y estrategias de tratamiento. Este mismo avance hace que sea necesaria una mayor especialización del personal sanitario implicado en la asistencia a estos pacientes, precisando una formación específica tanto en el método de aplicación como de los distintos efectos adversos que pueden producir, pudiendo reaccionar con celeridad y diligencia si estos se producen. Este trabajo pretende dar una visión de los resultados y de la participación de la enfermería especializada en HP en la titulación de fármacos mediante un programa organizado y definido realizado por enfermería.

Métodos: Analizamos a los pacientes con HP de una unidad especializada en dicha patología en los que se ha realizado una titulación farmacológica por parte de enfermería entre enero 2019 y diciembre 2022.

Resultados: Se titularon en consulta de enfermería de HP un total de 26 pacientes. 17 (65,4%) eran mujeres. Se realiza la titulación de los siguientes fármacos: Sildenafil (11,5%), Tadalafil (7,7%), Riociguat (38,5%), Selexipag (38,5%) y Epoprostenol (3,8%). El resto de los tratamientos pautados no precisaron titulación. Se realizó titulación presencial en un 26,9%, telefónica 61,5%, ambas en un 7,7% y en un paciente se realizó ingresado. En la consulta de enfermería de HP se consiguieron dosis máxima recomendada de los fármacos anteriormente descritos en 13 pacientes (50%), dosis medias en 8 pacientes (30,8%) y bajas en 5 pacientes (19,2%). Como es habitual, durante la pauta y titulación de estos tratamientos se presentaron efectos secundarios en algo más del 50% de los pacientes (el más frecuente fue cefalea en un 15,4%) y mejoraron con tratamiento sintomático. Además de estos efectos secundarios no encontramos otras complicaciones durante la titulación de los mismos.

Conclusiones: La titulación de fármacos específicos de HP por parte de enfermería es eficaz y segura, consiguiendo un alto porcentaje de dosis máximas, bien toleradas y sin complicaciones para los pacientes.

673/64. TIPO DE HEMORRAGIA PREVIA COMO PREDICTOR DE EVENTOS ISQUÉMICOS Y HEMORRÁGICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO TRAS CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA

Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Leopoldo Fernández Ruz, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de dispositivos de cierre de orejuela izquierda se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años. Se pretende estudiar si el tipo de hemorragia previa (intracraneal o digestiva) supone un predictor de eventos isquémicos y hemorrágicos (tanto intracraneales como digestivos) durante el seguimiento.

Métodos: Se recogieron los datos de pacientes con implante percutáneo de cierre de orejuela en nuestro centro, y con antecedente de sangrado intracraneal o digestivo. Se establecieron dos grupos (SNC o DIG). Se realizó T-student para la comparación de variables cuantitativas (edad, CHA2DS2-VASc, HAS-BLED). Se realizó test de log-rank y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para la comparación de eventos durante el seguimiento (combinación de ictus isquémico o hemorrágico o sangrado digestivo, combinación de ictus isquémico o hemorrágico, ictus isquémico, ictus hemorrágico, sangrado digestivo).

Resultados: Se estudiaron 55 pacientes. La edad media fue de 75,19 años ($\pm 6,8$); 29% eran mujeres. El CHA2DS2-VASc medio fue de 4,14 ($\pm 1,43$); el HAS-BLED medio fue de 3,58 ($\pm 1,03$). El 49% tenían antecedente de sangrado intracraneal (grupo SNC, N = 27), el 51% de sangrado digestivo (grupo DIG, N = 28). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a CHA2DS2-VASc. Hubo diferencias (aunque sin significación estadística) en cuanto a edad (a favor del grupo DIG, $p = 0,08$) y HAS-BLED (a favor del grupo SNC, $p = 0,056$). En cuanto a eventos, la supervivencia libre del combinado de eventos fue del 80,8% ($\pm 8,8$) en el grupo SNC, y del 54,6% ($\pm 12,6$) en el grupo DIG, sin alcanzar significación estadística en el test de log-rank ($p = 0,146$); esta diferencia fue a expensas de incremento de eventos digestivos, con supervivencia libre de sangrado digestivo del 93,8% (± 6) en el grupo SNC, frente al 76,8% ($\pm 10,1$) del grupo DIG, sin significación estadística ($p = 0,099$).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con sangrado digestivo previo al cierre de orejuela izquierda eran mayores, con menor HAS-BLED, y con mayor número de eventos hemorrágicos digestivos durante el seguimiento que los pacientes con sangrado intracraneal previa. Existen diferencias entre ambos grupos, aunque sin alcanzar la significación estadística.

673/65. EFICACIA DE LA REDUCCIÓN DEL CLDL, CON LA TOMA DE IPCSK9 EN NUESTRO MEDIO

Julia Jiménez Ranchal, Eloisa Mariscal López, Carlos Antonio Martín Alfaro, Susana Pérez Córdoba, Leopoldo Hugo Muriel Marañón y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) infradiagnosticado, siendo una de las causas más importantes de eventos cardiovasculares. Tenemos unos objetivos de cLDL que alcanzar, cuanto antes mejor. Para pacientes con cLDL no óptimo y/o intolerantes a las estatinas o en tratamiento con estatinas de alta potencia, con o

sin ezetimiba, contamos con inhibidores de la PCSK9 (iPCSK9). Nuestro objetivo es conocer los resultados de las cifras de cLDL con el uso iPCSK9 en los pacientes de nuestro centro. **Métodos:** Analizamos a 202 pacientes en tratamiento con iPCSK9 por nuestro servicio en nuestro centro. Se recogen datos analíticos, clínicos y eventos cardiovasculares en el seguimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias en resultados en función del fármaco, se utilizó el test de Anova, y el test de McNemar y Ji-Cuadrado. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Un 40% toman iPCSK9 por intolerancia a estatina. 124 pacientes toman alirocumab 75 mg, con LDL medio (LDLm) previo de 124 mg/dl, 38 con alirocumab 150 mg con LDL medio previo 150 mg/dl, 6 con alirocumab 300 mg con una LDLm previo de 127 y 34 con evolocumab 140 con LDLm previo de 167 mg/dl. El descenso de las cifras de cLDL con alirocumab 75 mg y alirocumab 150 mg es del 51%, siendo con evolocumab 140 del 59%, sin haber diferencias significativas y alcanzándose de manera precoz y mantenida en el tiempo, con una mediana de seguimiento de 739 días. Los eventos cardiovasculares MACE observados en el seguimiento fue del 6,4%. Se consigue alcanzar un valor de LDL inferior a 100 mg/dl en un 90% de los casos, aunque solo el 53,5% inferior a 55 mg/dl.

Conclusiones: El uso de iPCSK9, en aquellos pacientes que no toleran estatinas o cuyas cifras de cLDL no alcanza objetivos pese a tratamiento médico óptimo, nos permite un importante descenso de las cifras de LDL favoreciendo, de esta manera, un mejor control de FRCV y disminuyendo el número de eventos cardiovasculares en el seguimiento.

673/66. CAMBIOS EN EL ÍNDICE DE MAYURAMA (TG/CHDL) (IM), COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL, EN PACIENTES TRATADOS CON IPCSK9 DE NUESTRO CENTRO

Julia Jiménez Ranchal, Eloisa Mariscal López, Carlos Antonio Martín Alfaro, Susana Pérez Córdoba, Leopoldo Hugo Muriel Marañón y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular infradiagnosticado, siendo una de las causas más importantes de eventos cardiovasculares. La triada aterogénica (TG y cLDL elevados y cHDL bajo), provoca partículas de LDL pequeñas y densas, dando lugar a mayor partículas remanentes y ApoB, aumentando el potencial aterogénico. Por ello, debemos analizar el perfil lipídico al completo. Para ello, destacan índices que evalúan riesgo independientemente del cLDL, como el índice de Mayurama (IM) o cociente TG/cHDL, cuya elevación > 2 confiere un mayor riesgo cardiovascular. Nuestro objetivo es conocer el riesgo residual, conferido por el IM en pacientes con inhibidores de PCSK9 (iPCSK9).

Métodos: Analizamos a 202 pacientes en tratamiento con iPCSK9. Se recogen datos analíticos, clínicos y eventos cardiovasculares en el seguimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias en resultados en función del fármaco, se utilizó el test de Anova, y el test de McNemar y Ji-Cuadrado. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 202 pacientes, 155 presentaban un IM > 2 previo al inicio del tratamiento con iPCSK9. 92 lo iniciaron con Alirocumab 75, 28 con Alirocumab 150, 6 con alirocumab 300 y 29 con Evolocumab 140, observándose mejoría del

mismo solo en un 15% sin observarse diferencias significativas entre ellos. Sin embargo, de los 47 pacientes que presentaban un IM < 2 previo al inicio del tratamiento con iPCSK9, siendo 32 tratados con Alirocumab 75, 10 con Alirocumab 150, y 5 con Evolocumab 140, observándose un empeoramiento global del índice, en el 32% de los pacientes, aun consiguiendo reducir cifras de cLDL por debajo de 100 mg/dl en el 90% y menores a 55 mg/dl en el 53,5% de ellos.

Conclusiones: En todos los pacientes, es necesario realizar un análisis completo del perfil lipídico y no únicamente del valor cLDL, incluyendo índices como el de Mayurama (TG/cHDL), permitiéndonos actuar sobre el riesgo residual de nuestros pacientes, que es independiente de las cifras aisladas del cLDL, y de esta manera reducir la aparición de nuevos eventos cardiovasculares.

673/67. CAMBIOS EN EL ÍNDICE ATEROGÉNICO (ÍNDICE DE CASTELLI) COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL, EN LOS PACIENTES TRATADOS CON IPCSK9 DE NUESTRO CENTRO

Julia Jiménez Ranchal, Eloisa Mariscal López, Carlos Antonio Martín Alfaro, Susana Pérez Córdoba, Leopoldo Hugo Muriel Maraño, y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular infradiagnosticado, siendo una de las causas más importantes de eventos cardiovasculares. La triada aterogénica (TG y cLDL elevados y cHDL bajo), provoca partículas de LDL pequeñas y densas, dando lugar a mayor partículas remanentes y ApoB, aumentando el potencial aterogénico. Por ello, debemos analizar el perfil lipídico al completo. En este sentido, toma gran importancia índices como el índice aterogénico (IA) o de Castelli (CT/cHDL), cuya elevación por encima de 3, confiere un valor predictivo mayor de evento cardiovascular, que sus fracciones por separado. Nuestro objetivo principal es conocer el riesgo residual, conferido por el IA en pacientes con inhibidores de PCSK9 (iPCSK9).

Métodos: Analizamos a 202 pacientes en tratamiento con iPCSK9. Se recogen datos analíticos, clínicos y eventos cardiovasculares en el seguimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias en resultados en función del fármaco, se utilizó el test de Anova, y el test de McNemar y Ji-Cuadrado. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se analiza el IA en un total de 202 pacientes. 20 presentaban un IA < 3 previo al inicio del tratamiento (16 con Alirocumab 75 mg y 4 con Alirocumab 150 mg) sin observarse empeoramiento de este índice en el seguimiento, con una mediana de 739 días, y manteniéndose el 100% con índices controlados. Sin embargo, de los 182 pacientes que si presentaron un IA > 3 previo al tratamiento (108 con Alirocumab 75 mg, 34 con Alirocumab 150 mg, 6 con aliocumab 300 y 34 con Evolocumab 140 mg) más del 55% del todos ellos experimentaron una mejoría relevante del mismo, observándose una mejoría del IA, en un 64% de los pacientes.

Conclusiones: El uso de los iPCSK9 nos mejora el índice aterogénico (de Castelli) en más del 60% de nuestros pacientes, asociando una mayor reducción del riesgo cardiovascular, siendo necesario en todos nuestros pacientes realizar un análisis completo del perfil lipídico, y no únicamente del cLDL, para evaluar de una manera más completa el riesgo cardiovascular residual de nuestros pacientes

673/68. NECESIDAD DE NUEVAS ESTRATEGIAS Y PROTOCOLOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE CONTROL DEL PERFIL LIPÍDICO EN LOS PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Julia Jiménez Ranchal, Eloisa Mariscal López, Carlos Antonio Martín Alfaro, Susana Pérez Córdoba, Leopoldo Hugo Muriel Maraño, y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) infradiagnosticado siendo una de las causas más importantes de eventos cardiovasculares. Tenemos unos objetivos de cLDL que alcanzar, cuanto antes mejor. Para pacientes con cLDL no óptimo, aun en tratamiento adecuado con hipolipemiantes, contamos con inhibidores de la PCSK9 (iPCSK9). Nuestro objetivo es mostrar la necesidad de nuevas estrategias y protocolos para alcanzar objetivos recomendados.

Métodos: Analizamos a 202 pacientes en tratamiento con iPCSK9. Se recogen datos analíticos, clínicos y eventos cardiovasculares en el seguimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Para evaluar diferencias en resultados en función del fármaco, se utilizó el test de Anova, y el test de McNemar y Ji-Cuadrado. Se estableció el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Un 40% toman iPCSK9 por intolerancia a estatinas. 124 pacientes toman aliocumab 75 mg (LDL medio (LDLm) previo de 124 mg/dl), 38 con aliocumab 150 mg (LDLm previo 150 mg/dl), 6 con aliocumab 300 mg (LDLm previo de 127) y 34 con evolocumab 140 (LDLm previo 167 mg/dl). El descenso de cLDL con aliocumab 75 mg y 150 mg es del 51% y 59% respectivamente, alcanzándose de manera precoz y mantenida, con una mediana de seguimiento de 739 días. Los eventos cardiovasculares MACE en el seguimiento, fue del 6,4%. Se consigue alcanzar un valor de LDL inferior a 100 mg/dl en un 90% de los casos, aunque solo en el 53,5% es inferior a 55 mg/dl, y solo en un 39% ha descendido más del 50% del valor inicial, cumpliendo el objetivo de buscar ambas variables solo el 7% de los casos.

Conclusiones: El uso iPCSK9 nos permite un importante descenso de las cifras de cLDL, pero alcanzando los objetivos marcados por las guías actuales en solo un 7% de los pacientes, lo que nos obliga a seguir insistiendo en el uso de nuevos hipolipemiantes y usar nuevos protocolos para optimizar su uso al máximo y favorecer de esta manera un mejor control de FRCV y disminuir el número de eventos cardiovasculares en el seguimiento.

673/69. MIOCARDIOPATÍA DE ESTRÉS E ICTUS ¿CAUSA O CONSECUENCIA?

Candy Ceballos Gómez, Miriam Ana Jiménez González, Marta Alcala Ramírez del Puerto, Leopoldo Fernández Ruz y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La miocardiopatía de estrés (ME) es una entidad poco frecuente (1-3% de los SCA). Consiste en una disfunción ventricular, habitualmente transitoria, cuya fisiopatología no es bien conocida, aunque parece estar relacionada con el aturdimiento miocárdico que produce el aumento de catecolaminas circulantes, desencadenado por estrés fisi-

co o emocional. Clínicamente es indistinguible de un SCA, diagnosticándose tras descartar oclusiones coronarias. Es 10 veces más frecuente en mujeres, sobre todo posmenopáusicas. Aunque clínicamente se ha considerado una entidad benigna, con recuperación completa en el 95% de los casos, su pronóstico es comparable al SCA aterosclerótico y se ha descrito una relación bidireccional con el ACV isquémico. Nuestro objetivo es estudiar la relación entre ambas entidades, a propósito de un caso de ME en nuestro centro que desarrolló un ACV maligno a las 72 horas.

Métodos: Se analiza la historia clínica de nuestra paciente y posteriormente se realiza una revisión bibliográfica de artículos publicados en PubMed sobre el ME y ACV.

Resultados: La ME y el ACV isquémico son dos entidades vinculadas, pudiendo ser ambas causa-consecuencia de la otra, si bien el mecanismo fisiopatológico que las relaciona no es totalmente conocido. Se postula que la ME puede generar ACV cardioembólico al favorecer la formación de trombos en VI por el estasis sanguíneo ocasionado por la hipocontractilidad apical. Esta complicación ocurre entre el 1-5% de los casos según series, siendo más frecuente en pacientes con FA y FEVI deprimida. Por otro lado, se ha descrito la ME como consecuencia del ACV en el 0,5-1,2% de los pacientes, tanto por el estado proinflamatorio que supone el daño neuronal, como por la disfunción microvascular coronaria secundaria al daño neurogénico en áreas que controlan la función autonómica cardiovascular, como ínsula y bulbo raquídeo. Una tercera hipótesis es que ambas pudieran ser consecuencia de un agente estresor común.

Conclusiones: La ME y ACV son dos entidades íntimamente relacionadas de forma bidireccional, por lo que resulta fundamental llevar a cabo una monitorización neurológica estrecha en pacientes con ME, así como una monitorización electrocardiográfica continua en pacientes con ACV, para un diagnóstico lo más precoz posible.

673/70. EXPERIENCIA INICIAL DE ECOERGOESPIROMETRÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Luis García Rodríguez, Francisco Javier Zafra Sanchez, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza, Arancha Díaz Expósito, Angel Montiel Trujillo y Fernando Cabrera Bueno

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

Introducción y objetivos: La ergoespirometría es una prueba ha adquirido protagonismo creciente en los últimos años en cardiología, dada la gran información fisiopatológica, diagnóstica y pronóstica que aporta. Su uso conjunto con la ecocardiografía de esfuerzo (ecoergoespirometría) constituye una potente arma diagnóstica. Se exponen los datos obtenidos de los primeros pacientes estudiados con ecoergoespirometría en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en Hospital Universitario Virgen de la Victoria, mediante ecoergoespirometría con cicloergómetro en posición semitumbada y medición de consumo de oxígeno simultánea (marzo 2022-diciembre 2022).

Resultados: Se realizó ecoergoespirometría a 27 pacientes, siendo 14 mujeres y 13 hombres. La media de edad y el IMC fueron de 56 años y 26 kg/m². La indicación principal fue el estudio de disnea, realizándose por esta razón a 17 pacientes (63%), seguida de cribado de hipertensión pulmonar (HTP) en 6 (22,2%) y valoración de capacidad funcional en 4 (14,8%). En 2 pacientes el estudio fue no concluyente, siendo

en 1 por baja estatura (7,4%). Los hallazgos en la ecocardiografía de esfuerzo mostraron insuficiencia mitral (IM) severa inducida por el esfuerzo en 2 de los pacientes, HTP de esfuerzo en 3 (confirmándose posteriormente con cateterismo derecho) y gradiente dinámico de esfuerzo en 1. El VO₂ pico medio fue del 61,5%, el promedio RER máximo 1,31 y el promedio de la carga alcanzada 88,4 W. Los diagnósticos finales teniendo en cuenta parámetros ecocardiográficos sumados a los ergoespirométricos fueron: ausencia de patología 6 pacientes, ausencia de variación en el diagnóstico previo 10, HTP de esfuerzo 3, IM severa de esfuerzo 2, incompetencia cronotropa 1, gradiente dinámico de esfuerzo 1, TSPV de esfuerzo 1, obesidad-descondicionamiento físico 1 y 2 casos no concluyentes.

Conclusiones: Se modificó la actitud a seguir en 6 pacientes, orientando y/o adelantando la actitud terapéutica: 2 por HTP severa, 1 por hallazgo de TPSV esfuerzo, 2 por IM severa y 1 por incompetencia cronotropa. La combinación de ambos test tuvo efecto sumatorio y complementario en el diagnóstico, sin exposición de los pacientes a estudios invasivos ni radiación.

673/71. INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA ASOCIADA A VALVULOPATÍA IZQUIERDA: PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO EN FUNCIÓN DE LA PRESIÓN PULMONAR

Jorge Segovia Reyes¹, Paloma Márquez Camas¹, Matías Soler González², Germán Alegre García¹, Luis García Rodríguez¹, Adrián Rodríguez Córdoba¹, Diego Félix Arroyo Moñino¹, Juan José Gómez Doblas¹, Manuel Jiménez Navarro¹ y Jorge Rodríguez Capitán¹

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

Introducción y objetivos: La insuficiencia tricuspídea (IT) presenta múltiples causas, siendo la asociada a valvulopatía izquierda el grupo más frecuente (en torno al 50%). Este grupo clásicamente se ha considerado una consecuencia de la hipertensión pulmonar (HTP) secundaria a valvulopatía izquierda, aunque prácticamente no se ha evaluado este dogma a pesar de los nuevos conocimientos clínicos y fisiopatológicos. En este trabajo nos propusimos evaluar el perfil clínico y la evolución de una serie de pacientes con IT significativa asociada a valvulopatía izquierda en función de la presión pulmonar.

Métodos: Estudio multicéntrico y retrospectivo en el que se incluyeron una serie de pacientes consecutivos con IT significativa (grado moderado o mayor) diagnosticados entre 2002 y 2017. Tras excluir los pacientes con IT orgánica se incluyeron aquellos con IT asociada a valvulopatía izquierda, definida por la presencia de estenosis mitral leve o de otra valvulopatía izquierda al menos moderada. Se clasificaron los pacientes según la presencia de HTP: PAPS estimada por ecocardiografía ≥ 50 mmHg, comparando las características clínicas basales y realizando un seguimiento para evaluar la mortalidad e ingreso por IC a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 422 pacientes (160 PAPS < 50 y 262 PAPS ≥ 50). Al comparar las características basales el grupo con PAPS < 50 mostró menor edad, IC derecha y enfermedad pulmonar, junto con mayor cirugía valvular previa, FA, HTA y DM. Tras el seguimiento (mediana 42,6 meses), se observaron diferencias significativas en supervivencia ($94,1 \pm 7,5$ meses frente a $60,3 \pm 4,2$ meses; $p < 0,001$) y supervivencia libre de ingreso por IC ($27,8 \pm 3,8$ meses frente a $15,7 \pm 2,4$ meses; $p = 0,013$) a favor del grupo PAPS < 50 .

Conclusiones: En una amplia serie de pacientes con IT asociada a valvulopatía izquierda fueron frecuentes los casos en los que se estimó ausencia de HTP significativa (37,9%). La enfermedad pulmonar (posible causa concomitante de HTP) fue más frecuente en el grupo con HTP. El grupo sin HTP presentó un perfil clínico distinto y un mejor pronóstico a largo plazo. Todo ello sugiere que, junto a la HTP, existen otros factores que determinan el desarrollo de IT significativa asociada a valvulopatía izquierda y el pronóstico del paciente.

673/73. VALORACIÓN DE LA MULTICAUSALIDAD EN LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA

Jorge Segovia Reyes¹, Paloma Márquez Camas¹, Matías Soler González², Germán Alegre García³, Luis García Rodríguez¹, Adrián Rodríguez Córdoba¹, Diego Félix Arroyo Moñino⁴, Juan José Gómez Doblas⁵, Francisco Manuel Jiménez Navarro⁵ y Jorge Rodríguez Capitán⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Enfermería, Hospital de Antequera, Málaga. ³Unidad de Cirugía, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El mayor conocimiento clínico sobre la insuficiencia tricuspídea en los últimos años ha llevado a un cambio de paradigma en su clasificación, abogando la literatura más reciente por una estratificación según el perfil fisiopatológico más allá de la clásica división en causas primarias o funcionales. En este trabajo nos propusimos evaluar las posibles causas concomitantes de IT de una amplia serie de pacientes tras ser clasificados en diferentes grupos según su perfil clínico.

Métodos: Estudio multicéntrico y retrospectivo en el que se incluyeron una serie de pacientes con IT significativa (grado moderado o mayor) diagnosticados entre 2002 y 2017. Los pacientes se clasificaron según su contexto clínico principal, basándonos en la clasificación por pasos propuesta por Topilsky et al., de forma que el tipo de IT queda definido en el primer paso que cumpla los criterios establecidos. Posteriormente se realizó un análisis de cada uno de los grupos para detectar otros posibles mecanismos causales de IT.

Resultados: Se incluyeron un total de 778 pacientes con IT que fueron clasificados en 6 grupos, siendo el más frecuente el grupo funcional asociado a valvulopatía izquierda (56,16%) seguido del asociado a HTP (17,86%). Tras analizar las posibles causas concomitantes encontramos que en las causas primarias (congénita y orgánica) únicamente el 33,33% y 25% no presentaban otra etiología, respectivamente. Entre las causas funcionales aquellas asociadas a valvulopatía izquierda se presentaron de forma aislada en el 62,92% de los casos y en el 66,66% en el grupo asociado a disfunción ventricular. El grupo asociado a HTP e IT atrial no presentaron otras causas concomitantes al encontrarse al final de la clasificación.

Conclusiones: En una amplia serie de pacientes con IT hasta el 31,87% de la muestra mostró otras posibles causas concomitantes de IT aparte de su perfil principal y este porcentaje fue incluso mayor en aquellos con causas primarias. Teniendo en cuenta que previamente se ha descrito que el curso clínico es diferente según el tipo de IT, esto sugiere que en aproximadamente un tercio de nuestros pacientes con IT podría ser necesaria una clasificación etiológica más descriptiva para conocer su pronóstico y establecer la mejor estrategia terapéutica.

673/75. IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL POTASIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Jorge Perea Armijo, Álvaro Roldán Guerra, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las alteraciones de los niveles de potasemia representan un problema frecuente en el manejo clínico de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER). Según registros recientes, existe una prevalencia de alrededor del 20% en pacientes con IC, mientras que hasta el 50% presentarán alguna anomalía en su evolución. Dichas alteraciones se han asociado a un aumento de mortalidad y, además, representan una limitación para el uso o titulación de fármacos con beneficio pronóstico en este grupo. Por ello, nuestro objetivo principal fue caracterizar la población con IC-FER según los niveles de potasio y su impacto en el pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER de práctica clínica real. Los pacientes se clasificaron en: Grupo 1 (Potasio < 3,5 mEq/L), Grupo 2 (Potasio 3,5-5 mEq/L) y Grupo 3 (Potasio > 5 mEq/L). Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y tratamiento. Se evaluó el impacto del potasio a medio-largo plazo en términos de reingresos y mortalidad por IC.

Resultados: Se analizaron un total de 409 pacientes. La mediana de edad fue 69 [IQR 59-77], con predominio de sexo masculino (74,1%). Un total de 26 pacientes (6,36%) pertenecían al Grupo 1, 365 pacientes (89,24%) al Grupo 2 y 18 pacientes (4,4%) al Grupo 3. Los individuos con hipopotasemia presentaban mayor proporción de diabetes mellitus (69,2% vs. 47,4% vs. 33,4%; p = 0,043) y de ≥ 2 ingresos previos por IC al inicio de seguimiento (25% vs. 10,5% vs. 0%; p = 0,008). No hubo diferencias significativas relativas a la FEVI basal, niveles de NT-proBNP y CA-125 y en el tratamiento basal. Con una mediana de 60 meses de seguimiento, no hubo diferencias respecto a la tasa de reingresos por IC (46% vs. 42,9% vs. 38,1%; p = 0,517) ni tampoco en la tasa de mortalidad por IC (31,2% vs. 30,4% vs. 27,4%; p = 0,540) según los niveles basales de potasio.

Conclusiones: Los pacientes con hipopotasemia presentan mayor proporción de diabetes mellitus y de ingresos previos por IC. En nuestra población, las alteraciones de los niveles de potasio no asociaron un peor pronóstico en términos de reingresos y mortalidad por IC.

673/76. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA REDUCIDA

Jorge Perea Armijo, Álvaro Roldán Guerra, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER). Esta asociación implica una dificultad en el manejo terapéutico y peor pronóstico. Nuestro objetivo principal fue analizar el perfil clínico diferencial según la presencia de ERC, el subtipo de síndrome cardiorenal y su impacto pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER en práctica clínica real. Se realizó un análisis com-

parativo entre pacientes sin ERC (grupo 1) y pacientes con ERC (grupo 2) y, en esta población, se estudió el subtipo de síndrome cardiorrenal crónico asociado (tipo 2, tipo 4 y tipo 5). Se analizaron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y terapéuticas, evaluándose el impacto a medio-largo plazo en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 409 pacientes. La mediana de edad fue 69 [IQR 59-77], con un predominio de sexo masculino (74,1%). Un total de 239 pacientes (58,43%) pertenecían al Grupo 1 y 170 (41,56%) al Grupo 2. El Grupo 2 presentaba mayor proporción de hipertensión arterial (56,1% vs. 82,4%; $p < 0,001$), diabetes mellitus (41% vs. 58,2%; $p = 0,001$), dislipemia (47,9% vs. 82,4%; $p < 0,001$), fibrilación auricular (47,7% vs. 58,8%; $p < 0,001$), anemia (14,2% vs. 56,5%; $p < 0,001$), ≥ 2 ingresos previos por IC al inicio del seguimiento (3,4% vs. 22%; $p < 0,001$) y etiología isquémica (24,3% vs. 44,1%; $p < 0,001$). Dentro de este grupo, hubo un predominio de síndrome cardiorrenal tipo 2 (42,6%) y tipo 5 (56,2%). En cambio, el Grupo 1 asociaba mayor proporción de IC de novo (64,9% vs. 41,8%; $p < 0,001$), NYHA I-II (83,7% vs. 75,3%; $p < 0,001$) y de mejoría FEVI (54,1% vs. 23,9%; $p < 0,001$). Respecto al tratamiento basal, en el Grupo 1 se observó mayor proporción de IECA/ARAII (67,4% vs. 42,9%; $p < 0,001$), antialdosterónicos (82% vs. 61,8%; $p < 0,001$) y β -bloqueantes (94,6% vs. 87,1%; $p = 0,008$) y menor de diuréticos de asa (72,8% vs. 90,6%; $p < 0,001$). Con una mediana de 60 meses de seguimiento, el Grupo 2 presentó mayor tasa de reingresos por IC (24,4% vs. 75,7%; $p = 0,001$) y de mortalidad por IC (19,2% vs. 50,9%; $p = 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con ERC presentan mayor prevalencia de comorbilidades, predominio del síndrome cardiorrenal tipo 2 y 5, menor proporción de mejoría de FEVI y menor uso de fármacos con beneficio pronóstico en IC-FER. En nuestra población estos pacientes asocian peor pronóstico a largo plazo en términos de mayor tasa de reingresos y mortalidad por IC.

673/78. IMPACTO PRONÓSTICO DEL TIEMPO DE RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Luis López Flores¹, Paula Marín Andreu¹, Margarita Montero-Parrilla¹, Antonio Pablo Rivas-García¹, Mireia Andrés², Alberto Pérez-Castellanos³, Aitor Uribarri⁴, Iván J. Núñez-Gil⁵, Juan Carlos García-Rubira⁵ y Manuel Almendro-Delia¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Tako Tsubo (STK) se caracteriza por una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo (VI), con diversos patrones de alteración de la movilidad parietal que se normalizan en un intervalo de tiempo que puede ir desde horas a varias semanas. Clásicamente se ha entendido como una enfermedad con un curso benigno. Sin embargo, varios estudios han demostrado que durante la fase aguda la tasa de mortalidad es similar a la del infarto agudo de miocardio y que existe un alto riesgo de eventos en la evolución a largo plazo. El objetivo de este estudio fue valorar el impacto pronóstico del tiempo de recuperación del VI en el seguimiento de los pacientes con STK.

Métodos: Se utilizaron los datos del Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo (RETAKO). Se recogieron las características clínicas, analíticas, ecoardiográficas y de otras

pruebas de imagen y los eventos durante el seguimiento. Se comparó la mortalidad durante el seguimiento en los grupos de recuperación precoz (< 10 días) y tardía (≥ 10 días) del VI utilizando un modelo de Cox. También se estudió la mortalidad según el tiempo de recuperación analizado como variable continua mediante un análisis paramétrico flexible de supervivencia.

Resultados: De los 1.463 pacientes incluidos, 373 (25,5%) tuvieron una recuperación tardía y 1.090 (74,5%) temprana. La mortalidad en los pacientes con recuperación tardía fue significativamente mayor (20,6% vs. 10,6%, $p < 0,001$). En el análisis flexible de supervivencia, el riesgo de muerte por cualquier causa aumentó un 10% (HR 1,10, IC 95% (1,03-1,17); $p = 0,004$) por cada 10 días de demora en la recuperación de las anomalías segmentarias del VI.

Conclusiones: El incremento del tiempo de recuperación de la función del VI en los pacientes con STK se asocia a un aumento de mortalidad. En los pacientes en los que no se produce una recuperación temprana habría que valorar realizar un seguimiento clínico más estrecho tras el alta hospitalaria.

673/79. VALOR PREDICTIVO DE LOS BIOMARCADORES EN EL TIEMPO DE RECUPERACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Antonio Pablo Rivas García¹, Luis López-Flores¹, Paula Marín Andreu¹, Carmen López-Flores¹, Mireia Andrés², Alberto Pérez-Castellanos³, Aitor Uribarri⁴, Iván J. Núñez-Gil⁵, Juan Carlos García-Rubira⁵ y Manuel Almendro-Delia¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Tako-Tsubo (STK) se caracteriza por una disfunción transitoria de la contracción del ventrículo izquierdo (VI) de etiología incierta. La recuperación de la función ventricular varía ampliamente entre individuos, estando la recuperación tardía (> 10 días) asociada a un peor pronóstico. En la actualidad no hay datos sobre biomarcadores que permitan predecir la evolución de la enfermedad. El objetivo fue correlacionar distintos biomarcadores con la recuperación de la función del VI en STK.

Métodos: Se utilizaron datos del Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo (RETAKO). Se recogió información sobre biomarcadores: NT-proBNP, proteína C reactiva (PCR), leucocitos y plaquetas tanto al ingreso como valor pico. Consideramos recuperación temprana la que ocurrió dentro de los primeros días tras el evento índice. Se realizó un análisis de correlación no paramétrica para valorar la capacidad predictiva de los diferentes biomarcadores sobre la recuperación de la función del VI.

Resultados: De un total de 1.463 pacientes, 373 (25,5%) presentaron recuperación tardía de la función del VI. Se vieron diferencias significativas entre los grupos en los valores de NT-proBNP, PCR y valor pico de leucocitos y plaquetas, siendo mayores en el grupo de recuperación tardía. Sin embargo en el análisis de correlación lineal se encontró una asociación significativa entre una recuperación tardía y niveles más elevados de NT-proBNP, valor pico de leucocitos y plaquetas.

Conclusiones: En una amplia cohorte Nacional de STK, valores más elevados de NT-proBNP, pico de leucocitos y plaquetas se asociaron de manera significativa a una recuperación tardía de la función del VI. Esta recuperación parece depender del grado de disfunción de VI, y la respuesta inflamatoria.

673/80. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE RECUPERACIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Paula Marín Andreu¹, María del Carmen Lopez-Flores¹, Antonio Pablo Rivas-García¹, Luis Lopez-Flores¹, Mireia Andrés², Alberto Pérez-Castellanos³, Aitor Uribarri⁴, Ivan J. Nuñez-Gil⁵, Juan Carlos Garcia-Rubira¹ y Manuel Almendro-Delia¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Tako-Tsubo (STK) suele similar un síndrome coronario agudo (SCA) y se caracteriza por una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo (VI) asociado a anomalías de la contracción segmentaria características. Inicialmente considerado como una patología benigna, se ha observado una tasa de complicaciones intrahospitalarias similares al SCA y una tasa de mortalidad durante el seguimiento que, en algunas series, supera el 5% por paciente-año. La recuperación de la función ventricular presenta una amplia variabilidad interindividual, asociándose una recuperación tardía (RT) a un peor pronóstico. Pretendimos establecer si existen diferencias entre las complicaciones intrahospitalarias de los pacientes que durante el seguimiento presentaron una RT del VI.

Métodos: Se utilizaron datos del REgistro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo (RETAKO). Se recogieron características clínicas, analíticas, ecocardiográficas y de otras pruebas de imagen. Se analizaron las complicaciones intrahospitalarias: shock, sangrado, sepsis, embolismo sistémico, ictus, fracaso renal agudo (FRA), muerte cardiovascular y por cualquier causa. Consideramos recuperación precoz (RP) la que ocurrió dentro de los primeros días tras el evento índice.

Resultados: De 1.463 pacientes analizados, 373 (25,5%) tuvieron RT del VI, frente a 1.090 (74,5%) que presentaron RP. Los pacientes con RT tuvieron una mayor tasa de shock (22,5% vs. 9,5%), embolismo sistémico (3,5% vs. 1,7%), sangrado (7,8% vs. 3,6%), sepsis (29,2% vs. 14,3%) y FRA (22,3% vs. 10,4%) en comparación con RP. Aunque la mortalidad fue mayor en el grupo con RT, no se alcanzó la significación estadística (4,6% vs. 2,6%, $p = 0,055$). El riesgo de ictus fue similar en ambos grupos (3,5% vs. 2,8%, $p = 0,469$).

Conclusiones: Los pacientes con STK con RT de la función del VI se asocian a mayor riesgo de complicaciones intrahospitalarias (shock, embolismo sistémico, sangrado, sepsis y fracaso renal agudo) que los pacientes con RP.

673/81. ENDOCARDITIS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN EL PUERPERIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, José Alejandro Claros Ruiz, Ana María Moncada Ventura, Carlos Sánchez Sánchez y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: El estreptococo agalactiae a menudo coloniza el tracto genital y gastrointestinal, siendo una causa importante de enfermedad en pacientes predispuestos. Aunque es común encontrarlo en puerperas/gestantes, la endo-

carditis secundaria a este microorganismo es rara y, generalmente, agresiva. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia sobre dicho cuadro en el embarazo/puerperio o tras procedimientos ginecológicos a propósito de un caso observado en nuestro centro de endocarditis puerperal sobre válvula aórtica bicúspide complicada con insuficiencia aórtica y defecto tipo Gerbode.

Métodos: Se han recogido los casos publicados en PubMed desde 1985 mediante una búsqueda bibliográfica usando los términos «Endocarditis», «Pregnancy» y «Agalactiae».

Resultados: Desde 1985 se han publicado 17 casos de endocarditis por *S. agalactiae* en relación con prácticas obstétricas/ginecológicas, siendo más frecuentes otros gérmenes. De los casos publicados, 8 se produjeron en el puerperio, 1 durante el embarazo, 6 tras abortos espontáneos o electivos y 2 tras técnicas ginecológicas. Suele afectar a pacientes sin cardiopatía (presente solo en uno de los casos) ni inmunosupresión previa, debutando con fiebre, disnea, mialgias y soplo. La afectación valvular más frecuente es la tricuspídea (58,82%) frente a la mitral (29,4%) y aórtica (17,6%), envolviendo ocasionalmente a varias válvulas y asociándose la endocarditis tricuspídea con cuadros más larvados. No son raras las complicaciones, destacando émbolos pulmonares (17,6%), cerebrales (5,8%), aneurismas arteriales (11,7%) y formación de fístulas (5,8%), aunque no se había descrito fístula desde TSVI hacia AD (Gerbode) en esta población como se observó en nuestro caso. El 88% presentó una buena evolución con tratamiento antibiótico (predominantemente penicilina G y gentamicina) solo o combinado con cirugía valvular, produciéndose una muerte en el grupo del tratamiento conservador y otra en el quirúrgico.

Conclusiones: El *S. Agalactiae* es un patógeno poco frecuente en la endocarditis infecciosa, presentando generalmente un curso clínico agresivo con grave destrucción valvular. Una alta sospecha clínica y tratamiento precoz resultan claves. Presentamos el primer defecto tipo Gerbode descrito en esta población por dicha etiología. La profilaxis antibiótica intraparto ha reducido significativamente la incidencia de enfermedad por estreptococo del grupo B. Sin embargo, esta no siempre es infalible o correctamente realizada, pudiendo asociar consecuencias devastadoras.

673/82. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE ABLACIÓN DE NODO AV Y ESTIMULACIÓN HISIANA COMO ESTRATEGIA DE CONTROL DE ARRITMIAS AURICULARES

Adrián Rodríguez Albarrán, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: La ablación de nodo auriculoventricular (AV) tras estimulación hisiana permanente (EHP) podría ser una opción terapéutica para el control de frecuencia cardíaca (FC) en arritmias auriculares de difícil control. El objetivo de este registro es mostrar los beneficios y seguridad de esta estrategia.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional de pacientes con arritmias auriculares permanentes de difícil control, candidatos a estrategia de control de FC, en los que se realizó EHP y ablación de nodo AV con un seguimiento posterior de al menos un año.

Resultados: Se incluyó un total de 40 pacientes, con una mediana de seguimiento de 29 meses (rango 15-36 meses) y seguimiento máximo de 60 meses. La mediana de fracción de

eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inicial fue de 55% (40-60%). En aquellos pacientes con FEVI inicialmente reducida, se observó una mejoría de la misma (mediana FEVI basal 33% [25-45%] y en el seguimiento 46,5% [40-54,25%]; $p = 0,005$). De todos los pacientes, el 47,5% presentaba basalmente clase funcional NYHA II, 40% NYHA III y 2,5% NYHA IV. Evolutivamente se encontraba un 67,5% en NYHA I, 30% NYHA II y 2,5% NYHA III ($p = 0,001$). No hubo una diferencia significativa en los umbrales tras la ablación de nodo ni en el seguimiento a más largo plazo. La mediana de umbrales de estimulación fue de 1 V (0,64-1,75) a 0,4 ms antes de la ablación, presentando 1,25 V (0,75-2) a 0,4 ms posprocedimiento y 1,25 V (0,7-2,25) a 0,4 ms en el seguimiento hasta la actualidad ($p = 0,269$). 1 de los pacientes (2,5%) sufrió microdislocación del electrodo requiriendo colocación de un nuevo electrodo en rama izquierda. 5 (12,5%) de los pacientes fueron éxitos tras más de 12 meses de seguimiento, todos ellos de causa extracardiaca.

Conclusiones: En pacientes con arritmias auriculares de difícil control en los que se realizó ablación de nodo AV tras EHP; se observó en el seguimiento mayor de 1 año una mejoría en la clase funcional NYHA y una mejoría de FEVI en aquellos pacientes con FEVI reducida de manera basal. Los parámetros de estimulación se mantuvieron estables tras el procedimiento y en el seguimiento.

673/83. LA E-CONSULTA COMO ÚNICA VÍA DE DERIVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-CARDIOLOGÍA. EXPERIENCIA PRIMER AÑO

Manuel González Correa, Francisco J. Molano Casimiro, Rafael Romero Garrido, David Villagomez Villegas y Sebastián Rufián Andújar

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

Introducción y objetivos: La complejidad creciente de las patologías cardiovasculares y la pandemia por SARS-COV2 2019, han provocado en nuestro sistema de salud dificultades para dar cobertura en tiempo suficiente a la demanda asistencial de los pacientes. El desarrollo digital de información y gestión de historia clínica han hecho necesaria la creación de nuevos métodos de relación interniveles (AP-CARDIOLOGÍA) para conseguir nuevos sistemas de derivación de pacientes con patología cardiovascular. La E-consulta aparece como un nuevo sistema digital de derivación entre AP y cardiología que intenta cambiar el método clásico de atención de pacientes ambulatorios.

Métodos: Desde octubre de 2021, en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, se establece la E-consulta como una única vía derivación de pacientes ambulatorios desde AP a Cardiología. Se establece el compromiso de contestar a las consultas generadas en un plazo no superior a 72 horas. Desde la E consulta los pacientes podían ser derivados a consulta de cardiología, dados de alta directa o generar pruebas diagnósticas que eran valoradas desde la propia E consulta.

Resultados: Desde 1 octubre de 2021 hasta 30 septiembre de 2022 se han realizado 3.155 E CONSULTAS derivadas de AP (media de 5 años previos 3.395 p). 48% hombres, edad media 57 años (12-98 a). Los motivos de consultas más frecuentes fueron Palpitaciones (24%), Dolor torácico (15,6%) y Disnea (15,3%). El 36% de pacientes (1.082 p) fueron dados de alta directa desde E consulta, 33% derivados consulta y 31% se solicitaron pruebas, de los cuales, el 83% fueron dados de alta tras pruebas sin consulta presencial. El 75% de las consultas son contestadas en las primeras 48 h (62% en primeras 24 h). De esta manera, junto con la actualización de protocolos de seguimiento, se ha conseguido dar cobertura de revisión a

4.183 pacientes sin posibilidad de esta en plazo recomendado pudiendo dar cobertura de revisión en plazo recomendados a todos los pacientes en la actualidad.

Conclusiones: La E-consulta como única vía de derivación AP-CARDIOLOGÍA ha supuesto una revolución en la accesibilidad de pacientes ambulatorios en consultas de cardiología.

673/84. LAS CUATRO ESTACIONES EN EL SCACEST

Rocío Martínez Núñez, Néstor García González, Álvaro Izquierdo Bajo, Blanca Olivares Martínez, Rafael Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El Síndrome Coronario Agudo (SCA) es uno de los problemas de salud más frecuentes en el mundo y la principal causa de mortalidad. Los objetivos de este estudio son determinar la incidencia de SCACEST y su distribución estacional (primavera/verano/otoño/invierno) así como determinar diferencias clínicas según la estación de presentación.

Métodos: Análisis retrospectivo y observacional de pacientes consecutivos hospitalizados por SCACEST en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (UCCC) de un hospital de tercer nivel en un área con clima mediterráneo entre julio 2011 y septiembre 2022. Analizamos la influencia de las estaciones en la incidencia y características del SCA.

Resultados: Se incluyó un total de 1668 pacientes: 431 en invierno, 382 en primavera, 405 en verano y 450 en otoño, con las características basales resumidas. No hubo diferencias en las características basales entre las 4 estaciones, salvo por una mayor prevalencia de obesidad en otoño. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de SCACEST entre estaciones, aunque numéricamente la mayor incidencia se registró en otoño. Tampoco hubo diferencias en la incidencia de SCA según la edad o el sexo. La incidencia de complicaciones fue similar entre estaciones, sin diferencias en la aparición de arritmias ventriculares (TV, FV), necesidad de ventilación mecánica invasiva, necesidad de soporte inotrópico o vasopresor o el desarrollo de fibrilación auricular de novo. La mortalidad intrahospitalaria fue menor en otoño, pero las diferencias no alcanzaron la significación estadística.

Conclusiones: En esta cohorte con clima mediterráneo, la incidencia de SCACEST fue mayor en otoño, sin diferencias en la presentación clínica o el pronóstico según la estación anual.

673/85. PREDICTORES DE RECUPERACIÓN TARDÍA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE TAKO TSUBO

María del Carmen López-Flores¹, Antonio Pablo Rivas-García¹, Luis Lopez-Flores¹, Paula Marín Andreu¹, Mireia Andrés², Alberto Pérez-Castellanos³, Aitor Uribarri⁴, Iván J. Núñez-Gil⁵, Juan Carlos García-Rubira¹ y Manuel Almendro-Delia⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El síndrome de Tako Tsubo (STK) se caracteriza por la disfunción transitoria del ventrículo iz-

quierdo (VI) y una presentación clínica que puede simular un síndrome coronario agudo (SCA). La recuperación de las anomalías de la contracción puede ocurrir desde horas hasta semanas tras el evento agudo. Aunque clásicamente se ha considerado una enfermedad con un pronóstico favorable, se ha observado una tasa de complicaciones durante el ingreso similar al SCA y una tasa de mortalidad significativa durante el seguimiento. El tiempo de recuperación de la función ventricular izquierda ha demostrado tener un importante valor pronóstico. El objetivo de este trabajo fue determinar los predictores clínicos de recuperación tardía (RT) del VI en el STK.

Métodos: Se utilizaron datos del Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de TAKOsubo (RETAKO). Se recogieron características clínicas, analíticas, eocardiográficas y de otras pruebas de imagen y los eventos durante la hospitalización y el seguimiento. Consideramos RT la que ocurrió tras los primeros 10 días del evento índice. Fueron excluidos los pacientes fallecidos en los 10 primeros días de ingreso.

Resultados: Se analizaron 1.463 pacientes, de los que 373 (25,5%) tuvieron una RT. La edad media fue de 71 años y el 86,6% fueron mujeres. En el grupo de RT fueron más frecuentes una edad mayor de 75 años, el sexo masculino, los antecedentes de enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar, enfermedad arterial periférica, cáncer activo, desencadenante físico, presentación inicial como disnea o síncope, presencia de shock, mayor disfunción VI al ingreso y el tipo de disineria no apical. En el análisis multivariante, se asociaron a RT la presencia de enfermedad neurológica, cáncer activo, shock durante el ingreso, una menor FEVI inicial y el desencadenante de tipo físico.

Conclusiones: Los pacientes con STK con recuperación tardía de la función del VI tienen características clínicas y formas de presentación de la enfermedad diferentes a los pacientes con recuperación temprana. Se asociaron a RT la presencia de enfermedad neurológica, cáncer activo, shock durante el ingreso, menor FEVI inicial y desencadenante físico.

673/86. PRETRATAMIENTO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Luis López-Flores, Alejandro Gómez-González, Javier Cortés-Cortés, Carlos Barea González, Manuel Almendro-Delia y Juan Carlos García-Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Existen dos estrategias con respecto a la terapia antiagregante en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST): administrar de forma rutinaria un segundo antiagregante una vez establecido el diagnóstico clínico («pretratamiento») o agregarlo cuando se conoce la anatomía coronaria. Las guías ESC 2020 sobre SCASEST apoyan la segunda opción cuando se elige una estrategia invasiva temprana. El objetivo de este estudio fue valorar los resultados en términos de eventos isquémicos, hemorrágicos, y mortalidad tras la adopción de un protocolo de manejo del SCASEST en el que se indica no pretratar de forma rutinaria.

Métodos: Se incluyen los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiovasculares de un hospital terciario desde un año y medio antes de adoptar el nuevo protocolo (marzo 2021) hasta un año y medio después. Se analizan las características clínicas, analíticas, forma de presentación y eventos isquémicos y hemorrágicos durante el ingreso, com-

parando el periodo previo a la adopción del nuevo protocolo con el periodo posterior.

Resultados: Se analizaron 386 pacientes (158 en el grupo de pretratamiento y 228 en el grupo de no pretratamiento en el año y medio previo al inicio del nuevo protocolo). No hubo diferencias en las características basales, ni en las escalas GRACE y TIMI al ingreso. La mortalidad total durante el ingreso hospitalario y el riesgo de reinfarto fueron similares en ambos grupos. Hubo una menor incidencia de sangrado relevante en el grupo sin pretratamiento, aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (9,4% vs. 6,6%). La revascularización quirúrgica fue mayor en el grupo sin pretratamiento (5,1% vs. 10,0%), sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La estrategia de no pretratamiento se asoció con una mortalidad y eventos isquémicos similares, con una tendencia hacia la reducción del sangrado y una mayor revascularización quirúrgica.

673/87. ABORDAJE VENOSO PERIFÉRICO EN EL CATETERISMO CARDIACO DERECHO

Javier González Vela¹, Francisco Toré Meléndez¹, Eva María Rodríguez García², Clara María García Jarillo¹, María del Mar Sánchez Jiménez¹, Graciela Repullo Cortés², Marina Carrasco Campos¹ y Rafael Bravo Marqués²

¹Unidad de Enfermería, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) es una prueba invasiva imprescindible para el diagnóstico y clasificación de hipertensión pulmonar (HTP). El abordaje venoso anterocubital podría constituir una buena alternativa con respecto al venoso central por la posible reducción de complicaciones y en el que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en su abordaje y posteriores cuidados. Nuestro objetivo es evaluar los beneficios del acceso venoso anterocubital en comparación con el central y remarcar el papel de la enfermería en el abordaje del mismo.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes en los que se realizó CCD en hemodinámica de nuestro centro entre enero 2019 y enero 2023. Analizamos características clínicas, vías de acceso, parámetros de fluoroscopia y complicaciones periprocedimiento.

Resultados: Se incluyen un total de 115 pacientes. Edad media de 65 ± 12 años. 56,5% sexo femenino. El 92,2% de los CCD fueron indicados para el diagnóstico o estratificación de riesgo de HTP. El abordaje venoso que se realizó fue 71,3% de los casos por venas anterocubitales (51,3% vena basilica y 20% vena cefalica) realizado por enfermería de hemodinámica mientras que venoso central 28,7% (25,2% femoral y 3,5% yugular) realizada por especialistas en cardiología. Observamos una reducción significativa de la dosis de radiación en los CCD por vía anterocubital en comparación con el acceso venoso central (4,4 Gy·cm² vs. 12,5 Gy·cm² [RIQ 4,5]; p < 0,001) y en los tiempos de fluoroscopia (2,3 minutos vs. 4,5 minutos [RIQ 2,6]; p < 0,001). Encontramos una tendencia al mayor uso de la vía anterocubital en pacientes más jóvenes y en pacientes de sexo masculino. No se observaron complicaciones por las diferentes vías de acceso.

Conclusiones: Los CCD realizados por acceso venoso periférico presentan reducción de tiempos de fluoroscopia y dosis de radiación. En los realizados por vía anterocubital la enfermería tiene un papel importante por sus habilidades para la canalización de las mismas.

673/88. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA ETIOLOGÍA Y EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LA INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA SIGNIFICATIVA

Germán Alegre García, Matías Soler González, Paloma Márquez Camas, Jesús Carmona Carmona, Luis García Rodríguez, Nelsa González Aguado, Juan José Gómez Doblas y Manuel Jiménez Navarro

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

Introducción y objetivos: Es ampliamente reconocido que la IT significativa es más frecuente en mujeres, pero prácticamente no existe información sobre las diferencias pronósticas según sexo en los diferentes grupos etiológicos. Nuestro objetivo fue analizar el impacto del sexo en la frecuencia y el pronóstico según el grupo etiológico.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos con IT significativa (grado moderado-severo o mayor) diagnosticados entre 2002 y 2017 en 3 centros andaluces. Clasificamos retrospectivamente los pacientes según sexo y tipo de IT en base a datos clínicos y ecocardiográficos. El tipo de IT quedó definido en el primer paso que cumpliera los criterios establecidos, diferenciando en etiología congénita, orgánica (enfermedad estructural tricuspídea), valvulopatía izquierda (estenosis mitral leve u otra valvulopatía al menos moderada), disfunción ventricular, asociada a hipertensión pulmonar, o atrial (al no cumplir ninguna de las anteriores y presentar dilatación auricular). Posteriormente comparamos prevalencia y mortalidad por todas las causas en función del sexo para cada etiología.

Resultados: Se incluyeron 778 pacientes, 71% mujeres. La mediana de seguimiento fue 40,2 meses (rango intercuartílico 11,2-80,9). Al comparar la frecuencia de cada grupo etiológico según sexo, únicamente encontramos diferencias significativas en la IT asociada a disfunción ventricular (9,7% varones vs. 3,1% mujeres, $p < 0,001$). En términos de supervivencia, encontramos diferencias significativas con mayor supervivencia en mujeres con etiologías orgánica (92,4 meses en mujeres vs. 54,1 en varones, $p = 0,021$), secundaria a valvulopatía (79,6 meses en mujeres vs. 54,1 en varones, $p < 0,001$) o hipertensión pulmonar (58,9 meses en mujeres vs. 28,7 en varones, $p = 0,01$). En el resto de los grupos etiológicos las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: La IT significativa se observó en un porcentaje más elevado de mujeres (71%). Respecto a la frecuencia para cada tipo de IT, únicamente se encontraron diferencias significativas en aquella secundaria a disfunción ventricular, siendo más frecuente en hombres. En cuanto a las curvas de supervivencia, se encontraron diferencias significativas con mayor supervivencia en el grupo de las mujeres en la IT orgánica, secundaria a valvulopatía y secundaria a hipertensión pulmonar.

673/90. VALOR PRONÓSTICO DE LA CARDIORRESONANCIA MAGNÉTICA EN EL INFARTO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS

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

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

Introducción y objetivos: La cardiorresonancia magnética (CRM) resulta fundamental en el diagnóstico diferencial del

infarto de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA). Se pretende estudiar si establecer un diagnóstico certero con CRM tuvo implicaciones pronósticas.

Métodos: Se estudiaron los pacientes ingresados en el último año con diagnóstico de trabajo de MINOCA y CRM realizada. Se recogieron datos de su historia clínica y pruebas complementarias. Se establecieron dos grupos en base al diagnóstico final: MINOCA (CRM no diagnóstica) o miocarditis (grupo 1) y síndrome de Tako-Tsubo (STT) o infarto de miocardio embólico (IME) (grupo 2). Se realizó test exacto de Fisher frente a variables cualitativas, y prueba de T de Student frente a variables cuantitativas.

Resultados: Se estudiaron 17 pacientes, 41,2% mujeres. Solo 5 pacientes tenían algún factor de riesgo cardiovascular. Las variables edad y fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) por CRM se ajustaban a la distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La edad media fue de 45,53 años ($\pm 18,84$), la FEVI media por CRM fue del 56,59% ($\pm 14,77$). El diagnóstico final tras CRM se obtuvo en 12 pacientes (70,6%): 6 miocarditis (50%), 4 IME (33,3%), 2 STT (16,7%). Durante el seguimiento se registraron 5 eventos en 4 pacientes (3 infartos, 1 ictus y 1 muerte cardiovascular); todos ocurrieron en el grupo 2, consiguiendo significación estadística frente al grupo 1 (prueba exacta de Fisher, $p = 0,006$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para las variables edad y FEVI por CRM (prueba de la T, $p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestra serie, el diagnóstico de STT o IME frente al de miocarditis o MINOCA (no diagnóstica), tuvo valor pronóstico como predictor de eventos mayores durante el seguimiento. Un adecuado diagnóstico etiológico basado en la CRM permitiría una mejor estratificación de diferentes grupos de riesgo según el diagnóstico final.

673/91. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER

Virginia Pérez Ramírez, Patricia Azañón Cantero, Rocío Rodríguez Delgado, María José Romero Reyes, Sara Ballesteros Pradas y Francisco Javier Molano Casimiro

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

Introducción y objetivos: Actualmente las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo mayor en las mujeres. Nuestro objetivo es estudiar las diferencias entre dos cohortes de mujeres que ingresan en nuestro centro por SCA a diez años de diferencia.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico de dos cohortes de mujeres que ingresan en nuestro centro por SCA a diez años de diferencia (2009-2019). Analizamos las diferencias en la prevalencia de los FRCV, así como el avance de los diferentes tratamientos.

Resultados: Incluimos un total de 198 mujeres, con edad media de 69,5 años. No encontramos diferencias en la prevalencia de HTA, DM o dislipemia, aunque en 2019 ingresaban significativamente más mujeres con HbA1c $> 6,5\%$ (38,4% vs. 34,3%) y con antecedente de tabaquismo (23,2% vs. 12,1%). En el antecedente de FA no hubo diferencias, aunque sí en la tasa de anticoagulación (15,2% en 2019 frente a 3% en 2009). Además, en 2009 existía un mayor número de mujeres que consultó durante el año previo por dolor torácico en Urgencias (22,2% vs. 9,1%). En cuanto al tratamiento, en 2009 se hacía significativamente más fibrinólisis (9,1% vs. 3%) y un menor número de casos con revascularización percutánea completa (31,3% vs. 56,6%) e incompleta (25,3% vs. 9,1%). No

había diferencias significativas en la prescripción al alta de AAS, BB, IECAS/ARA II, pero sí en la elección del segundo antiagregante, con significativamente mayor empleo de Clopidogrel en 2009 (77,8% vs. 33,3%) y Ticagrelor en 2019 (38% vs. 0%). Los eventos MACE al mes estaban presentes en la misma proporción en ambas cohortes.

Conclusiones: Respecto al perfil clínico de las pacientes que ingresan en nuestro centro por SCA en 2019 y 2009, se detectó un aumento en el consumo de tabaco y un peor control de la diabetes. En 2019 encontramos significativamente menos consultas previas en ese mismo año por dolor torácico, pudiendo traducir una mejor identificación del SCA en mujeres. Así mismo, se observó un aumento significativo de la revascularización percutánea frente a la fibrinólisis, con un porcentaje significativamente mayor de revascularización completa y cambio en la elección del segundo antiagregante.

673/92. HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y PARÁMETROS LIPOPROTEICOS COMO PREDICTORES DE LA SEVERIDAD Y COMPLEJIDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ

José Alejandro Claros Ruiz, Leopoldo Fernández Ruz, Carlos Sánchez Sánchez, Cristóbal A. Urbano Carrillo y Javier Mora Robles

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

Introducción y objetivos: En la evaluación del riesgo en el paciente cardiovascular existe una evidencia creciente de la importancia de ampliar el estudio a otros parámetros como lipoproteína a [Lp(a)], apoproteína B (apoB) y uso de índices lipoproteicos, así como determinar la hemoglobina glicosilada (HbA1c) para la detección de nuevos casos de diabetes. Nuestro objetivo es el de estudiar estos parámetros en pacientes no diabéticos con cardiopatía isquémica (CI) precoz (≤ 65 años), así como el de evaluar su relación con la severidad y complejidad de la enfermedad coronaria hallada, usando el SYNTAX score, cuya evidencia aún no está bien establecida.

Métodos: Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de 76 pacientes de entre 18 y 65 años ingresados por CI, entre junio 2022 y enero 2023. Mediante el uso del programa estadístico SPSS se realizó un análisis descriptivo, así como el estudio de significación estadística entre los datos analíticos y la severidad de la enfermedad coronaria por SYNTAX score.

Resultados: El 71,1% eran varones, la edad media fue $54,95 \pm 7,67$ años. El 75% eran fumadores y 46,1% hipertensos. HbA1c media fue de $5,65 \pm 0,56\%$ y respecto al perfil lipídico, los valores promedio (mg/dL) fueron: colesterol total (CT) $165,63 \pm 41,77$, cHDL $36,67 \pm 8,7$, cLDL $98,03 \pm 37,17$, triglicéridos (TG) $151,84 \pm 60,72$, ApoB $101,7 \pm 27,32$, Lp(a) $50,19 \pm 66,61$. Igualmente calculamos los siguientes índices: CT/cHDL $4,72 \pm 1,52$, cLDL/cHDL $2,81 \pm 1,27$, cLDL/ApoB $0,96 \pm 0,19$, TG/cHDL $4,42 \pm 2,24$. El 73,7% de los pacientes presentó un SYNTAX score ≤ 23 , 18,4% entre 24-31, y 7,9% ≥ 32 . Al comparar estos 3 grupos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el valor de Lp(a), siendo mayor en el grupo SYNTAX score ≥ 32 respecto al score de 24-31, y también en el valor del índice CT/HDL, siendo mayor en los pacientes con SYNTAX score de 24-31 con respecto a los que presentaban un score ≤ 23 . No encontramos diferencias significativas en cuanto a HbA1c.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes no diabéticos con CI precoz, niveles elevados de Lp(a) y del cociente CT/cHDL se asocian con una mayor puntuación en el SYNTAX score, pudiendo ser de utilidad como predictores de severidad y complejidad de la enfermedad coronaria.

673/93. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA TRAS INTERVENCIÓN PERCUTÁNEA

Luis García Rodríguez, Cristian Peláez Berdun y Fernando Carrasco Chinchilla

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

Introducción y objetivos: Los avances en procedimientos percutáneos han permitido expandir el tratamiento de la insuficiencia tricuspídea (IT), hasta hace poco restringido a la cirugía para una parte de los pacientes. Dada la irrupción relativamente reciente de estos procedimientos se desconoce con exactitud la variación pronóstica que suponen. Se describe las características y la evolución clínica de una serie de pacientes con IT sometidos a intervencionismo percutáneo, habiendo sido presentados previamente en sesión médico-quirúrgica.

Métodos: Estudio observacional realizado en Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga tras iniciar un programa de tratamiento percutáneo de IT (enero de 2020-enero 2023), con un seguimiento mínimo intra-paciente de 5 meses.

Resultados: Se evaluó a 47 pacientes con edad media de 74,8 años y NYHA 3 en un 68%. 21 de los pacientes tenían IT secundaria, 17 aislada y 9 orgánica (7 de ellos por interposición de cable de dispositivo y 2 por causa reumática). Se realizó 16 reparaciones borde-borde y 10 implantes de prótesis heterotópica, quedando el resto pendiente de evolución o con contraindicación para tratamiento percutáneo. Se observó que 5 (50%) de los pacientes con prótesis heterotópicas y 1 (6,25%) con reparación borde-borde precisaron reingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca ($p = 0,239$). De los 5 pacientes con prótesis heterotópica que reingresaron 4 fallecieron, con una media de 356 días desde el implante. Uno de los tratados borde-borde también falleció (a los 245 días del implante). Se registró un 6,25% de mortalidad en los pacientes reparados borde-borde versus 40% en los tratados con válvula heterotópica ($p = 0,26$). Los pacientes con prótesis heterotópica tenían peores características ecocardiográficas previas a la intervención que los borde-borde, siendo la media del diámetro telediastólico del ventrículo derecho de los pacientes con reparación borde-borde 48,1 mm y la de los de prótesis heterotópica 49,9 mm ($p = 0,67$), así como una media del TAPSE de 17,8 mm para los reparados borde-borde y de 16,6 mm para los de prótesis heterotópica ($p = 0,66$).

Conclusiones: En los pacientes tratados con prótesis heterotópica (aquellos con contraindicación para reparación borde-borde) se observó peor funcionalidad de ventrículo derecho, mayor tasa de reingreso hospitalario y mayor mortalidad que en aquellos tratados con reparación borde-borde.

673/94. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INGRESO POR SHOCK CARDIOGÉNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS TRES PRIMEROS TRIMESTRES DE 2022

Ana María Campos Pareja¹, José Antonio Guerrero Durán², Inmaculada Palacios García³, Carmen Cepeda Franco⁴, Reyes Vázquez⁵, Carmen Bejarano Jurado⁶, Ana Ortíz Álvarez⁷, David Chinchón Espino⁸, Catalina Márquez Vega⁷ y Ana María Calderón Cabrera⁹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Investigación, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Unidad de Cirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Unidad de Anestesiología, Hospital

Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁶Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁷Unidad de Pediatría, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁸Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁹Unidad de Ginecología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El shock cardiogénico es una entidad de elevada mortalidad a pesar del abordaje multidisciplinar en su diagnóstico y de los últimos avances terapéuticos implementados en unidades especializadas. Conocer las características de los pacientes ingresados en nuestro hospital con dicho diagnóstico es imprescindible para identificarlo precozmente, averiguar la causa desencadenante e instaurar un soporte cardiocirculatorio adecuado para mantener una perfusión sistémica óptima, con vistas a incrementar las tasas de supervivencia. Con ese fin, desde la Comisión de Mortalidad de nuestro hospital quisimos analizar las características de los pacientes ingresados con diagnóstico de shock cardiogénico durante los tres primeros trimestres de 2022.

Métodos: Analizamos las características demográficas, clínicas y del ingreso hospitalario de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de shock cardiogénico en nuestro hospital desde enero a septiembre de 2022. Los datos fueron proporcionados por el Servicio de Documentación de nuestro centro a partir del CMDB de nuestro hospital.

Resultados: Durante ese periodo 74 pacientes ingresaron con diagnóstico de shock cardiogénico en nuestro hospital. La edad media de los pacientes fue de 57,5 años. El 67,6% eran hombres. El 9,5% eran pacientes pediátricos, siendo el 66,7% de ellos menores de 1 año de edad. La estancia media hospitalaria del total de pacientes fue de 16,92 días, siendo el percentil 75 de 22,25 días. La cardiopatía isquémica fue la etiología en más del 60% de los shock cardiogénicos en adultos, mientras que las cardiopatías congénitas fueron la etiología más prevalente en niños. El 66,2% de los pacientes ingresaron directamente en Cardiología o Medicina Intensiva. La tasa de éxito fue del 54,1% en adultos y 57,1% en niños. La causa de muerte más frecuente fue el fracaso multiorgánico (63,5%) seguida de insuficiencia cardiaca irreversible (24,3%), la sepsis y el distrés respiratorio.

Conclusiones:

- El shock cardiogénico engloba diagnósticos fisiopatológicos muy diversos que exigen de un abordaje multidisciplinar.
- Presenta una elevada mortalidad a cualquier edad de presentación.
- Exige un estudio profundo para implementar áreas de mejora en los diferentes subtipos de shock que puedan repercutir en incrementar las tasas de supervivencia.

673/96. EVENTOS EN PACIENTES DADOS DE ALTA DESDE LA E-CONSULTA SIN NECESIDAD DE VALORACIÓN PRESENCIAL

María del Rocío Costales Pavón, Marta Barba Jiménez, Manuel González Correa, Rafael Romero Garrido, David Villagomez Villegas, Francisco J. Molano Casimiro y Sebastián Rufián Andújar

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

Introducción y objetivos: Gracias al desarrollo de las herramientas de información digital, la atención de pacientes ambulatorios y las relaciones interniveles en el manejo de los procesos más prevalentes han evolucionado a un modo de valoración semipresencial. La E-consulta como herramienta de atención de pacientes ambulatorios en cardiología a través de una relación estrecha con Medicina de Familia permite este

modo de valoración. El objetivo de este estudio es establecer la seguridad de esta nueva forma de asistencia analizando la tasa de eventos en seguimiento de pacientes dados de alta desde E-consulta sin pasar por consulta física de cardiología.

Métodos: Desde septiembre de 2021 se instaura en nuestro área de gestión sanitaria la E-consulta como única vía de derivación de pacientes con sospecha de problemas cardiológicos ambulatorios. Las valoraciones se realizaban en base a la interpretación por parte de Cardiología de anamnesis, exploración física, Rx de tórax, electrocardiograma y análisis llevado a cabo por el Médico de Atención Primaria que realiza la consulta. Una vez valorados, los pacientes podían ser dados de alta directa, derivados a realización de otras pruebas diagnósticas o aconsejados a valoración en consulta presencial. Se seleccionaron los pacientes que hubieran cumplido un año de seguimiento desde la primera consulta para valorar la incidencia de ingreso hospitalario, mortalidad total o por causa cardiovascular.

Resultados: Desde el 15/9/2021 hasta el 30/05/2022 han sido derivados un total de 1.988 pacientes de ATENCIÓN PRIMARIA a CARDIOLOGÍA. 1.279 p (64,2%) fueron dados de alta, de estos 701 p (55%) fueron dados de alta desde el primer contacto sin necesidad de pruebas complementarias (test de isquemia, Holter o ecocardiograma). Tras un año de seguimiento 13 p (0,006%) ingresaron por el motivo que se consultaba, 17 p (0,008%) fallecieron por cualquier causa, 1 paciente fallece de causa cardiovascular.

Conclusiones: La E consulta como sistema único de derivación de pacientes desde Atención Primaria a Cardiología permite mejorar la accesibilidad de estos, agilizar su valoración y demuestra seguridad en aquellos dados de alta sin necesidad de consulta presencial

673/97. USO ACTUALIZADO EN NUESTRO MEDIO DE LOS REGISTRADORES PORTÁTILES DE EVENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARRITMIAS ESPORÁDICAS

Hadi Nagib Raya, Sara Corpas Pérez, Cristina Cánovas Galindo, Daniel Montes Chacón, Ángel Prades Sánchez, Jesús Gabriel Sánchez Ramos y Eduardo Moreno Escobar

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: Los registradores portátiles de eventos se han implementado en el Servicio de Cardiología para la monitorización del ritmo cardiaco como alternativa al Holter para detectar arritmias esporádicas con periodicidad superior a 48 horas e inferior a 30 días. Nuestro objetivo es cuantificar el éxito en el diagnóstico de estas arritmias tras la monitorización y su correlación con los síntomas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se definieron los pacientes a los que se le indicó la prueba con el registrador portátil de evento, entregándose el mismo día (a diferencia del Holter tradicional), durante 15-30 días según la clínica. Se identificaron los profesionales implicados y sus funciones, destacando la importancia de un coordinador. Se ha generado una base de datos para el registro de los dispositivos, una guía de uso para el paciente y un documento de compromiso de entrega del paciente.

Resultados: Se entregaron un total de 341 dispositivos, de diciembre de 2020 a febrero de 2023, de los cuales 325 estudios han sido ya completados. De ellos se han analizado 260 casos. Entre los estudios analizados, el 88% tienen test diagnóstico concluyente (no precisa test adicional), el 7% de los pacientes no han realizado envío de ECG (por ausencia de síntomas), el 4% se han clasificado como no concluyentes (se indicó una prueba adicional para resolver el diagnóstico), y el 0,4% han

sido registros no interpretables. En el 72% con diagnóstico concluyente no se han encontrado hallazgos significativos a pesar de síntomas. En 27 pacientes se han detectado arritmias clínicamente significativas (FA, Flutter, TPSV), a los cuales se les ha indicado estudio electrofisiológico. El tiempo de resolución del diagnóstico es de 45 días y el tiempo total del préstamo es de 26 días de media.

Conclusiones: El registro portátil de eventos es una herramienta precisa y con una rentabilidad diagnóstica del 88%, descartándose eventos en el 72% de ellos. Del 28% restante con arritmias, 27 se derivaron a estudio electrofisiológico. Solo un 12% quedan con necesidad de más estudio. Por tanto, es de utilidad como alternativa al Holter convencional para muchos pacientes con clínica de palpitaciones esporádicas.

673/98. PRONÓSTICO A LARGO PLAZO TRAS UN PRIMER EVENTO DE TORMENTA ARRÍTMICA. ¿ES NECESARIO REALIZAR ABLACIÓN SISTEMÁTICAMENTE?

Ernesto Ruiz Pereira, Pablo Martín Marín, Manuel Frutos López, Juan Antonio Sánchez Brotons, Carmen González de la Portilla-Concha, Eduardo Arana Rueda, Ana María Campos Pareja, Lorena García Riesco, Juan Acosta Martínez y Alonso Pedrote Martínez

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

Introducción y objetivos: La Tormenta Arrítmica (TA) se define como la presencia de 3 o más episodios de arritmias ventriculares o terapias efectivas de DAI, separadas 5 min entre sí, en un intervalo menor de 24 h. En los últimos años, se ha avanzado en estandarizar su tratamiento. Sin embargo, existe escasa evidencia respecto a la predicción de eventos adversos y mala evolución durante el seguimiento. Los objetivos son describir las características de una cohorte de pacientes atendidos por un primer evento de TA, así como su pronóstico a largo plazo, e identificar factores predictores de mala evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo sobre una cohorte de pacientes ingresados en nuestro centro desde el año 2006-2022 con diagnóstico de TA. Se estudió la incidencia de mortalidad, reingresos y recurrencias durante el seguimiento. Se recogieron variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas y se analizó su relación con los eventos.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes (85,6% hombres, 62,8 ± 15,1 años, 47% isquémicos). 11 pacientes fueron sometidos a ablación de sustrato como estrategia inicial, y en otros 19 se realizó posteriormente. La mediana de seguimiento fue de 34 (12-69) meses. Durante el seguimiento, 57 (58,7%) pacientes reingresaron por causa cardiovascular y 32 (33%) pacientes presentaron recurrencia de TA. Un total de 53 (54,6%) pacientes fallecieron; 32 (32,9%) fallecieron por causa cardiovascular (11 por causa arrítmica). De los pacientes fallecidos, 20 (37,7%) no presentaron recurrencias de terapias DAI o de TA, sin haber sido sometidos a ablación de sustrato previamente. La mediana de tiempo hasta el fallecimiento fue de 23 (6-52) meses. La edad [OR 1,08 (1,02-1,1); p = 0,07] y la FEVI [OR 0,94 (0,9-0,98); p = 0,015] fueron los únicos predictores independientes de mortalidad. La recurrencia de terapias de DAI o de TA no tuvo impacto en la mortalidad. La ablación no se asoció a beneficio en la supervivencia.

Conclusiones: Los pacientes con un primer evento de TA presentan una elevada mortalidad no arrítmica durante el seguimiento. Esto hace que una estrategia de ablación sistemática en todos los pacientes con un primer evento de TA pueda resultar fútil. Son necesarios más estudios para identificar a los pacientes que se puedan beneficiar de una estrategia inicial de ablación.

673/99. IMPACTO SOBRE EVENTOS CLÍNICOS AL AÑO DE IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA CARDIORRENAL SEGÚN EL DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SEC Y SEN

Felix Rosa Longobardo¹, José Raúl López Aguilar¹, Irene Díaz Díez², Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Fernando Fernández Girón², José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés del Valle Montero¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El síndrome cardiorrenal es una entidad compleja en la que el daño cardíaco propicia la progresión del daño renal y viceversa. Son pacientes con dificultades en el manejo farmacológico y con elevada comorbilidad. Una consulta monográfica Cardiorrenal con cardiólogo y nefrólogo presentes en la misma puede suponer una visión más estructurada con mejor implementación de los fármacos pronósticos y con resultados en parámetros de salud.

Métodos: Estudio descriptivo donde analizamos los resultados de los pacientes revisados en la consulta Cardiorrenal que han completado 1 año de seguimiento, analizando las características demográficas, implementación de los fármacos pronósticos e impacto en variables clínicas como asistencias a urgencias, ingresos hospitalarios y mortalidad.

Resultados: Incluimos a un total de 40 pacientes, edad media 70 años, 25% mujeres, FEVI promedio 35% (72% de causa isquémica) y filtrado renal 30,3 ml/min. Comorbilidad asociada: 85% HTA, 90% dislipemia y 62,5% DM. 47,5% tabaquismo en algún momento. Basalmente el 80% tomaban ARNI, 48,6% ARM y 25,7% iSGLT2. Al año de seguimiento 94%, 64,7% y 73,5% respectivamente. Betabloqueantes similar en ambos grupos (85,7% vs. 88,2%). Solo el 14,3% de los pacientes tomaban los 4 fármacos inicialmente frente al 45% al final de seguimiento. Comparando con el año previo a la inclusión en consulta Cardiorrenal, se consigue una reducción del 46% en la asistencia a urgencias y del 53% en ingresos hospitalarios. El 75% de los pacientes estaban antes en clase funcional I-II NYHA frente al 91,2% al año. Al año de seguimiento presentan menores niveles de proBNP (5.355 vs. 4.886 pg/ml de media, p < 0,001) y sin progresión en el deterioro de función renal, incluso con ligera mejoría del filtrado (30,3 vs. 31,6 ml/min). Mortalidad global 15%.

Conclusiones: La consulta Cardiorrenal permite una visión global y estructurada de un grupo de pacientes de alta morbilidad, consiguiendo una optimización en el tratamiento pronóstico. Esto junto con un seguimiento estrecho y multidisciplinar, consigue reducciones significativas de las asistencias a urgencias e ingresos hospitalarios y mejoría de capacidad funcional.

673/101. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Blanca Olivares Martínez, Marta Pelaz Sánchez, Beatriz Lorenzo López, Francisco Javier Cortés Cortés, Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Varios estudios señalan que las mujeres con cardiopatía isquémica presentan peor pronóstico, marcado por una mayor mortalidad, tasa de complicaciones y

también menos tratamiento intervencionista y farmacológico. En este estudio analizamos si existen tales diferencias en los pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA) en la Unidad Coronaria (UC) de nuestro centro.

Métodos: Registro observacional unicéntrico, de julio 2011 a agosto 2022, de pacientes ingresados con SCA (tanto sin como con elevación del segmento ST-SCASEST y SCACEST respectivamente) en una UC.

Resultados: Se incluyeron 3161 pacientes con SCA (edad media 63 años [22-94]), siendo el 26,4% mujeres. La edad media fue mayor en mujeres (61,71 vs. 68,9 años), además tuvieron mayor prevalencia de hipertensión arterial (72,52% vs. 55,92%), diabetes mellitus (37,5% vs. 32,31%), insuficiencia cardiaca previa y enfermedad renal crónica (ERC). Por el contrario, el tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva fueron más frecuentes en varones. La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en mujeres (OR 2,18, IC 95% 1,63-2,92; $p < 0,000$). En cuanto a las complicaciones, las mujeres presentaron también mayor tasa de hemorragias (OR 1,35, IC 95% 1,05-1,73; $p < 0,017$) y shock cardiogénico (OR 1,43, IC 95% 1,1-1,84; $p < 0,006$). No se observaron diferencias significativas en complicaciones isquémicas (reinfarto, trombosis del stent e ictus), incidencia de fibrilación auricular o arritmias ventriculares durante el ingreso. Respecto al tratamiento farmacológico intrahospitalario y al alta, en mujeres hubo menor prescripción de Prasugrel, estatinas, betabloqueantes e IECAS; si bien la prescripción de clopidogrel fue mayor. Apreciamos también menor prescripción de ticagrelor al alta, aunque sin diferencias durante el ingreso. El análisis multivariante ajustado por edad, comorbilidades y complicaciones intrahospitalarias, identificó los siguientes predictores de mortalidad: diabetes, edad, ERC previa, hemorragias severas y la categoría Killip-Kimball. El sexo femenino sin embargo no alcanzó la significación estadística (OR 1,28, IC 95% 0,89-1,84; $p = 0,169$).

Conclusiones: En nuestro estudio, las mujeres ingresadas por SCA presentaron mayor mortalidad y tasa de sangrados, si bien las diferencias en mortalidad desaparecieron tras ajustar por edad, complicaciones y comorbilidades. El tratamiento farmacológico fue menor y menos potente. Es necesario conocer estas diferencias para una atención médica más personalizada.

673/103. LEVOSIMENDÁN EN IC AVANZADA: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

José David Martínez Carmona, Manuel Luna Morales, Arancha Díaz Expósito, Ainhoa Robles Mezcua, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza, Clara Jiménez Rubio y José Manuel García Pinilla

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

Introducción y objetivos: El uso de la terapia con levosimendán intravenoso se ha extendido en los últimos años, siendo la insuficiencia cardiaca (IC) avanzada una de las dianas de aplicación. En el presente estudio, reflejamos la evolución de los pacientes de nuestra unidad de IC avanzada.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con pacientes incluidos en el protocolo de infusión de levosimendán ambulatorio de nuestro centro, entre el 2011-2023, determinando las características basales y los eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes con una edad media de 68 años (55-74), siendo un 24,5% mujeres. Se recogen las características basales, destacando una FEVI media del 26,5%, la ERC 34,7% y portadores de DAI 87,8%. Las indicaciones de levosimendán fueron: puente a trasplante 20,4%, terapia des-

tino 57,1% y puente a decisión 20,4%. La etiología predominante fue la disfunción sistólica VI posinfarto (46,9%).

Durante el tiempo analizado se observó un bajo porcentaje de episodios de descompensación de IC (0 un 34%, 1 un 14,3%, 2 un 8,2% y 4,6 y 8 un 2%). Asimismo, también se objetivó un bajo número de ingresos hospitalarios por descompensación de IC (1 un 20,4%, 2 un 6,1%, 5 un 2% y 8 un 2%). Se realizó trasplante cardiaco en 7 pacientes de los cuales, el 71% pertenecían al grupo de terapia puente, y el 29% al grupo de puente a decisión. Se observó una mortalidad del 22,9% (11 eventos) durante el seguimiento, con una mediana de 556 días (331-1023), con un menor número de eventos en pacientes en tratamiento con ARNI (0 vs. 33,3% $p = 0,01$) y un mayor número de eventos en aquellos en tratamiento con levosimendán como terapia destino (37% vs. 5%, $p = 0,014$).

Conclusiones: Apreciamos una baja tasa de eventos en nuestro grupo de pacientes con IC avanzada e infusiones ambulatorias de levosimendán, probablemente favorecido por su estrecho seguimiento. El tratamiento con ARNI se presentó como factor de buen pronóstico. La indicación del tratamiento como terapia destino se presentó como factor de mal pronóstico, pudiendo explicarse por ser pacientes con peor situación basal y menor posibilidad de medidas terapéuticas avanzadas.

673/104. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL SEGÚN EL MECANISMO QUE LA ORIGINA Y TRATADOS CON REPARACIÓN PERCUTÁNEA BORDE A BORDE

Luis Carlos Maestre Luque, Ana Rodríguez Almodóvar, Martín Ruiz Ortiz, Fátima Esteban Martínez, Alberto Torres Zamudio, Monica Delgado Ortega, Manuel Díaz Andrade, Alberto Moran, Javier Heredia Flores y Manuel Pan Alvarez Ossorio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La reparación transcáteter borde a borde (clip mitral) se utiliza cada vez más en pacientes seleccionados con insuficiencia mitral (IM), pero hay pocos estudios que comparen sus resultados según el mecanismo de la IM. En función de este, se identifica la IM orgánica (IMO) y la IM funcional (IMF). Sin embargo, los pacientes con IM mixta (IMM) en los que participan ambos mecanismos se suelen excluir de los estudios. El objetivo es evaluar y comparar las características basales así como el pronóstico de los pacientes con IMO, IMM e IMF tratados con clip mitral.

Métodos: Se incluyeron 151 pacientes diagnosticados de IM severa tratados con clip mitral entre noviembre de 2011 y junio de 2022. 89 pacientes con válvulas mitrales estructuralmente normales se clasificaron como IMF, mientras que 38 pacientes con anomalías valvulares se clasificaron como IMO. 24 pacientes con anomalías valvulares en los que existía además un mecanismo funcional fueron clasificados como IMM.

Resultados: Los pacientes con IMM tienen características basales intermedias entre IMO e IMF. Así, la edad de la IMO es 77(71-82) años frente a 75 (71-82) de la IMM y 67 (59-76) de la IMF ($p < 0,0005$). Las IMO tienen un riesgo valorado por STS score de 4,99 (3,08-8,71) frente al 3,64 (2,66-6,13) de la IMM y el 3,30 (1,80-5,14) de la IMF ($p = 0,004$). Los diámetros ventriculares son mayores en la IMF (diastólico 69 ± 10 mm frente 60 ± 8 mm en IMM y 55 ± 8 mm en IMO, $p < 0,0005$; sistólico 57 (50-65) mm frente a 38(33-47) mm en IMM y 31(27-38) mm en IMO, $p < 0,0005$). Las complicaciones relacionadas con el procedimiento son 8 (26%) en la IMO frente a 3 (14%) en la IMM y 5 (6%) en la IMF, $p < 0,02$. La mediana (p25-75) de seguimiento de los pa-

cientes fue de 16 (6-44) meses. No encontramos diferencias significativas en las curvas de mortalidad por todas las causas y para el evento compuesto de mortalidad e ingreso por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: Las características basales de los pacientes con IMO, IMM e IMF tratados con clip mitral son diferentes. A pesar de ello, el pronóstico tras el tratamiento es similar en los tres grupos.

673/105. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Isabel García Olea, Fabiola Nicolás Cañadas, Elvira Carrión Ríos, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Nuestro objetivo es conocer el grado de optimización del tratamiento de nuestros pacientes con IC que ingresan en el hospital.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por IC en una planta de hospitalización de Cardiología desde abril a noviembre de 2022. Se analizan sus características clínicas y el tratamiento previo al alta, así como los reingresos y la mortalidad precoz.

Resultados: Durante los 7 meses de seguimiento se incluyen 101 pacientes que ingresan por IC. El 58% son hombres, la edad media es de $71,7 \pm 12$ años y el índice de Charlson medio es de 5,34. Al ingreso, el nivel medio de NTproBNP y de CA125 es de 8583 y 185 respectivamente. Al alta se consiguen reducir en el 60,5% de los pacientes las cifras de NTproBNP al menos un 30%. En los pacientes con FEVI reducida, el 67,4% reciben la cuádruple terapia. La causa más frecuente de no instaurarla es la hipotensión (68%) seguida de la insuficiencia renal (19%). El grupo farmacológico menos prescrito son los ARM (58%). En los pacientes con FEVI preservada se inicia tratamiento con iSGLT2 en el 64% de los pacientes. Los reingresos precoces fueron del 13,3% asociados de forma significativa a la FEVI y al empeoramiento de la función renal. La mortalidad a los 30 días fue del 7,7% asociada a la edad, la FEVI, el empeoramiento de la función renal y los niveles de CA 125 y NTproBNP al alta ($p < 0,05$).

Conclusiones: La insuficiencia cardiaca es una enfermedad que produce un deterioro progresivo, siendo necesario introducir los fármacos que mejoran el pronóstico lo antes posible. Nuestros datos nos muestran que se puede conseguir un porcentaje alto de optimización durante el ingreso y que una mejor descongestión se asocia a una menor mortalidad precoz.

673/106. ANÁLISIS DE LA MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Isabel García Olea, Ricardo Fajardo Molina, Eva González Llamas y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El pilar fundamental para reducir eventos coronarios futuros a pacientes con cardiopatía isquémica crónica (CIC) es el control de los FRCV y sobre todo del colesterol, del que se ha visto que incluso con cifras muy bajas se obtiene beneficio. Nuestro objetivo es analizar cómo se monitorizan los niveles de colesterol en la CIC y si es necesari-

rio implementar una estrategia específica para mejorar el manejo de nuestros pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio (IAM) entre noviembre de 2021 y enero de 2022, en los que se analizan las cifras de LDL que presentan al alta hospitalaria y tras varios meses de seguimiento, así como el régimen terapéutico seguido.

Resultados: Durante 3 meses se recogen datos de 76 pacientes que ingresan por IAM. Al alta se determinó el LDL al 68%, presentando el 82,4% una cifra superior a la recomendada (> 55 mg/dL), con un valor medio de 95 mg/dL. El tratamiento hipolipemiente más prescrito fue la monoterapia con una estatina de alta potencia (72,6%), seguida de la combinación junto a ezetimibe (24,7%). Durante el seguimiento, en los 6 primeros meses se determinó el LDL al 56% y solo alcanzaron niveles en rango el 38,1% (valor medio de 72 mg/dL). Entre los 6 y los 12 primeros meses se determinó el LDL al 54,7%, consiguiendo cifras objetivo el 47,6% (valor medio de 71 mg/dL). Tras un año de seguimiento el 50% de los pacientes seguían recibiendo como tratamiento hipolipemiente una estatina y el 40,7% una estatina junto a ezetimibe.

Conclusiones: A raíz de nuestros resultados observamos que muchos de nuestros pacientes no presentan un LDL en rango objetivo y que la monitorización de dichos niveles a lo largo del tiempo no se realiza de manera adecuada. Así pues, vemos que existe un claro área de mejora en este campo. Por ello en nuestro hospital se ha creado un Comité conformado por Cardiología clínica, Hemodinámica y Rehabilitación cardiaca con el objetivo de diseñar un protocolo de actuación para definir una estrategia común a implementar y conseguir así un mejor manejo y seguimiento de nuestros pacientes.

673/107. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Beatriz Girela Pérez, María Elena Rodríguez Gómez, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La incidencia total de la insuficiencia cardiaca (IC) en Europa está en aumento debido al envejecimiento de la población, lo que supone un gran problema de salud pública. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes ingresados por IC en un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 101 pacientes ingresados por IC en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas de los pacientes, FRCV, tipo de IC, etiología y comorbilidades, así como su asociación con la mortalidad (ingreso y primeros 30 días).

Resultados: En 8 meses se produjeron 101 ingresos por IC, con una edad media de 70 años, un predominio de mujeres (54%) y un índice de Charlson medio de 5 puntos. En el 43% de los casos se trató de una IC de novo, detectándose disfunción ventricular en el 46% de los ingresos, con una FEVI media del 40%. Las etiologías predominantes fueron la idiopática, la isquémica y la valvular. Entre los FRCV, predominaron la HTA (68%), la dislipemia (54%) y la diabetes (47%), seguidos de la obesidad (28%) y el tabaquismo (11%). Dentro de las comorbilidades predominaron las arritmias (63%), especialmente la fibrilación auricular, y la enfermedad renal crónica (40%). La

estancia media fue de 12 días, con una mortalidad en el ingreso del 5% y del 7% a los 30 días.

Conclusiones: Las características de nuestros pacientes ingresados por IC son similares a los descritos previamente en la literatura, predominando pacientes añosos con múltiples FRCV y con un índice de Charlson alto, por lo que tienen empobrecido su pronóstico a medio-largo plazo con estancias medias largas, complicaciones en los ingresos y alta mortalidad. Consideramos que habría que hacer mayor hincapié en medidas de prevención primaria, de concienciación social y de detección precoz para intentar disminuir su prevalencia y mejorar su pronóstico.

673/108. PREDICCIÓN DE MORTALIDAD CON EL MITRAScore TRAS LA REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA BORDE A BORDE: ESTUDIO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Manuel Alejandro Díaz Andrade, Fátima Esteban Martínez, Martín Ruiz Ortiz, Ana Rodríguez Almodóvar, Jesús Alberto Torres Zamudio, Javier Herrera Flores, Luis Carlos Maestre Luque, Alberto Morán Salinas, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y María Dolores Mesa Rubio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Estimar el riesgo de mortalidad es un reto en los pacientes que van a ser intervenidos a reparación mitral de forma percutánea (TEER). Recientemente con este objetivo se ha publicado un score (MitraScore) que presenta una adecuada capacidad predictiva tanto en la cohorte original (estadístico C 0,70) como en una cohorte de validación, área bajo la curva (AUC) de 0,66. El objetivo principal de este estudio será validar externamente el MitraScore en una cohorte independiente.

Métodos: El MitraScore asigna un punto a cada predictor independiente de mortalidad hallado en la cohorte de validación que son: edad ≥ 75 años, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $< 40\%$, anemia, filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m², enfermedad arterial periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alta dosis de diuréticos y no uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina. Calculamos el MitraScore en todos los sujetos de nuestra cohorte tratados mediante TEER en nuestro hospital desde noviembre de 2011 a junio de 2022.

Resultados: Se incluyeron un total de 151 pacientes (mediana de edad [p25-75] 72 [72-78], 31% mujeres). Las características basales de nuestra serie se diferenciaron de forma significativa de la cohorte original y de validación. Tras una mediana de seguimiento de 16 meses [6-44], 55 pacientes fallecieron (36%). El MitraScore como variable continua no se asoció con la mortalidad en el seguimiento ni por el análisis univariante de Cox (HR 1,2[0,95-1,51], $p = 0,13$) ni por el análisis de la curva ROC (Estadístico C de 0,51[0,41-0,61], $p = 0,83$). Sin embargo la mortalidad fue mayor en pacientes con MitraScore ≥ 3 (valor medio). Los predictores independientes de mortalidad en nuestra serie fueron la enfermedad coronaria (HR 2,36 [1,33-4,18], $p = 0,003$), ingreso previo por insuficiencia cardiaca (HR 3,22 [1,57-6,60], $p = 0,001$), insuficiencia tricuspídea $\geq$ III/IV (HR 2,51 [1,13-5,57], $p = 0,02$), FEVI $< 20\%$ (HR 7,51 [2,43-23,17], $p < 0,0005$) y tratamiento con β bloqueantes (HR 0,38 [1,18-0,82], $p = 0,01$).

Conclusiones: El MitraScore considerado como una variable continua, no se asoció a mortalidad en el seguimiento en nuestra cohorte. Sin embargo mantuvo su poder pronóstico como variable dicotómica en su valor medio. Las diferencias en las características basales y en los predictores de mortalidad encontrados en nuestra serie pueden explicar estos resultados.

673/109. APLICACIÓN DE LA NUEVA DEFINICIÓN DE CARDIOTOXICIDAD A UNA COHORTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CARDIOTÓXICO

Jesús Alberto Torres Zamudio, Fátima Esteban Martínez, Mónica María Delgado Ortega, Ana Rodríguez Almodóvar, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Alejandro Díaz Andrade, Javier Herrera Flores, Luis Carlos Maestre Luque, Alberto Morán Salinas y María Dolores Mesa Rubio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La definición de disfunción ventricular debida a tratamiento oncológico (DV-CTOX) ha evolucionado con el desarrollo de la Cardiooncología presentando heterogeneidad de criterios en las diferentes publicaciones. Con el objetivo de mitigar esta variabilidad la sociedad internacional de Cardiooncología (IC-OS) ha publicado recientemente un documento de consenso en el que propone una nueva definición de DV-CTOX clasificándola en diferentes grados de severidad según síntomas, deterioro de la función ventricular (FEVI) por ecocardiografía y/o elevación de biomarcadores. El objetivo de nuestro trabajo es determinar si los nuevos criterios de DV-CTOX basados en el documento de consenso reclasificaría a nuestras pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que han recibido tratamiento con fármacos cardiotoxicos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo en el que analizamos la incidencia de DV-CTOX en pacientes con cáncer de mama valoradas en nuestra consulta siguiendo los criterios vigentes en la literatura (reducción sintomática o asintomática de la FEVI $> 10\%$ respecto a la basal, con FEVI final $< 53\%$ y/o reducción de SLG $>$ del 15% respecto al valor basal) comparándola con los nuevos criterios basados en el documento de consenso.

Resultados: Desde 2018 a 2021 se han estudiado 193 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, edad media de 58 ± 11 años. Según los antiguos criterios en nuestra consulta 16 pacientes (8,3%) fueron diagnosticadas de DV-CTOX. Usando los nuevos criterios basados en el documento de consenso IC-OS 2021 un total de 23 mujeres (12%, $p < 0,0001$) hubieran sido diagnosticadas de DV-CTOX.

Conclusiones: Con el uso de estos nuevos criterios el diagnóstico de DV-CTOX hubiera aumentado en un 30% en nuestra cohorte de pacientes con cáncer de mama y tratamiento cardiotoxicos.

673/110. INSUFICIENCIA RENAL COMO DETERMINANTE EN EL MANEJO Y EL PRONÓSTICO DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

María Victoria Alferez Zamora, Isabel García Olea, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal es una entidad frecuente y directamente relacionada con la insuficiencia cardiaca. El tratamiento en este perfil de pacientes se convierte en muchas ocasiones en un reto. Por ello, hemos querido analizar las características de los pacientes ingresados con IC e insuficiencia renal de nuestro hospital.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en el servicio de Cardiología. Se analizaron características clínicas, complicaciones durante el ingreso, así como los reingresos precoces y mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 101 pacientes ingresados desde abril hasta noviembre de 2022. El 56% hombres y el 47% mujeres, con una edad media $71,67 \pm 12,3$ y un índice de comorbilidad de Charlson de 5,34. En cuanto a la función ventricular, un 53% tenía FEVI preservada y un 46% reducida. Al ingreso el 52% tenían función renal normal y el 36,9% presentaba algún grado de insuficiencia renal previa. Se objetivó un empeoramiento de la función renal (aumento mayor de 0,3 mg/dl o 25% de filtrado glomerular) en 37 pacientes, con hiperpotasemia severa en uno de ellos y fue mayor en FEVI ligeramente reducida (se dio en el 47% de los pacientes de este grupo). En los pacientes con IC con FEVI reducida se inició la cuádruple terapia en 68,2% de los mismos. La hipotensión (18%) y la insuficiencia renal (8%) fueron las causas que no permitieron la optimización durante el ingreso. Los ARM fue el grupo farmacológico menos prescrito. El porcentaje de reingresos precoces fue 13,3%, se asoció de forma significativa con el Índice de Charlson, la FEVI y el empeoramiento de la función renal. Por otro lado, la mortalidad precoz (7,1%) se relacionó también de forma significativa con la FEVI, los niveles de CA 125 y el empeoramiento de función renal.

Conclusiones: Nuestro estudio evidencia una mayor tasa de mortalidad y reingresos precoces en el seguimiento en los pacientes que presenta empeoramiento de la función renal durante el ingreso. Es necesario la identificación precoz de este perfil de pacientes para un manejo más adecuado durante el ingreso hospitalario.

673/111. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VALVULOPATÍA PULMONAR EN ADULTOS. EXPERIENCIA DE NUESTRA UNIDAD

Alexey Lavreshin¹, Juan Robledo Carmona², María José Mataró¹, José María Melero Tejedor¹, José Manuel Villaescusa Catalán¹, Lorena Rubio Lobato¹, Walid Al-Hussaini Achdi¹, Juan Oliva Tortello¹ y Gemma Sánchez Espín¹

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

Introducción y objetivos: La valvulopatía pulmonar en pacientes adultos a largo plazo puede conducir a una insuficiencia ventricular derecha grave. Presentamos los resultados de la cirugía de estos pacientes en nuestro servicio.

Métodos: Entre 2009 y 2022 se operaron 28 pacientes con enfermedad valvular pulmonar. De ellos 23 pacientes fueron reintervenidos después de la cirugía primaria en la infancia de anomalías congénitas de la válvula pulmonar con posterior desarrollo de insuficiencia pulmonar severa residual. 3 pacientes presentaron doble lesión pulmonar congénita no diagnosticada en la infancia. 2 pacientes fueron operados de insuficiencia valvular pulmonar adquirida en el contexto de un síndrome carcinoide. En todos los casos se utilizó una prótesis valvular biológica. Los procedimientos asociados fueron anuloplastia de la válvula tricúspide, cierre de CIA y cirugía de aorta.

Resultados: 17 pacientes (63%) se encontraban en clase I-II de la NYHA antes de la intervención. La mortalidad perioperatoria fue de 2 pacientes (7%). Un paciente desarrolló un infarto de miocardio perioperatorio. La estancia hospitalaria posoperatoria media fue de $8,7 \pm 6,4$ días. En el seguimiento de año todos los pacientes presentaban una función normal de la bioprótesis con la reducción de la dilatación del ventrículo derecho. El seguimiento medio a largo plazo fue de $6,3 \pm 4,25$ años. Se detectó disfunción de la prótesis en 10 (38%) pacientes. El tiempo medio transcurrido hasta aparición de los pri-

meros signos de disfunción protésica moderada fue de $5,9 \pm 2,6$ años. Dos casos requirieron sustitución valvular endovascular, resto de los pacientes están en seguimiento y tratamiento conservador.

Conclusiones: Los pacientes con cardiopatías congénitas de la válvula pulmonar tras la corrección quirúrgica primaria precisan durante su seguimiento nuevos tratamientos quirúrgicos de repetición para evitar el desarrollo de insuficiencia ventricular derecha grave. La normalización del flujo sanguíneo en la válvula pulmonar conduce a una disminución de dilatación ventricular derecha y a una mejoría de contractilidad ventricular derecha. Las prótesis valvulares pulmonares biológicas actualmente en uso muestran buenos resultados inmediatos y a medio plazo y permiten un abordaje percutáneo valve-in-valve en posterior. Se requiere un seguimiento adicional para evaluar los resultados a largo plazo.

673/112. TERMODILUCIÓN CONTINUA CON INFUSIÓN DE SUERO SALINO PARA EL CÁLCULO DE LA RESERVA DE FLUJO CORONARIO

Elena Izaga Torralba¹, Alejandro Gutiérrez Barrios², Fernando Rivero Crespo³, Josep Gómez Lara⁴, Fernando Alfonso³ y Antonio Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Introducción y objetivos: La reserva de flujo coronario (RFC) se puede calcular de forma invasiva mediante doppler o termomodilución (RFC termo-bolos). Ambos métodos, están basados en mediciones indirectas. Recientemente se ha validado un nuevo método que permite cuantificar el flujo coronario absoluto (FA) en mL/min, requiere la infusión continua de suero salino a través de un microcatéter específico a una determinada velocidad que induce hiperemia (≥ 15 mL/min) y una guía de presión/temperatura. Tratamos de evaluar la factibilidad de este método de cuantificar el FA en reposo empleando una velocidad continua de infusión baja y así calcular la RFC (RFC termo-infusión), dividiendo el FA en hiperemia entre el FA en reposo y su concordancia con la RFC termo-bolos.

Métodos: 62 pacientes consecutivos sin lesiones coronarias fueron incluidos, durante un año en dos centros. Se midió el FA en hiperemia (≥ 15 mL/min) y a velocidades de infusión baja (6-8-10-12 mL/min) así como el Pd/Pa pre y posinfusión.

Resultados: La ausencia de descenso en el Pd/Pa a 6 ($0,15 \pm 0,2\%$), 8 ($0,17 \pm 0,18\%$) y 10 mL/min ($0,2 \pm 0,12\%$) demostró la ausencia de hiperemia a ≤ 10 mL/min ($p =$ no significativo (NS) en todos). Sin embargo, a 12 mL/min se confirmó la inducción de hiperemia por un descenso en el Pd/Pa ($1,3 \pm 1,5\%$), $p < 0,01$ y un aumento en el FA de 10 mL/min a 12 mL/min ($31,4 \pm 28,1$ mL, $p < 0,05$). Todas las curvas obtenidas a 10 mL/min ($129/129,100\%$) fueron adecuadas frente a ($7/15$, 53%) a 6 mL/min, por lo que se consideró 10 mL/min como la velocidad óptima para calcular el FA en reposo. RFC termo-infusión se calculó como el cociente entre el FA en hiperemia (≥ 15 mL/min) entre FA en reposo (10 mL/min). RFC termo-infusión medio fue $2,56 \pm 0,9$ y RFC termo-bolos $2,49 \pm 1$. Ambos parámetros mostraron una buena correlación ($r = 0,76$; $p < 0,001$) y una buena concordancia (ICC = $0,76$; $p < 0,001$).

Conclusiones: La técnica de la termomodilución continua permite cuantificar la FA en reposo proporcionando una nueva herramienta clínica para determinar la RFC termo-infusión muestra una buena correlación con RFC termo-bolos.

673/113. ¿HIS O ÁREA DE RAMA IZQUIERDA EN ANCIANOS? ANÁLISIS DE UMBRALES DE ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN FUNCIÓN DE LA INDICACIÓN DE IMPLANTE

Marina Fernández Aragón, Carlos Perea Alfaro, Marina Pérez Fernández, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruiz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: La estimulación fisiológica (EF) está reemplazando a la estimulación clásica en todas sus indicaciones. Está en discusión si es preferible la estimulación Hisiana (EH) o en área de rama izquierda (RI), alegando que esta última presenta mejores parámetros de estimulación. El objetivo es comparar umbrales según la indicación de implante.

Métodos: Estudio monocéntrico-descriptivo-retrospectivo (≥ 80 años) que han precisado estimulación (enero 2019-diciembre 2022), realizándose EF. Analizamos y comparamos umbral de His agudo y al año frente a umbral de área de RI en función de diferentes indicaciones. Los resultados expresados en mediana y p25-75.

Resultados: Incluimos 259 pacientes con EF (EH y área de RI). Subdividiendo según indicación de implante, en bloqueo auriculoventricular (BAV) avanzado (N = 150) el umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 80) fue 1,2 (0,75-1,7) vs. 0,6 (0,5-0,85) en área de RI (a 0,4 ms) (N = 70), $p < 0,01$, y umbral al año de His (a 0,4 ms) 0,9 (0,75-2) vs. 0,75 (0,5-1) en área de RI (a 0,4 ms), $p = 0,03$. En disfunción sinusal (N = 43), umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 35) fue 1,2 (0,7-1,55) y al año 0,78 (0,7-1,12); en pacientes para ablación de nodo AV (N = 19), umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 14) fue 1,12 (0,5-1,4) y al año 1,12 (0,75-1,42); en indicación de TRC (N = 14), umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 10) fue 1,75 (0,78-1,95) y al año 1,5 (0,5-2,7). En FA lenta (N = 14), umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 10) fue 0,625 (0,5-0,75) y al año 0,625 (0,5-0,75); y en pacientes con síncope y trastornos avanzados de conducción AV (N = 19), umbral agudo de His (a 0,4 ms) (N = 11) fue 1 (0,75-1,5) y al año 2 (1-2,2). En los últimos grupos, salvo en BAV avanzado, no hay muestra suficiente en el grupo de área de RI para comparar.

Conclusiones: En pacientes con BAV avanzado, la estimulación en área de RI presenta umbrales menores con diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, pero sin implicaciones clínicas dado que los umbrales en ambos casos (His y área de RI) son bajos precisando una programación de voltaje de estimulación entre 1,5-2 V a 0,4 ms, lo cual no implica a largo plazo diferencias en el consumo de batería del dispositivo. En el resto de las indicaciones, los umbrales son buenos pero dado que la estimulación Hisiana predomina en su mayoría, no existe suficiente muestra en el grupo de área de RI que permita realizar comparaciones.

673/114. CALIDAD DEL SUEÑO Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ¿UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR A MEDIR?

Carlos Sánchez Sánchez, Ana María Moncada Ventura, Rosa María Barrios Campos, Javier Mora Robles y Cristóbal Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: A pesar de los trastornos del sueño llegan a ser un problema muy frecuente en los pacientes cardiopatas, aún no se estudia de forma rutinaria ni se refleja en

las guías de práctica clínica. Realizamos esta investigación con el objetivo de estudiar la prevalencia y los tipos de trastornos del sueño en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal. Se incluyeron los pacientes ingresados por SCA durante el periodo de junio a octubre de 2022. Se entrevistó a los pacientes, recogiendo la siguiente información: Variables demográficas (edad, sexo, estado civil), factores de riesgo cardiovascular clásicos, presencia o no de diagnóstico de Apnea Obstruktiva del Sueño (AOS), así como tratamiento o no con CPAP, hábitos tóxicos, necesidad de sueño, medicación y la calidad del sueño mediante el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) que evalúa la calidad del sueño y los trastornos del sueño durante el último mes.

Resultados: Incluimos 46 pacientes en nuestro estudio. La edad media fue de 68,85 años (DE 11,88), el 69,56% eran varones y el 60,87% casados. El principal motivo de ingreso fue el IAMSEST. La distribución de los factores de riesgo fue: Hipertensión arterial 78,26%, DM 36,96%, dislipemia 63,04%, tabaquismo 21,74%, consumo habitual de alcohol 19,57% y abuso de otras drogas 4,35%. La prevalencia de SAOS fue del 17,39%. En general, la puntuación PSQI media de todos los participantes fue 8,98 (DE 4,73). El componente del sueño más afectado fue la 'Alteración del sueño' (puntuación media 1,76/3), seguido de la 'Latencia del sueño' (1,5/3) y la 'Duración del sueño' (1,48/3). El 34,7% refirió uso de somníferos y el 41,30% presentó disfunción diurna.

Conclusiones: Los trastornos del sueño y la mala calidad del sueño son notablemente prevalentes en nuestra cohorte de pacientes con SCA, lo que podría considerarse como un posible factor de riesgo cardiovascular añadido o modificador del riesgo. Consideramos que la investigación proactiva de los trastornos del sueño es útil en la práctica clínica, ya que podemos desarrollar estrategias para mejorar el sueño y reducir el riesgo cardiovascular residual y la calidad de vida.

673/115. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EL IMPLANTE DE TAVI EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA

Beatriz Girela Pérez, María Victoria Alferez Zamora, Jose Antonio Aparicio Gómez, Elvira Carrión Rios y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El implante de TAVI ha demostrado ser una intervención segura, mejorando el pronóstico en pacientes con estenosis aórtica severa en los que la cirugía estaba contraindicada, ya sea por edad o por riesgo quirúrgico. El objetivo de nuestro estudio es analizar las principales complicaciones que derivan del implante de la TAVI y ver las comorbilidades asociadas en un centro terciario sin cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados para recambio valvular tipo TAVI. Se analizaron las características de los pacientes y las complicaciones, teniendo en cuenta grupo de edad y valor del Euroscore.

Resultados: En 39 meses, se han realizado 106 implantes de TAVI en nuestro centro. La media del Euroscore fue de 5,4% en menores de 75 años, 5,8% entre 75 y 80 años y 4,4% en los paciente mayores de 81 años. Destaca en el grupo de mayor edad un riesgo de ACV periprocedimiento del 5% junto con una mayor incidencia de alteraciones de la conducción, como FA de novo (5%) o bloqueo avanzado con necesidad de

implante de marcapasos (15%). En cuanto al sangrado tras el procedimiento se produjo en el 17% de los pacientes, en su gran mayoría de poca entidad y con una mayor incidencia en el grupo de menor edad (25% de sangrado en menores de 75 años). En este grupo también vimos mayor proporción de complicaciones vasculares secundarias al procedimiento. Entre los 75 y 80 años destaca una mayor proporción de insuficiencia renal posimplante (15,8%) y de edema agudo de pulmón (5,3% frente al 3,8% en > 80 años). Fue necesario intervención posterior por parte de cirugía solo en dos ocasiones y en ambas se produjo en este grupo de edad.

Conclusiones: Nuestro estudio manifiesta que a pesar de que la TAVI se ha proclamado como un procedimiento seguro, el número de complicaciones todavía sigue siendo frecuente, con un porcentaje no despreciable. Observamos que el grupo de edad de entre 75 y 80 años presentan una prevalencia mayor de factores de riesgo, con un Euroscore más elevado, siendo un reto a la hora de tomar decisiones.

673/116. TELECONSULTA EN CARDIOLOGÍA. NUEVOS HORIZONTES

Carlos Sánchez Sánchez, Rosa María Barrios Campos, José Luis Delgado Prieto, José María Pérez Ruiz y Cristobal Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La teleconsulta en cardiología, un departamento con largas listas de espera para consulta presencial, ha supuesto toda la una revolución para ciertas patologías o dudas del médico de atención primaria que no pueden demorarse tanto tiempo. Nuestro objetivo es evaluar los principales motivos de teleconsulta en nuestro departamento desde 2021 para desarrollar programas de formación y cómo optimizar este tipo de consultas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo analizando todos las teleconsultas desde que se inició el programa en cardiología en 2021 hasta la actualidad. Evaluamos motivos de consulta, su desarrollo y si generaban cambios en el tratamiento o necesitaban ser valoradas en consulta de forma presencial.

Resultados: Evaluamos un total de 330 teleconsultas de 12 centros de salud asociados a nuestra área sanitaria. La mediana de edad fue de 70 años y el 55,7% fueron hombres. La principal consulta fue por dudas en ECG (47%), seguido del manejo de la fibrilación auricular (20%) y del manejo de fármacos en la cardiopatía isquémica (10,6%). El resto fue sobre control en la HTA (4,5%) y del manejo ambulatorio de las palpitaciones (3%) o de la congestión en insuficiencia cardíaca (2%). Se resolvieron el 100%, precisando de un seguimiento presencial solo el 22,4% de ellas. Se contestaron en una media de 2,1 días desde su envío por el médico de atención primaria y solo precisaron cambios en el tratamiento el 40% de los pacientes. Con respecto a las dudas en ECG el 73% eran variaciones compatibles de la normalidad. Dentro de las cuestiones en FA el 56% fueron en base a dudas sobre la anticoagulación y el 68% de las teleconsultas sobre la cardiopatía isquémica fue sobre la duración de la doble antiagregación.

Conclusiones: La teleconsulta es una herramienta útil que permite el contacto entre el cardiólogo y el médico de atención primaria en poco tiempo sin necesidad de la asistencia del paciente a servicios de urgencias o la espera para consulta física durante tiempos prolongados. Esta herramienta debe estar restringida a valoraciones donde no sea esencial la exploración física o la anamnesis del paciente por parte del cardiólogo, estando acotada a ciertos campos.

673/118. IMPLANTE DE TAVI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

María Victoria Alferez Zamora, Eva González Llamas, José Antonio Aparicio Gómez, Beatriz Girela Pérez y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La sustitución valvular percutánea ha mejorado el panorama de los pacientes con estenosis aórtica no subsidiarios a cirugía. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados obtenidos en una serie de casos tras implante de TAVI en un hospital de tercer nivel sin cirugía cardíaca.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo de pacientes ingresados para recambio valvular tipo TAVI. Se analizaron las características de los pacientes y las comorbilidades, teniendo en cuenta grupos de edad (menores de 75 años, de 75 a 80 y mayores de 80).

Resultados: En 39 meses, se han realizado 106 implantes de TAVI en nuestro centro. El 7,5% de los pacientes eran menores de 75 años, 17,9% estaban entre 75-80 años y el 74,5% eran mayores de 80. El Euroscore medio fue de 4,78%. En los menores de 75 años, hubo mayor prevalencia de hombres (75%), mayor porcentaje de cardiopatía isquémica (37,5%), antecedentes de infarto previo o revascularización percutánea, EPOC (62,5%) e insuficiencia renal (62,5%). El Euroscore fue 4,36% y no hubo mortalidad en este grupo. En cuanto al segundo grupo, fueron 47% mujeres y 52% hombres, el Euroscore fue de 5,4. Destaca mayor prevalencia de factores de riesgo, como diabetes (57,9%), fibrilación auricular (42%) o vasculopatía periférica (26,3%). Además, encontramos más pacientes portadores de marcapasos o afectación de la válvula mitral (21%). La mortalidad fue mayor (11,7%), en comparación con los pacientes mayores de 85 años donde la mortalidad fue del 2%. Los pacientes mayores de 81 años componen el grupo más numeroso, siendo en su mayoría mujeres (60,8%) con un Euroscore de 4,46. En general mostraron menor prevalencia de factores de riesgo. La edad no supuso un aumento de mortalidad ni complicaciones graves de forma significativa.

Conclusiones: En nuestro estudio, la prevalencia y las características han sido similares a las descritas en la literatura. La edad avanzada no supone un aumento significativo del riesgo ni de mortalidad de nuestros pacientes. Por tanto, el riesgo debe ser valorado de forma individual, en función de las comorbilidades de cada paciente.

673/119. INDICACIONES Y RESULTADOS DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS SIN CABLES MICRA

David Grimaldos Parra, Eduardo Arana Rueda, Carmen González de la Portilla, Carmen Federero Fernández, Pablo Martín Marín, Manuel Frutos López, Juan Acosta Martínez, Juan Antonio Sánchez Brotons y Alonso Pedrote Martínez

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

Introducción y objetivos: Los dispositivos de estimulación definitiva sin cables son una alternativa para pacientes con limitaciones para el implante endovenoso convencional. En nuestro medio hay restricciones administrativas para su uso. Buscamos describir la población que se ha sometido a esta intervención en nuestro centro y analizar sus características basales, indicación, complicaciones relacionadas con el procedimiento y evolución a largo plazo.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte de 17 pacientes que se sometieron a implante de marcapasos defini-

tivo sin cables en centro de tercer nivel entre los años 2016 hasta enero de 2023 valorando indicaciones y resultados a largo plazo.

Resultados: Se implantaron 17 marcapasos de estimulación sin cable (16 MICRA™ VR, 1 MICRA AV. Medtronic). Las características principales de nuestra población son: edad $81 \pm 7,1$ años, mujeres 29,4%, FA 58,8%, Insuficiencia cardiaca 41,2%, ERC 47%, cardiopatía isquémica 41,2%. Las principales indicaciones para el implante fueron la infección previa de dispositivo endovenoso: 8 (47,05%), seguido por pacientes portadores de fístula AV en hemodiálisis: 7 (41,2%). No obstante, en el 35,2% de los pacientes se identificaron varias características que favorecían la elección de implantar un marcapasos sin cables. Todos los marcapasos se implantaron en septo alto de VD salvo por uno que se colocó en ápex de VD. No se registraron complicaciones mayores (derrame pericárdico, sangrado, trombosis...), tampoco locales a nivel de acceso femoral. Se consiguieron adecuados parámetros en el momento del implante: sensado R $13,6 \pm 6,5$ mV, impedancia 844 ± 244 Ohm y umbral $0,54 \pm 1,14$ V. Con una mediana de seguimiento de 17 meses. Durante este tiempo se registraron 5 éxitos no relacionados con el nuevo sistema. El resto de los pacientes mantuvo estabilidad en los parámetros del dispositivo sin diferencias significativas a las del implante ($p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestra experiencia el perfil de paciente con implante de marcapasos sin cables es un paciente añoso y frágil, con múltiples limitaciones al implante endovenoso convencional. Tanto el implante del dispositivo como el comportamiento posterior son seguros, con parámetros de estimulación evolutivamente estables.

673/120. DEBUT DE SCA SEGÚN NIVELES DE LIPOPROTEÍNA A EN PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIACA

Isabel Lourdes Merino González,
José Antonio Fernández Sánchez,
Ricardo Francisco Rivera López, Miriam Jiménez Fernández
y Laura Jordán Martínez

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

Introducción y objetivos: Analizar las características basales, prevalencia de FRCV y edad de debut de los eventos coronarios en una cohorte de paciente de rehabilitación cardiaca según sus niveles de Lipoproteína A (LipoA).

Métodos: Se analizó una cohorte prospectiva de 193 pacientes derivados a la unidad de rehabilitación cardiaca tras un SCA, la muestra se dividió por el nivel de LipoA, según fuera mayor o menor a 90. Se estudió la distribución de FRCV, la edad de debut de cardiopatía isquémica y la prevalencia de enfermedad multivascular.

Resultados: Se estudió una muestra de 193 pacientes, el 17,1% mujeres ($n = 33$) con una edad media de $61,8 \pm 10,4$ años. 45 pacientes (23,3%) tenían una LipoA superior o igual a 90. Los pacientes con una LipoA elevada tuvieron una tendencia debut de cardiopatía isquémica más precoz $57,6 \pm 9,4$ vs. $60,7 \pm 10,8$, $p = 0,07$ y a la enfermedad multivascular, $56,8\%$ ($n = 25$) vs. $47,2\%$ ($n = 67$) $p = 0,26$; Un ldl al alta de planta más elevado $105,6 \pm 38,0$ vs. $87,2 \pm 32,6$ $p = 0,02$. Una presencia similar de Dm $28,9\%$ ($n = 13$) vs. $33,1\%$ ($n = 49$) $p = 0,6$, HTA $53,3\%$ ($n = 24$) vs. $54,7\%$ ($n = 81$) $p = 0,86$ y tabaquismo $46,7\%$ ($n = 21$) vs. $39,2\%$ ($n = 58$) $p = 0,38$. Si dividimos los pacientes según la forma de presentación del evento índice la diferencia de edad en el debut de cardiopatía isquémica en los pacientes con IAMCEST la diferencia desaparece $60,6 \pm 9,7$ vs. $60,0 \pm 10,4$ $p = 0,98$ y en los pacientes con IAMSEST aumenta $56,0 \pm 8,6$ vs. $61,2 \pm 11,3$ $p = 0,02$.

Conclusiones: El debut de cardiopatía isquémica es más precoz en los pacientes con lipoA elevada, a expensas de los pacientes con IAMSEST, no apreciándose diferencias en nuestra en los de IAMCEST.

673/121. MIOCARDITIS AGUDA TRAS ADMINISTRACIÓN DE VACUNA CONTRA LA COVID-19: DIFERENCIAS CLÍNICAS RESPECTO A MIOCARDITIS VIRAL AGUDA

Ana María Moncada Ventura, Leopoldo Fernández Ruz,
Candy Ceballos Gómez, Jose Ignacio Larrubia Valle
y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La miocarditis aguda es una complicación infrecuente relacionada con la vacunación contra la COVID-19, habiéndose descrito sobre todo en varones jóvenes. Se pretende determinar si existen diferencias clínicas relevantes entre dicha miocarditis y la no vacunal.

Métodos: Se incluyeron 18 pacientes ingresados entre 2021 y 2022 con diagnóstico de miocarditis aguda. Se recogieron datos del historial clínico. Se establecieron dos grupos: miocarditis relacionada con la vacunación frente a la COVID-19 (grupo 1), y el resto (grupo 2). Se utilizaron para el contraste de hipótesis test paramétricos y no paramétricos.

Resultados: En 4 casos la miocarditis se atribuyó a la vacunación COVID (todos por vacunas de ARNm). 16 eran varones (88,9%). La edad media fue de $28,06$ años ($\pm 11,36$). 6 pacientes presentaban algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV). Todos acudieron por dolor torácico. 8 pacientes tuvieron electrocardiograma (ECG) patológico a su llegada. El pico mediano de troponina I ultrasensible (TnIUS) fue de $11,481$ ng/dL (rango $300,896$). La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) media por ecocardiograma transtorácico (ETT) fue del $63,44\%$ ($\pm 5,88$). A todos se les realizó cardiiorresonancia magnética (CRM); la FEVI media por CRM fue del $60,87\%$ ($\pm 5,27$); 15 presentaron realce tardío de gadolinio (RTG) positivo; el número medio de segmentos afectados fue de $3,82$ ($\pm 3,47$). Solo el pico de TnIUS no se ajustaba a la distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,0001$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a edad, pico de proteína C reactiva, FEVI por ETT o por CRM o número de segmentos afectados (prueba de la T, $p > 0,05$) ni respecto al pico de TnIUS (prueba U de Mann-Whitney, $p = 0,3$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, FRCV o ECG patológico (test exacto de Fisher, $p > 0,05$). No se registraron eventos durante el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra serie no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la presentación clínica entre ambos tipos de miocarditis; no hubo eventos clínicos durante el seguimiento.

673/122. REGISTRO ANDALUZ MULTICÉNTRICO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN TRATAMIENTO CON AGONISTAS DEL RECEPTOR IP DE LA PROSTACICLINA (RAMPHA)

Rafael Bravo Marqués¹, Victor Manuel Becerra Muñoz²,
Amadeo José Wals Rodríguez³, Francisco Espíldora Hernández⁴,
José Luis Calleja Rubio⁵, José Ignacio Morgado García de Polavieja⁶,
Juan Luis Bonilla Palomas⁷, Irene M. Estrada Parra⁸,
Francisco Rivas Ruiz⁹ y Alejandro Recio Mayoral¹⁰

¹Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria,

Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Unidad de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ⁵Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. ⁸Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ⁹Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ¹⁰Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad crónica y progresiva que conduce a insuficiencia ventricular derecha y muerte. Selexipag, agonista selectivo del receptor IP de prostaciclina, demostró disminución de morbimortalidad, por tanto la combinación temprana de triple terapia oral ayudaría a conseguir un perfil de bajo riesgo. El objetivo de este trabajo es conocer la eficacia y seguridad de esta estrategia en vida real.

Métodos: El registro RAMPHA es un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, a nivel andaluz, de pacientes con HAP en los que se ha iniciado tratamiento con selexipag entre 2017 y 2021. Estudiamos características basales, perfil de riesgo inicial (y tras el tratamiento) y eventos en el seguimiento.

Resultados: 42 pacientes de 52 ± 15 años. 76,2% mujeres. La clasificación de HAP fue idiopática 33,3%, asociada a enfermedad tejido conectivo 26,2%, cardiopatía congénita 26,2%, heredable 7,1% y VIH 2,4% (4,8% no específicamente clasificadas). Presentaban las siguientes comorbilidades: HTA 21,4%, diabetes 9,5%, SAOS 14,3%, FA 4,8% y ERC 7,1%.

Se encontraban en tratamiento con doble terapia oral 40 (95,3%), 38 (90,5%) iPD5 y ARE y 2 (4,8%) sGC y ARE. iPD5 más utilizado Sildenafil (66,7%) y el ARE más utilizado Bosentan (35,7%). 7 pacientes estaban con prostaciclina: 5 inhalada, 1 subcutánea y 1 intravenosa. Se realizó la estratificación de riesgo en 4 estratos (recomendado por guías ESC/ERS 2022): bajo riesgo 7 (17,5%), intermedio-bajo 18 (45%), intermedio-alto 10 (25%) y alto riesgo 5 (12,5%). A 6-12 meses, 12 pacientes mejoran perfil de riesgo, 5 empeoran y 11 pacientes se sitúan en bajo riesgo ($p = 0,122$). Encontramos mejoría de clase funcional (18 pacientes mejoran y solo 1 empeora); $p = 0,003$ y tendencia a descenso de NT-proBNP (760 ng/L [RIQ 1.180] vs. 700 ng/L [RIQ 1.362]; $p = 0,952$). El tratamiento fue bien tolerado (3 pacientes suspenden por intolerancia) aunque el 85,7% presentó efectos secundarios (cefalea el más frecuente 59,5%). En un seguimiento a 36 meses, la supervivencia global fue del 82%.

Conclusiones: Selexipag, añadido como triple terapia oral en HAP en vida real consigue mejoría de clase funcional, del perfil de riesgo, fue bien tolerado y conduce a supervivencia mayor de 80% a medio-largo plazo.

673/123. SARCOMA CARDIACO PRIMARIO: UNA RARA ENTIDAD CON UN PRONÓSTICO QUE AÚN SIGUE SIENDO FATAL

Santiago Fernández-Gordón Sánchez, Miguel Barranco Gutiérrez, Pablo Rojas Romero, Fernando Gavilán Domínguez, Nieves Romero-Rodríguez y Jose Francisco Díaz Fernández,

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

Introducción y objetivos: Los sarcomas cardíacos primarios son un grupo heterogéneo de neoplasias muy infrecuentes con presentación clínica, características histológicas y evolución muy variables. Por estos motivos, la estrategia en el manejo de esta patología no está bien definida, y se recomienda su tratamiento en centros especializados. El objetivo de este

trabajo es analizar las características clínicas, ecocardiográficas e histológicas de los sarcomas cardíacos primarios atendidos en nuestro centro en los últimos años, así como su tratamiento y evolución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de sarcoma cardíaco primario en nuestro hospital desde 2012 hasta 2023. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de evolución.

Resultados: Se incluyeron 4 casos, siendo 1 mujer (25%). La edad media al diagnóstico fue de 40 (24-59) años. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron disnea y tos (75%); se registró un caso de embolia arterial periférica. Los sarcomas primarios estaban localizados en Aurícula Izquierda (75%) y Aurícula Derecha (25%). Solo uno de ellos ocasionó obstrucción valvular auriculoventricular significativa. El sarcoma pleomórfico indiferenciado fue la histología más frecuente (50%); los otros dos casos fueron un sarcoma intimal MDM2+ y un angiosarcoma. Todos los pacientes recibieron quimioterapia y el 50% se habían sometido previamente a una intervención quirúrgica. El 75% de los pacientes falleció a los 3-13 meses (media 7 meses). Una paciente (25%) continúa en tratamiento quimioterápico activo, con una supervivencia actual de 17 meses desde el diagnóstico.

Conclusiones: Los sarcomas cardíacos primarios son muy poco prevalentes y tienen una presentación clínica, histológica y evolutiva muy variable. A pesar de los avances en las técnicas de imagen, el diagnóstico precoz de estos tumores continúa siendo un reto.

La resección quirúrgica completa es actualmente el tratamiento de elección, pero la excepcionalmente baja frecuencia de la enfermedad y su elevada complejidad condicionan que el diagnóstico sea tardío y que el pronóstico global sea desfavorable.

673/124. RESULTADOS EN VIDA REAL DE LA ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN NONAGENARIOS

Marina Pérez Fernández, Marina Fernández Aragón, Carlos Perea Alfaro, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: La estimulación fisiológica (EF) está en auge y reemplazando a la estimulación clásica en todas sus indicaciones. La edad y comorbilidad limitan en ocasiones la elección de este tipo de estimulación. El objetivo es describir nuestros resultados en estimulación fisiológica en nonagenarios.

Métodos: Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de mayores de 90 años que han precisado estimulación cardíaca (enero 2021-diciembre 2022), en los que se ha realizado EF. Analizamos: éxito del implante, parámetros agudos de estimulación, tiempo de procedimiento, y complicaciones. Las variables son expresadas como mediana y p25-75.

Resultados: Incluimos 30 pacientes (50% varones, 97% HTA, 26,7% DM, 46,7% DLP, 33% ERC y 13,3% EPOC). Se realizó EF en 90%, con éxito en 92,5% (59,2% His, 33,3% en área de rama izquierda (RI)). La indicación principal fue BAV completo (46,7%), seguido de disfunción sinusal (23,3%), FA lenta sintomática (13,3%), implante para posterior ablación de nodo AV (6,7%), terapia de resincronización cardíaca (3,3%) y síncope con trastornos avanzados de conducción AV (3,3%). En el caso de estimulación Hisiana, el umbral agudo de His (V a 0,4 ms) fue 1,2(0,65-1,8), onda R (mV) 2,7(2-5), e impedancia (ohm) 503 (383-646). QRS basal (ms) 80 (60-118) y tras estimulación 117

(75-134), 70% con estimulación no selectiva. El tiempo de procedimiento (minutos) 100 (67,5-120). En el caso de estimulación en área de rama izquierda, el umbral agudo (V a 0,4 ms) 0,75 (0,52-0,95), onda R (mV) 8,5 (3,4-19), e impedancia (ohm) 767 (655-870). QRS basal (ms) 116 (110-120) y tras estimulación 130 (120-145). El tiempo de procedimiento (minutos) 95 (90-110). En un paciente hubo una dislocación precoz del electrodo implanto en área de rama izquierda, sin otras complicaciones agudas.

Conclusiones: La estimulación fisiológica en nonagenarios es factible y segura con alto porcentaje de éxito. Con la estimulación Hisiana (EH) el QRS estimulado es más estrecho, pero necesitaríamos más muestra y estudios más a largo plazo para ver su repercusión clínica. Por otro lado, el alto porcentaje de estimulación en rama izquierda en estos pacientes en nuestro centro comparado con la EH, podría deberse a un trastorno de conducción más avanzado y difuso (además presentan un QRS basal más ancho) lo que obligaría a estimular más distal en el sistema de conducción.

673/125. DISULFIRAM Y CONSUMO DE ALCOHOL COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO SIN LESIONES CORONARIAS

Santiago Fernández-Gordón Sánchez¹, María Pilar Román Torres², Pablo Rojas Romero¹, Miguel Barranco Gutiérrez¹, Fernando Gavilán Domínguez¹, Ernesto Ruiz Pereira¹, Juan Luis Domínguez Cano¹ y Nieves Romero-Rodríguez¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Cerro del Águila, Sevilla.

Introducción y objetivos: El disulfiram, fármaco para el tratamiento de la dependencia al alcohol, no debe administrarse hasta que hayan transcurrido al menos 24 horas de la última toma de alcohol y siempre a pacientes bien informados sobre el fármaco y motivados. Si el paciente recae y consume etanol durante el tratamiento con disulfiram, la sintomatología ampliamente descrita en ficha técnica hace su aparición (reacción tóxica disulfiram-etanol), incluyendo el dolor torácico.

Métodos: Revisamos de forma retrospectiva los 21 casos atendidos e ingresados por este motivo en nuestro centro desde enero del 2013 hasta junio del 2021.

Resultados: Cohorte de edad media de 42,6 años (de 32 a 66), todos varones salvo una mujer, que acudieron a urgencias e ingresaron en hospitalización. En todos los pacientes el motivo de consulta incluyó malestar general asociado a dolor torácico de características coronarias y palpitaciones. 18 pacientes presentaron sudoración profusa, 15 disnea y 3 presíncope.

Respecto a los antecedentes, ningún paciente tenía cardiopatía isquémica conocida, 5 eran hipertensos, 3 dislipémicos y ninguno diabético. Todos los pacientes presentaron cambios electrocardiográficos compatibles con isquemia, lo que condicionó su ingreso: descenso del segmento ST en al menos dos derivaciones consecutivas y/o aplanamiento de la onda T. En dos se registró un ascenso del ST transitorio y en dos prolongación transitoria del QTc. Todos los pacientes fueron sometidos a coronariografía invasiva, uno de ellos de forma urgente, a los 30 minutos de su llegada en el contexto de ascenso del ST de más de 10 minutos de duración, y el resto antes de 72 horas, salvo un paciente que firmó su alta voluntaria a las 36 horas de llegar al hospital. En ninguno de ellos se detectaron lesiones angiográficamente significativas. La tropoina T seriada fue en todos ellos normal, salvo en dos casos donde se registró curva con pico menor de 100 ng/dl. La eco-

cardiografía fue siempre normal. Ningún paciente presentó nuevas consultas en cardiología en el seguimiento hasta diciembre 2022.

Conclusiones: El dolor torácico asociado a la ingesta de alcohol bajo tratamiento con disulfiram tiene bajas probabilidades de asociarse a lesiones coronarias significativas, incluso cuando asocia cambios en el electrocardiograma.

673/126. COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENO CORONARIO COMO FUENTE DE EMBOLISMOS PARADÓJICOS

Rosa María Barrios Campos, Ana María Moncada Ventura, Jose Ignacio Larrubia Valle, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La comunicación interauricular (CIA) tipo seno coronario (SC), constituye una de las anomalías congénitas del septo interauricular menos frecuentes. Se trata de un defecto del techo del SC, resultando en una comunicación entre aurículas que genera un shunt intracardiaco I-D. Puede asociarse a otras anomalías, siendo frecuente vena cava superior izquierda persistente (VCSIP). En la mayoría de los casos cursa asintóticamente, identificándose de manera incidental, sin embargo, puede ser fuente de abscesos cerebrales o embolismos paradójicos. A raíz de un caso detectado en nuestro centro que debutó con 2 accidentes cerebrovasculares isquémicos de perfil embólico, se realiza una revisión de casos.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los casos publicados hasta el momento en PubMed, mediante una búsqueda que incluía los términos «unroofed coronary sinus», «emboli», «stroke», «cerebral».

Resultados: Son escasos los casos publicados de CIA SC y manifestaciones neurológicas, en la mayoría de las series cursan asintóticamente, su diagnóstico es tardío, tras múltiples pruebas de imagen y cuando la repercusión hemodinámica del shunt I-D ya genera dilatación de cavidades y clínica consecutiva. Se ha descrito tan solo un caso de CIA SC como origen de ictus criptogénico y otro de CIA SC asociado VCSIP cuyo debut fue un absceso cerebral. En ambos casos la Ecocardiografía Transtorácica mostró un SC dilatado, y en su caso la presencia de VCSIP, así mismo el test de burbujas fue sugestivo de CIA. Por lo general y en el caso evidenciado en nuestro centro el diagnóstico definitivo precisó de técnicas más sensibles como el TAC o RMN cardiaca, además del catesterismo cardiaco. El tratamiento electivo mayoritariamente es el cierre quirúrgico del defecto, con un pronóstico favorable y ausente de nuevos eventos cardioembólicos.

Conclusiones: Nuestro caso constituiría el tercer caso descrito de CIA SC asociado a manifestaciones neurológicas, es por ello que esta entidad debe ser sospechada en pacientes con clínica de posible origen embólico como una variante poco frecuente de CIA donde la ecocardiografía transtorácica, dada su limitación para visualizar estructuras cardiacas posteriores, puede no proporcionarnos el diagnóstico haciendo necesario recurrir a otras técnicas más sensibles.

673/127. LA SECUENCIACIÓN DE PRÓXIMA GENERACIÓN REVELA DIFERENCIAS GENÉTICAS ENTRE DOS ETIOLOGÍAS DISTINTAS DE CARDIOMIOPATÍA DILATADA

Diana Luz Villanueva Ospino¹, Elena Alonso Villa¹, Felix Rosa Longobardo², Anibal Bermudez³, Tomás Daroca³,

Jesús Cordoba Caballero⁴, Jose Antonio Ranea⁵,
Francisco Bonet¹ y Rocio Toro³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Virgen del Camino, Sanlúcar de Barrameda, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁴Investigación, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁵Investigación, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía dilatada (MCD) comprende un amplio grupo de enfermedades, adquiridas o genéticas, que dan como resultado un fenotipo similar. En la era de la medicina de precisión, han comenzado a surgir terapias dirigidas al genotipo. Los microARN (miARN) son secuencias cortas de ARN no codificante que desempeñan un papel importante en la regulación de la expresión genética. Los miARN son cruciales en el desarrollo de varias enfermedades cardiovasculares, incluida la MCD. El objetivo de este estudio fue analizar el transcriptoma de ARNm y miARN en tejido cardíaco humano para delinear firmas de expresión genética específicas de la etiología de la MCD.

Métodos: Utilizamos la secuenciación de miARN y ARNm para identificar las diferencias entre el transcriptoma del tejido ventricular izquierdo (LV) humano de pacientes con MCD causada por sobrecarga de volumen (DCMv) y MCD isquémica (MCI). En Gene ontology (GO) y Kyoto, enciclopedias de Genes and Genomas (KEGG) se realizaron análisis en los genes expresados diferencialmente. Los miARN expresados se validaron mediante qRT-PCR.

Resultados: MiRNome y transcriptoma de tejido LV humano mostraron 111 ARNm y 5 miARN desregulados en DCMv vs. MCI, y revelaron 37 interacciones miARN-ARNm. El análisis GO reveló vías de matriz extracelular entre los términos GO más enriquecidos. La vía KEGG reveló la contracción del músculo cardíaco, la señalización de calcio, los ácidos grasos y la respuesta inmunitaria entre las vías más enriquecidas. Finalmente, la validación de qRT-PCR en todas las muestras recolectadas de DCMv (n = 8) e MCI (n = 5) mostró que miR-218-5p, miR-487b-3p y miR-494-3p están regulados al alza en MCDv en comparación con MCI.

Conclusiones: Los resultados sugieren que las firmas del transcriptoma pueden distinguir distintas etiologías de MCD, arrojando luz sobre las diferencias biológicas subyacentes entre MCDv y MCI.

673/128. IMPACTO DE LOS ESTUDIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA TASA DE IMPLANTES DE DESFIBRILADOR IMPLANTABLE EN MIOCARDIOPATÍA NO ISQUÉMICA. ANÁLISIS DE UNA SERIE PROSPECTIVA

Carmen González de la Portilla-Concha¹,
Carlos Palacios Castelló¹, Eduardo Arana Rueda¹,
Juan Acosta Martínez², Manuel Frutos López¹,
Juan Antonio Sánchez Brotons¹ y Alonso Pedrote Martínez¹

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

Introducción y objetivos: El implante de desfibrilador automático (DAI) es la terapia de elección en pacientes con alto riesgo de muerte súbita. Las indicaciones de prevención primaria (PP) en miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI) son controvertidas. Varios estudios publicados en los últimos años han supuesto un cambio de paradigma en el manejo de la

MDNI con disfunción ventricular. Nuestro objetivo es evaluar la repercusión de estos estudios en el manejo de estos pacientes en un centro de tercer nivel.

Métodos: Análisis retrospectivo de una serie prospectiva y consecutiva de 1282 DAI implantados en nuestro centro desde 2008 hasta la actualidad, 46,3% (n = 593) en PP, 27,4% (n = 351) en prevención secundaria y 26,3% (n = 338) por complicaciones y recambios de generador. Se realiza una comparativa de las indicaciones y características de los pacientes con implante en PP por MDNI antes (grupo A: 2008-2016) y después (grupo B: 2017-2022) de la publicación de estos estudios.

Resultados: El grupo A lo componen 135 pacientes vs. 71 en el grupo B. Se aprecia una reducción significativa en la indicación de DAI en PP de MDNI (grupo A 39,8% VS. grupo B 27,9%; p < 0,001). Las características basales de ambos grupos no difieren significativamente en edad, sexo o factores de riesgo clásicos. Sin embargo, el grupo A presentó mayor proporción de disfunción ventricular severa (< 30% 93% vs. 71,8%; p < 0,001) y peor clase funcional (p = 0,002). Además, se observa un aumento significativo en el uso de resonancia cardíaca (grupo A 10,5% vs. grupo B 45,1%, p = 0,007) para evaluar la presencia de realce tardío de gadolinio como subrogado de fibrosis (presente en el 53,1% del grupo B).

Conclusiones: En los últimos años, en relación a la publicación de estudios de PP en MDNI, se observa una reducción significativa superior al 10% en el implante de DAI en PP en MDNI, con un cambio en el paradigma de estratificación de estos pacientes basada no solo en la función ventricular sino en la presencia de fibrosis con ayuda de la resonancia cardíaca.

673/129. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN NUESTRA CONSULTA DE IC?

Patricia Azañón Cantero, Irene M. Estrada Parra,
Virginia Pérez Ramírez, Cecilia Prados Murcia
y Francisco Javier Molano Casimiro

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

Introducción y objetivos: Es conocida la elevada prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en IC, que ensombrece su pronóstico a la vez que limita la optimización de tratamiento. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias terapéuticas y pronósticas entre los pacientes de nuestra consulta que tenían un filtrado glomerular (FG) superior o inferior a 60 ml/min/1,73 m² al inicio del seguimiento.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, analítico, en el que incluimos consecutivamente a los pacientes en seguimiento en consulta de IC desde abril de 2016 hasta diciembre de 2022, comparando el tratamiento en la última visita y datos pronósticos entre ambos grupos. Calculamos el FG mediante la fórmula CKD-EPI.

Resultados: Incluimos a 441 pacientes en seguimiento en nuestra consulta, 140 pacientes con FG inicial < 60 ml/min/1,73 m², edad media era 70 años, frente a 301 pacientes con FG inicial de > 60 ml/min/1,73 m², edad media de 60 años y con menos factores de riesgo cardiovascular. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en el porcentaje de pacientes bajo tratamiento con ARNIs, IECAS, ARA-II, betabloqueantes, digoxina, ivabradina e iSGLT2. En cambio, en el grupo de FG < 60 ml/min/1,73 m², se objetivó un uso significativamente menor de ARM (78,6% vs. 87%, p = 0,023) y superior de ferroterapia intravenosa (31,4% frente a

18,3%, $p = 0,002$), levosimendan (12,1% vs. 5,3%, $p = 0,011$) y diuréticos (78,6 vs. 52,8%, $p < 0,001$). Como datos pronósticos, destaca una incidencia significativamente mayor en el grupo con FG reducido de éxitus (24,3% vs. 13,6%, $p = 0,006$), ingresos por IC durante el seguimiento (27,9% vs. 13,3%, $p < 0,001$) o tras el alta de nuestra consulta (13,5% vs. 5%, $p = 0,017$), sin diferencias en los eventos arrítmicos.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con IC y FG < 60 ml/min/1,73 m² únicamente muestran un menor uso de ARM, con elevado grado de adherencia a las guías. La mayor necesidad en estos pacientes de feroterapia intravenosa e infusión de levosimendan, así como la mayor incidencia de éxitus e ingresos durante el seguimiento, son claros indicadores del peor pronóstico asociado a la ERC.

673/130. RESULTADOS DEL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA EN PACIENTES NONAGENARIOS, UNA SERIE DE CASOS

José Alejandro Claros Ruiz, Carlos Sánchez Sánchez, Carlos Lara García y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica es la valvulopatía más común en los países desarrollados, teniendo un pobre pronóstico sin sustitución valvular. Desde el primer procedimiento de implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI) en 2002 esta técnica se ha expandido por todo el mundo, perfeccionándose y modificándose su indicación continuamente, pero conlleva también una serie de riesgos y complicaciones. Nuestro objetivo es exponer nuestros resultados y experiencia en pacientes con edad muy avanzada (≥ 90 años), en la que la decisión de realizar o no esta técnica en esta población es una disyuntiva cada vez más frecuente.

Métodos: Se realiza una recogida de datos clínicos y analíticos de todos los casos ($N = 4$) de TAVI en pacientes ≥ 90 años realizados en el Hospital Regional Universitario de Málaga entre junio de 2010 y enero de 2022, realizando con el programa estadístico SPSS un análisis descriptivo de los datos recogidos.

Resultados: El 75% fueron mujeres con edad media 92 ($\pm 2,45$) años. En cuanto a FRCV, 100% hipertensos, 25% diabéticos, 25% dislipemia, 25% ERC. Previo al procedimiento 2 pacientes tenían FEVI reducida e insuficiencia aórtica moderada. El Logistic euroSCORE medio fue de 12,25 ($\pm 4,81$) y el STS score 7,45 ($\pm 9,95$). En todos ellos se realizó un acceso transfemoral, con una duración media del procedimiento de 83,75 ($\pm 41,91$) minutos, sin insuficiencia aórtica residual, y una estancia hospitalaria de 4-5 días. Como complicaciones, 1 paciente desarrolló intraprocedimiento una oclusión del TCI con PCR no recuperada y 1 paciente ingresó a los 2 meses por un síncope cardiogénico en contexto de flutter lento que requirió implante de marcapasos; sin ninguna complicación de los otros 2 pacientes durante el seguimiento posterior.

Conclusiones: Actualmente, la evidencia acerca del riesgo-beneficio del implante de TAVI en pacientes de edad muy avanzada (≥ 90 años) es muy reducida, y la decisión de realizar esta técnica no es fácil, puesto que es necesario tener en cuenta numerosos factores. Sin embargo, en pacientes con edad avanzada, pero con esperanza de vida > 1 año, buena situación basal y un número de comorbilidad aceptables, se podría razonablemente plantear el implante de TAVI, asumiendo los riesgos y eventuales complicaciones asociadas.

673/131. IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA EN MENORES DE 65 AÑOS. UN NUEVO AVANCE

José Alejandro Claros Ruiz, Carlos Sánchez Sánchez, Carlos Lara García y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica es la principal valvulopatía que requiere de sustitución valvular, bien sea por cirugía o por implante percutáneo transcatheter. Con respecto a esta última, su indicación ha ido ampliándose continuamente, y actualmente es de elección en pacientes de alto riesgo quirúrgico o mayores de 75 años, previo consenso en el HeartTeam. Nuestro objetivo es el de evaluar resultados del implante de TAVI en pacientes menores de 65 años y la razón de su indicación.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en vida real sobre implante de TAVI en pacientes ≤ 65 años en nuestro centro entre 2015 y 2020 ($N = 14$), recogiendo variables clínicas y analíticas, previas y posteriores al procedimiento, realizando un análisis descriptivo con el programa estadístico SPSS.

Resultados: La edad media fue de 61,9 años ($\pm 4,6$) y el 58% fueron varones. Con respecto a FRCV: HTA 78,6%, DM 50%, DL 64,3%, fumadores 71,4% y presentaban ERC el 50%. El principal motivo de colocación de TAVI fue el de alto riesgo quirúrgico en un 64,2% de los casos, con un EUROSCORE II 8,45 ($\pm 7,58$) y STS PROM 4,02 ($\pm 4,06$); seguido de rechazo del paciente a intervención quirúrgica en un 21,4% y finalmente en un 14,2% por RT mamaria previa. Con respecto a complicaciones intraprocedimiento solo hubo 1 caso, que por fuga intraprotésica fue necesaria la realización de un valve-in-valve con otro dispositivo. 1 paciente precisó de colocación de MCP definitivo por BAV completo y hubo un 28% de problemas a nivel del acceso solventados sin consecuencias. En el seguimiento 2 pacientes fallecieron durante el ingreso por causas ajenas al dispositivo, y otro paciente a los 9 meses de la intervención por sepsis de origen no filiado. El 78,5% restante no tuvieron complicaciones durante el seguimiento medio de 92,7 meses ($\pm 63,4$).

Conclusiones: Progresivamente vamos observando como la colocación de estos dispositivos se abren paso sin complicaciones en población cada vez más joven no tributarios a cirugía, siendo necesarios más estudios a largo plazo de seguridad como en el PARTNER-3, Evolut low-risk y el NO-TION; reforzando así el concepto de una medicina personalizada y a medida.

673/132. DISPARIDADES SEGÚN GENERO EN CRIOABLACIÓN DE VENAS PULMONARES SEGÚN LA EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Carmen Lluch Requerey, Irene María Esteve Ruíz, Teresa Molareda Salas, Álvaro Arce León y Pablo Moriñas Vázquez

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

Introducción y objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (VVPP) se ha convertido en el pilar del tratamiento de la fibrilación auricular (FA), logrando modificar el pronóstico de estos pacientes y mejorando su sintomatología. La prevalencia de FA en pacientes > 40 años es de del 4%, siendo similar entre varones y mujeres, aproximadamente 4,5%, si bien en algunas series está descrito mayor prevalencia FA en varones. Sin embargo, las mujeres asocian más síntomas y menor calidad de vida relacionada con la salud que los varones, a pesar de lo cual se someten a menor cardioversión y ablación

de FA, aunque no existe una clara evidencia que demuestre peores resultados de la ablación de FA en mujeres.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo incluyendo pacientes con FA paroxística (FApx) y persistente (FAPS) derivados entre 2017 y 2022 para críoblación de VVPP. Se analiza características demográficas así como resultados, complicaciones y recurrencia en función del sexo.

Resultados: Se analizan 182 pacientes, predominando sexo masculino en un 61,5% (112). Respecto a características demográficas el sexo femenino se asocia a mayor edad 63,97 años ($\pm 8,95$) CHA2DS2Vasc mayor y menor carga tabáquica, sin diferencias significativas respecto Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus 2 (DM2), Obesidad, dislipemia (DLP), tamaño de aurícula izquierda (AI), función ventricular izquierda (FEVI) basal o tipo de FA con el grupo masculino, existe una tendencia estadística en el grupo femenino a insuficiencia cardiaca congestiva (17,1% mujeres vs. 8% hombres; $p = 0,061$). En ambos grupos predominaba FA px, 77,1% grupo femenino vs. 74,1% grupo masculino. La tasa de recidiva postblanking es similar en ambos grupos (Mujeres 21,4%; hombres 29,5%, $p = 0,231$), aunque los resultados no son significativos destacar en el grupo masculino presentan recidivas con mayores síntomas presentando el 28,9% (11 pacientes) recidiva muy sintomática a pesar de fármacos antiarrítmicos vs. 14,3% (3 pacientes) en grupo de mujeres, $p = 0,33$. No se encontraron diferencias significativas en tasa de complicaciones, recidiva postblanking, accidente cerebrovascular (AVC) o necesidad de nuevo procedimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, a pesar de ser la presencia de FA similar en ambos sexos, las mujeres son remitida en menor medida a procedimientos de críoblación, retrasando el momento de la intervención hasta presentar mayor CHA2DS2Vasc y mayor sintomatología. A pesar de ello, presentan tasas de recidiva y complicaciones similares que en varones, recalando la necesidad de fomentar medidas precoces de control de ritmo en esta población.

673/133. EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA MEDITERRÁNEO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE EVENTOS RECURRENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (PROYECTO MEDLIFE): RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

Jesús Díaz Gutiérrez¹, Emilio Amigo-Otero¹, Ana Blanca Paloma Martínez-Pérez¹, Antonio Enrique Gómez-Menchero¹ y Mercedes Sotos-Prieto²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Investigación, Complejo Hospitalario Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y objetivos: Un estilo de vida mediterráneo puede prevenir la enfermedad cardiovascular (ECV) y controlar los factores de riesgo. El índice MEDLIFE («Mediterranean Lifestyle») es una herramienta validada en población española para medir la adherencia a un estilo de vida mediterráneo, que ha demostrado asociaciones favorables con varios desenlaces cardiometabólicos en estudios epidemiológicos. Sin embargo, no ha sido trasladado a la práctica clínica, ni evaluado en prevención secundaria de ECV. Por ello, nuestro objetivo fue evaluar la asociación entre la adherencia al MEDLIFE y la incidencia de eventos cardiovasculares recurrentes y mortalidad en pacientes con ECV.

Métodos: El estudio piloto incluyó una cohorte prospectiva de pacientes que habían sido hospitalizados por ECV (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular). Al inicio del estudio, evaluamos la adherencia al MEDLIFE (0-30 puntos) mediante un cuestionario que incluía no solo dieta

mediterránea, sino hábitos y preferencias alimentarias, actividad física, descanso y sociabilidad. Los eventos de ECV y mortalidad durante el seguimiento se determinaron mediante la revisión de informes médicos en la Historia Clínica Electrónica. Se utilizaron modelos multivariantes de regresión de Cox para estimar la Hazard Ratio (HR) de nuevos eventos según la puntuación en el índice MEDLIFE.

Resultados: Se incluyeron 164 participantes que fueron seguidos durante una mediana de tiempo de 5,2 meses. Al inicio del estudio, la puntuación media del MEDLIFE fue $15,9 \pm 3,2$ puntos. Durante el seguimiento, identificamos 43 eventos recurrentes de ECV y mortalidad. Los participantes en la categoría más alta de adherencia al MEDLIFE (18-24 puntos) presentaron una tendencia a tener menor riesgo de nuevos eventos de ECV y mortalidad en comparación con participantes con menor puntuación (9-14 puntos) (HR ajustada = 0,56; intervalo confianza 95%: 0,26-1,17). Cada incremento adicional de un punto en el MEDLIFE se asoció con un riesgo 8% menor de nuevos eventos de ECV y mortalidad, aunque sin llegar a alcanzar la significación estadística (HR ajustada = 0,92; intervalo confianza 95%: 0,84-1,01).

Conclusiones: La implementación del MEDLIFE en la práctica clínica puede ser una opción rápida para evaluar el estilo de vida mediterráneo que permita concienciar e iniciar conversaciones sobre cómo mejorar su propia salud para prevenir eventos recurrentes de ECV.

673/134. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FEVI MEJORADA

Cecilia Prados Murcia, Irene M. Estrada Parra, Virginia Pérez Ramírez, Patricia Azañón Cantero y Francisco Javier Molano Casimiro

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

Introducción y objetivos: Si bien la mejoría en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con IC y FEVI reducida (FEVI-R) tiene un valor pronóstico determinante en la evolución, su aparición es difícil de predecir y aun desconocemos los predictores y evolución.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal y analítico, en el que incluimos consecutivamente a los pacientes en seguimiento en nuestra Unidad de IC desde abril de 2016 hasta diciembre de 2022, comparando las características diferenciales entre los que mejoran FEVI frente a los que no. Definimos «FEVI mejorada» como aquella con valor inicial $< 40\%$ que mejora $\geq 10\%$ hasta ser $\geq 40\%$ durante el seguimiento.

Resultados: Incluimos un total de 397 pacientes con FEVI-R. En 206 (46,7%) se constató «FEVI mejorada», sin diferencias significativas frente al grupo que persiste con FEVI-R atendiendo a la edad, sexo, etiología (isquémica vs. no isquémica), HTA, DLP, ERC, tabaquismo, enolismo o NYHA. El grupo con «FEVI mejorada» muestra menor prevalencia de DM2 ($p = 0,032$), alteraciones de la conducción y disfunción de VD y superior de IC de novo ($p < 0,001$). Presenta un uso significativamente mayor de BB y menor de diuréticos y dispositivos de estimulación, sin diferencias en el resto de pilares terapéuticos. La mortalidad por cualquier causa, los ingresos por empeoramiento de IC y las arritmias ventriculares fueron significativamente menos frecuentes en el grupo con FEVI mejorada ($p < 0,001$), mostrando valores de NTproBNP inferiores en el seguimiento ($66,5\% < 1.000$ pg/ml), menor grado de insuficiencia mitral y mejor clase funcional.

Conclusiones: En nuestra muestra el 46,7% de los pacientes logra criterios de «FEVI mejorada». Estos presentan mayor

frecuencia IC de novo y menor de DM y disfunción VD, sin diferencias en la etiología. Su pronóstico es favorable frente a los pacientes que persisten con FEVI-R, con una significativa reducción de los eventos en el seguimiento y mejoría de la clase funcional y del grado de insuficiencia mitral.

673/135. EVENTOS CARDIOVASCULARES Y EVALUACIÓN POR CARDIORRESONANCIA DE PACIENTES CON MIOCARDITIS AGUDA

Cecilia Prados Murcia, Guillermo Villar Ochoa, Rocío Rodríguez Delgado, Carmen Otte Alba, María José Romero Reyes y Francisco Javier Molano Casimiro,

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

Introducción y objetivos: La miocarditis aguda puede asociarse a eventos cardiovasculares adversos, particularmente en los pacientes con gran cantidad de realte tardío de gadolinio (RTG) en la cardio-resonancia magnética (CRM). El objetivo de nuestro estudio es analizar los eventos en el seguimiento en pacientes con miocarditis aguda en nuestra área hospitalaria.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo de una cohorte de 80 pacientes ingresados por miocarditis aguda diagnosticada mediante CRM entre octubre de 2014 y enero de 2023. Mediana de seguimiento de 17 meses.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, con una mediana de edad de 34 años, el 72,5% varones. La mediana de la FEVI por CRM en el momento agudo fue del 60%. El 3,75% presentó arritmias durante el ingreso. Al 91,25% de los pacientes se les hizo una CRM en el momento agudo: el 80,8% tenía edema y el 89% RTG, de localización extensa en el 44,6%. En el seguimiento, el 42,5% se hizo CRM y el 26,25% ecocardiografía transtorácica. FEVI 62% de mediana en ambos estudios. De todos los que se hicieron CRM de control, el 5,5% PRESENTABA la misma cantidad de RTG que la primera y el 94,5% mejoró (de ellos, el 78,9% normalizó la CRM). En ningún caso la CRM empeoró. El 81,3% de los pacientes estaban asintomáticos en el seguimiento. El 12,5% tuvo algún evento cardiovascular: un 40% con miocarditis recidivante con RTG de localización extensa; un 40% con miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa, (recuperada en el 75%); un caso de pericarditis recidivante y un caso de taquicardia ventricular lenta en portador de DAI. Hubo una muerte por causa cardiovascular, en un paciente con miocardiopatía dilatada isquémica y disfunción ventricular severa de base.

Conclusiones: La miocarditis tiene un curso mayoritariamente benigno, ocurriendo en el seguimiento pocos eventos cardiovasculares. El único evento fatal por causa cardiovascular ocurrió en un paciente con miocardiopatía dilatada de etiología isquémica de base. En la mayor parte de los casos la CRM de control era normal o con mínimo RTG. Un alto porcentaje de los pacientes se muestran asintomáticos en el seguimiento.

673/136. AURÍCULA DERECHA: UN BUEN ALIADO EN LA ESTIMULACIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DURANTE EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA

Alba Abril Molina, Mónica Fernández Quero, Rosa Maria Cardenal Piris, Agustín Guisado Rasco, Rocío Rodríguez Delgado, Jesús Peña Mellado, Manuel Villa Gil-Ortega y Jose F. Díaz Fernández

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

Introducción y objetivos: La estimulación ventricular rápida reduce el gasto cardiaco, proporcionando estabilidad durante

el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI). Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la estimulación ventricular izquierda a través de la guía de alto soporte utilizada para el implante y una guía situada en la aurícula derecha (AD) que actúa como ánodo.

Métodos: La estimulación ventricular izquierda se realiza conectando el extremo externo de una guía Safari2-Preshaped situada en el ventrículo izquierdo al cátodo de un marcapasos temporal, y el ánodo, al cuerpo de una guía Emerald insertada en la aurícula mediante un catéter Judkins Right (JR) diagnóstico a través de un acceso venoso femoral (punción ecoguiada) dejando un introductor femoral a este nivel. El marcapasos se programa con salida máxima (20 V) y sensibilidad anulada.

Resultados: Se implantó TAVI transfemoral en 62 pacientes con bajo riesgo basal de bloqueo auriculoventricular (BAV) de alto grado con el procedimiento (mediana 79,4 ± 6,5 años) utilizando la técnica de estimulación descrita (25 Sapien 3 Ultra, 13 Navitor, 9 Acurate Neo2, 14 Evolut PRO+, 1 Myvalve), exitosa en todos los casos (hubo 1 fallo de captura atribuido a la programación del marcapasos). Hubo 2 procedimientos emergentes por shock cardiogénico y 8 valve-in-valve. Dos pacientes desarrollaron BAV completo intraprocedimiento, implantándose marcapasos transitorio por la vía femoral previamente canalizada; en el resto de los pacientes el introductor femoral fue retirado tras el procedimiento. El hecho de utilizar un marcapasos transitorio desde el inicio del procedimiento reduce el umbral para mantener el mismo durante al menos 24 h, aumentando las complicaciones, reduciendo la movilidad del paciente y el alta precoz. No se documentaron complicaciones vasculares derivadas del acceso venoso, ni del posicionamiento de la guía en la AD. No aumentó de manera significativa el tiempo de procedimiento, ni la fluoroscopia. La mediana de estancia hospitalaria tras el implante fue de 2 días.

Conclusiones: En nuestra serie, la estimulación ventricular izquierda utilizando como ánodo la guía situada en la AD ha demostrado ser una técnica eficaz y segura, sin aumentar significativamente el tiempo de procedimiento y aporta, además, la ventaja de disponer de acceso venoso central para un posible marcapasos transitorio urgente.

673/137. ¿SUPONE LA IC DE NOVO UNA ENTIDAD CLÍNICA CON DIFERENTE PRONÓSTICO RESPECTO A LA IC CRÓNICA?

Virginia Pérez Ramírez, Irene M. Estrada Parra, Patricia Azañón Cantero, Cecilia Prados Murcia y Francisco Javier Molano Casimiro

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

Introducción y objetivos: Sabemos que casi la mitad de los ingresos por IC se deben a IC de novo (IC-N), así como el valor pronóstico negativo que suponen las rehospitalizaciones por IC. Sin embargo, aún faltan datos que esclarezcan posibles diferencias en el curso evolutivo entre pacientes que inician seguimiento en Unidad de IC (UIC) tras un debut, frente aquellos que lo hacen tras empeoramiento de IC crónica conocida.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal y analítico, en el que incluimos consecutivamente a los pacientes en seguimiento en nuestra UIC desde abril de 2016 hasta diciembre de 2022, realizando un análisis comparativo entre aquellos con IC de novo frente a IC crónica.

Resultados: Incluimos un total de 441 pacientes, edad mediana 68 años, FEVI media 31%. 202 presentaban IC-N y 239 IC crónica. En el grupo con IC-N se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en la etiología, predominantemente no isquémica, y una menor prevalencia de HTA, DLP, c. isquémica, FA/flutter, enfermedad renal crónica o tabaquismo; el enolismo fue significativamente superior. En ambos grupos, la CF II de la NYHA inicial más frecuente era II. En la última revisión, en el grupo con IC-N predominaba de forma significativa CF I (59,3% vs. 36,2%, $p < 0,001$) y el porcentaje de pacientes con NT-proBNP < 1.000 pg/ml, sin diferencias entre grupos al inicio del seguimiento. El tratamiento mostró mayor uso de ARAII e iSGLT2 en el grupo con IC-N y menor de ferroterapia, diuréticos y dispositivos de estimulación. Ello se acompañó de una mayor incidencia de FEVI mejorada en el grupo con IC-N (59,5%, $p < 0,001$) y menos eventos: éxitus (8,9 vs. 23,8%, $p < 0,001$), reingresos al año (18,4 vs. 35,7%, $p = 0,008$), ingresos durante el seguimiento (8,9 vs. 25,5%, $p < 0,001$) y arritmias ventriculares (9,9% vs. 20,6%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con IC de novo que inician seguimiento en nuestra UIC muestran menor incidencia de etiología isquémica y factores de riesgo cardiovascular y un pronóstico más favorable: mejoría de FEVI, clase funcional, biomarcadores y eventos en el seguimiento, demostrando la importancia del tiempo de evolución de la enfermedad y del tratamiento médico óptimo precoz.

673/138. ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES COMO HERRAMIENTA DE DISCRIMINACIÓN ENTRE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA SARCOMÉRICA Y ENFERMEDAD DE FABRY

Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López¹, Juan Manuel García Torrecillas¹, Juan Jiménez Jáimez², Carlos Federico Gómez Navarro¹ y Jose Antonio Aparicio Gómez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) obedece a mutaciones de proteínas sarcoméricas. Una fenocopia de MCH es la enfermedad de Fabry (EF), donde un déficit enzimático hereditario produce una acumulación lisosomal sistémica. En ambos, la manifestación fenotípica cardíaca consiste en una hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI). El electrocardiograma (ECG) es una herramienta diagnóstica precoz para dilucidar el origen de una HVI inexplicada. En la EF no existen claras *red flags* para orientar hacia su diagnóstico. El objetivo fue describir y detectar diferencias electrocardiográficas entre una población con EF frente a MCH.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con MCH Vs. EF. Los pacientes con EF con diagnóstico genético ($n = 20$) de la consulta de cardiopatías familiares de un centro se compararon con pacientes con mutaciones sarcoméricas catalogadas como patogénicas ($n = 25$) seleccionados de forma consecutiva en dos centros. Se recogieron variables relativas a características clínicas, historial arritmico, ECG y ecocardiograma

Resultados: Se observó un predominio de sexo femenino en la MCH (40% Vs. 65%, $p = 0,09$), sin objetivarse diferencias significativas en la edad (MCH: $49,5 \pm 20$ vs. EF, $46,5 \pm 17$ años). Ecocardiográficamente la FEVI fue $> 50\%$ en todos los casos, aunque sí se detectaron diferencias significativas en el grosor máximo del VI ($18,5 \pm 5$ vs. $13,1 \pm 3$ mm, $p = 0,02$). Electrocardiográficamente se evidenció una proporción significativamente superior de BRDHH en EF. Además, la preexcitación fue

superior con indicios de preexcitación en EF. El descenso del ST de más de dos derivaciones contiguas fue significativamente más frecuente en la MCH. El resto de las variables no mostraron diferencias destacables. El descenso del ST se correlacionó débil pero positivamente con el grosor máximo del VI (Rho Spearman: 0,37, $p = 0,01$). El BRDHH en EF fue independiente del grosor máximo del VI.

Conclusiones: La EF presenta un menor grado de HVI que las MCH. El ECG de la EF y MCH muestra algunas diferencias que en esta muestra no alcanzan la significación. El BRDHH se correlaciona de forma significativa e independiente del grado de HCI, con la probabilidad de diagnosticar EF frente a MCH en pacientes con HVI.

673/139. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES JÓVENES CON ENFERMEDAD CORONARIA

Alejandro Gómez González, Gloria Rocío Padilla Rodríguez, Marta Pelaz Sánchez, María del Mar Martínez Quesada, Paula Marín Andreu y Francisco Javier Rivera Rabanal

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Se pretende comparar, las características basales y factores de riesgo clásicos en mujeres jóvenes que ingresan con sospecha de cardiopatía isquémica, con la presencia de lesiones coronarias significativas en la coronariografía.

Métodos: Se trata de un estudio de casos y controles basado en el registro PRISMA (Predictores de Riesgo Isquémico en Mujeres Adultas) de un grupo de mujeres menores de 60 años ingresadas en el servicio de Cardiología a las que se les realiza coronariografía. Se incluyen mujeres con diagnóstico inicial de SCACEST, SCASEST o dolor torácico con ergometría positiva. Se estudiaron niveles de colesterol total, LDL, HDL y lipoproteína a y se clasificaron según la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, tabaquismo e hipertensión arterial), así como según su riesgo por SCORE2.

Resultados: De un total de 56 mujeres ingresadas desde junio-2022 a febrero-2023, con una edad media de $50,9 \pm 6$ años, se encontró una elevada proporción de hipertensión arterial (42%) y de tabaquismo activo (43,9%) entre ellas, con una menor proporción de diabetes mellitus (17,5%) y dislipemia (29,8%). La mayoría de los pacientes (56,1%) tenían un SCORE2 de riesgo bajo-intermedio. Encontramos un total de 36 coronariografías con lesiones isquémicas significativas. Al estudiar el perfil lipídico, se encontraron niveles superiores de LDL, colesterol total, colesterol no-HDL y lipoproteína(a) entre las mujeres con lesiones significativas en la coronariografía, aunque solo con diferencias estadísticamente significativas en el nivel de lipoproteína(a) ($52,9 \pm 47$ vs. $32,1 \pm 15$, $p = 0,03$). El subgrupo de enfermedad multivascular presentó aún mayor nivel de lipoproteína(a) alcanzando igualmente la significación (73 ± 55 , $p < 0,01$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los hallazgos en la coronariografía y resto de factores de riesgo clásicos, aunque sí entre los grupos según SCORE2 ($p < 0,01$).

Conclusiones: La lipoproteína(a) se presenta como uno de los factores más determinantes a la hora de predecir la presencia de lesiones significativas en la coronariografía (y el subtipo multivascular) en esta cohorte de pacientes jóvenes donde no encontramos casos de hipercolesterolemia familiar, probablemente por su influencia desde el nacimiento. No encontramos diferencias significativas en el resto de los factores de riesgo

clásicos, probablemente por su menor presencia e influencia en edades tempranas.

673/140. ¿INFLUYEN LA EDAD Y EL SEXO EN LA MIOCARDITIS AGUDA?

Guillermo Villar Ochoa, Cecilia Prados Murcia, María del Carmen Otte Alba, Rocío Rodríguez Delgado, María José Romero Reyes y Francisco Javier Molano Casimiro

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

Introducción y objetivos: Varios estudios han descrito diferencias entre sexo y grupos de edad en pacientes con miocarditis aguda, tanto en epidemiología como en su evolución clínica. El efecto proinflamatorio de la testosterona se considera uno de los principales condicionantes de dichas diferencias. El objetivo del estudio fue evaluar estas posibles diferencias en nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de miocarditis.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y analítico de una cohorte de 80 pacientes ingresados por miocarditis aguda entre octubre-2014 y enero-2023. Analizamos comparativamente según sexo y edad (grupos de edad < 40 y > o iguales a 40 años). A todos nuestros pacientes se les realizó cardio-resonancia (CRM) en el diagnóstico y en 52 pacientes control a los seis meses. La mediana de seguimiento fue 17 meses.

Resultados: Al realizar comparación por sexo, las principales diferencias encontradas fueron la incidencia (58 hombres vs. 22 mujeres) y la edad en el diagnóstico, siendo los hombres significativamente más jóvenes (mediana 32 años frente a 41 años; $p = 0,041$). No se encontraron diferencias en hallazgos de imagen ni en eventos en el seguimiento. En cuanto al análisis de subgrupos por edad, se realizó significativamente mayor despistaje de cardiopatía isquémica en los > o igual 40 (75,8 vs. 35%), siendo la coronariografía el método más utilizado. Los pacientes mayores tuvieron mayor incidencia de arritmias durante el ingreso (13,8% vs. 0%). No se observaron diferencias en los hallazgos de CRM en el momento agudo, pero en aquellos en los que se realizó estudio control a los 6 meses, la presencia de RTG fue más prevalente en los menores (29,5% vs. 24%), sin que esto se tradujera en más eventos a largo plazo.

Conclusiones: Ante estos resultados podemos inferir que la incidencia de miocarditis aguda es más frecuente en varones, presentando significativamente menor edad al diagnóstico, lo cual es superponible a lo evidenciado en estudios previos. En cuanto a las diferencias por edad, destaca la mayor aparición de eventos arrítmicos en pacientes mayores. Los pacientes menores de 40 años presentaron mayor persistencia de RTG en CRM de control, sin que esto se tradujera en eventos a largo plazo.

673/141. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y ANATÓMICAS ENTRE PACIENTES FUMADORES Y NO FUMADORES INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Eva González Llamas, Isabel María Jorquera Lozano, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de mortalidad en nuestro país. Hay factores no modificables que aumentan su incidencia, como la edad, y

otros factores modificables, entre los que destaca el tabaquismo. Este último incrementa hasta el 50% la probabilidad de presentar un IAM. Nuestro objetivo es analizar las diferencias clínicas y anatómicas entre pacientes fumadores y no fumadores.

Métodos: Estudio observacional de carácter retrospectivo donde se analizan datos de pacientes ingresados en nuestro centro por infarto agudo de miocardio (con o sin elevación del ST) en los últimos 26 meses.

Resultados: Se han analizado un total de 747 pacientes, de ellos 326 (43,6%) no fumadores, 254 (34%) fumadores y 167 (22,35%) exfumadores. Entre los no fumadores destaca la presencia de un mayor número de comorbilidades como hipertensión arterial (74,2% vs. 48,4%), dislipemia (56,4% vs. 45,7%), diabetes (40,5% vs. 23,6%) y una mayor edad media (73 vs. 58 años), todas ellas demostrando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,5$) con respecto al grupo de fumadores. Los no fumadores, además, presentaron también diferencias estadísticamente significativas frente a los fumadores ($p < 0,5$) en cuanto a una mayor tasa de IAMSEST (66% vs. 44%), una mayor proporción de coronarias sin lesiones angiográficamente significativas (12% vs. 2,4%), un menor porcentaje de casos con arteria única responsable (78,8% vs. 97,2%) y un mayor número de infartos debidos a un desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno -IAM tipo 2- (17,5% vs. 2%). Presentando así mismo este grupo de pacientes FEVI reducida (45,7% vs. 34,3%). Otras variables como la arteria responsable o el tipo de revascularización no presentaron diferencias entre los 3 grupos.

Conclusiones: Los pacientes fumadores con IAM son más jóvenes y tienen un menor número de comorbilidades con respecto a los no fumadores. Presentan además una mayor proporción IAMCEST y menos enfermedad multivascular, lo que hace más probable la causa tromboembólica. Se trata de un factor de riesgo modificable, por lo que es de vital importancia la prevención tanto primaria como secundaria en este grupo de pacientes jóvenes, con un mejor pronóstico a largo plazo.

673/142. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS EN MUJERES JÓVENES CON ENFERMEDAD CORONARIA. REGISTRO PRISMA

Gloria Rocío Padilla Rodríguez¹, Alejandro Gómez González¹, Cecilia Prados Murcia², Marta Lucas García¹, Rocío Páez Muñoz¹ y Francisco Javier Rivera Rabanal¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Pretendemos analizar las características basales de mujeres adultas ingresadas por sospecha de cardiopatía isquémica, así como estudiar la relación entre la presencia de lesiones coronarias significativas encontradas en coronariografía con sus antecedentes ginecológicos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico basado en el registro PRISMA (Predictores de Riesgo Isquémico en Mujeres Adultas), de una muestra de mujeres menores de 60 años ingresadas en un servicio de Cardiología con sospecha de síndrome coronario agudo (SCAEST, SCASEST o angina inestable) a las que se les realiza coronariografía durante el ingreso. Fueron clasificadas según sus antecedentes ginecológicos, así como por su puntuación SCORE2. Se compararon los hallazgos en coronariografía entre los diferentes grupos.

Resultados: De un total de 56 mujeres ingresadas entre junio/2022 y febrero/2023 (edad media de $50,9 \pm 6$ años), la

mayoría de ellas con un SCORE2 de riesgo bajo-intermedio (56,1%), la edad media de menopausia fue de 47 ± 7 años (un 19,3% antes de los 47 años). Se registró una media de $2 \pm 1,2$ embarazos, un 26,3% de ellas con aborto espontáneo, un 12,4% con trastornos hipertensivos del embarazo y un 10,5% de diabetes gestacional. Al comparar antecedentes ginecológicos con la presencia de lesiones coronarias significativas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con aborto espontáneo (86,7% vs. 56,1%, $p < 0,01$). Las mujeres con trastornos hipertensivos y diabetes gestacional solían tener coronariografía con lesiones isquémicas, aunque sin diferencias estadísticamente significativas con aquellas sin embarazo de riesgo. Las mujeres con menopausia en edades tempranas ingresaban principalmente por dolor torácico a estudio (45,5%) pero presentaron una mayor incidencia de lesiones coronarias (72,2%) con respecto a las mujeres no menopáusicas (66,7%) y a las de menopausia no precoz (59,3%), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$), sin influencia por la puntuación SCORE2. Las mujeres nulíparas tuvieron mayor incidencia de lesiones coronarias (71,4%) con respecto a las que tuvieron embarazos (63,3%), pero sin alcanzar la significación.

Conclusiones: Antecedentes ginecológicos como el aborto espontáneo y la presencia de menopausia en edades tempranas, presentan una fuerte relación con el hallazgo de lesiones coronarias significativas en mujeres jóvenes con sospecha de cardiopatía isquémica, poniendo de manifiesto la necesidad de su valoración en este grupo de pacientes.

673/143. ABLACIÓN SEPTAL CON ALCOHOL COMO TRATAMIENTO DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA: RESULTADOS EN SEGUIMIENTO A CORTO Y LARGO PLAZO

Adrián Rodríguez Albarrán, Eladio Galindo Fernández, Oscar Lagos Degrande, Santiago Jesús Camacho Freire, Elena Izaga Torralba, María Jessica Roa Garrido, Ana Manovel Sanchez y Antonio Enrique Gómez Menchero

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

Introducción y objetivos: En nuestro medio, la miocardiopatía hipertrofica obstructiva (MHO) es una condición común que puede presentar diferentes manifestaciones clínicas y, en muchos casos, ser refractaria al tratamiento farmacológico habitual. En dichos pacientes, la ablación septal con alcohol (ASA) guiada por ecocardiografía puede ser una opción de tratamiento invasivo eficaz, siempre y cuando se realice en un centro con experiencia. El objetivo del presente registro observacional es describir la seguridad y eficacia de este procedimiento a corto y largo plazo.

Métodos: Se realizó un registro de 23 casos de MHO tratados mediante ASA en los últimos 7 años (2015-2022), en un centro de referencia en ablación septal de MHO.

Resultados: Del total de 23 pacientes incluidos, un 56,5% de los pacientes eran varones. La edad media de la muestra fue de $62,93 \pm 6,28$ años. El gradiente basal del TSVI fue de $102,28 \pm 36,83$ mmHg y el grosor del septo interventricular de $20,75 \pm 3,94$ mm. La clínica principal que presentaban fue de disnea en 19 (82,6%) de los pacientes, angina en 1 (4,3%) paciente y síncope en 3 (13%) de ellos. Tras el procedimiento, se consiguió una reducción mayor o igual del 50% del gradiente basal en 91,8% de los pacientes, con desaparición de la insuficiencia mitral asociada a movimiento sistólico anormal (SAM) en el 45,45%. Desde el punto de vista clínico se logró una mejoría

de clase funcional, encontrándose en clase NYHA I-II, en el 79% de los casos con un único procedimiento, y en un 13% adicional tras una segunda ablación.

La media del pico de troponina posprocedimiento fue de 2.618 ± 1.100 ng/l. La única complicación detectada fue el bloqueo auriculo ventricular permanente, con necesidad de implante de marcapasos en 2 pacientes (8,7%). No se registraron fallecimientos a los 3 años de seguimiento en los pacientes analizados. Solo un paciente tuvo que ser derivado para realización de miectomía septal tras fracaso del primer procedimiento.

Conclusiones: La ASA es una técnica segura y eficaz para el tratamiento sintomático de la MHO cuando se realiza en centros con experiencia, consiguiendo una reducción significativa del gradiente dinámico en el TSVI, sin una tasa de complicaciones aceptable.

673/144. BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Alberto Piserra López-Fernández de Heredia¹, Manuel Crespín Crespín¹, Jorge Perea Armijo¹, Asunción García Merino², Rafaela Luque López², Ángela Heredia Torres³, Manuel Anselmo Ruiz Ruiz³, Carmen de la Torre Sáez⁴, Mercedes Azores Águila⁴ y José López Aguilera¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Técnico de Salud, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardiaca (RC) en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) ha demostrado beneficios pronósticos y es recomendada por las guías de práctica clínica con un nivel de evidencia elevado. Sin embargo, en la práctica clínica muy pocos pacientes tienen acceso a estos programas. El objetivo de nuestro estudio es analizar los beneficios de la rehabilitación cardiaca en nuestro medio en pacientes con ICFER.

Métodos: Se incluyen a 65 pacientes con ICFER que se acogen a un programa de rehabilitación cardiaca individualizado con ejercicios aeróbicos, de fuerza y educación sanitaria. Se realiza ergoespiometría, ecocardiograma TT, test de calidad de vida mediante el cuestionario abreviado de Kansas City (KCCQ-12) y analítica completa al inicio y tras completar programa de RC.

Resultados: La edad media fue de $60,4 \pm 9,4$ años, 20% mujeres. La etiología más frecuente fue idiopática, 50,8% seguida de la isquémica en el 40%. La hipertensión estuvo presente en el 50,8% y la diabetes en el 36,9%. El 46,6% en GF I, 41,5% GF II y el 12,3% en GF III. Se produjo una mejoría del consumo O_2 predicho ($62,9 \pm 17\%$ al $72,5 \pm 16\%$; $p < 0,001$), de la clase ventilatoria ($31,4 \pm 5,7$ a $29,9 \pm 5,1$; $p < 0,001$), de los niveles de NT-proBNP (2.366 ± 3.045 a 1.326 ± 1.345 ; $p < 0,01$), de FEVI biplano ($32,8 \pm 5,9\%$ al $39,74 \pm 9,6\%$; $p < 0,001$), así como de la calidad de vida mediante puntuación del test KCCQ-12 (68 ± 22 vs. $90,5 \pm 9$, $p < 0,001$). No se produjo incidencias de interés durante el programa de entrenamiento.

Conclusiones: El uso de la RC basada en ejercicio en pacientes con ICFER mejora de manera significativa la capacidad de ejercicio, la función ventricular, parámetros analíticos pronósticos y calidad de vida, siendo programas seguros y bien tolerados.

673/145. RESULTADOS DE LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR

Carmen Federero Fernandez,
Carmen María Gonzalez de la Portilla Concha,
Manuel Frutos López, David Grimaldos Parra,
Juan Acosta Martínez, Juan Antonio Sánchez Brotons,
Eduardo Arana Rueda y Alonso Pedrote Martínez

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

Introducción y objetivos: La estimulación ventricular derecha se asocia a una reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y un aumento de la mortalidad por insuficiencia cardíaca en los pacientes con disfunción ventricular izquierda (DVI) previa. Por ello, en estos pacientes está indicado el uso de la terapia de resincronización cardíaca (TRC). La estimulación del área de la rama izquierda (LBBAP) podría ser una alternativa a la TRC en estos pacientes. El objetivo es describir nuestros resultados con la LBBAP en pacientes con indicación de estimulación por bloqueo auriculoventricular (BAV) en presencia de DVI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. De 148 pacientes remitidos para LBBAP, analizamos 35 pacientes con indicación de estimulación cardíaca definitiva por BAV que presentaban DVI. Analizamos datos demográficos, clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos. Evaluamos la evolución clínica en términos de hospitalización por insuficiencia cardíaca, mortalidad cardiovascular y evolución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo FEVI.

Resultados: Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. El 40% de los pacientes estaban en FA o flutter y el 50% presentaba BAV de segundo o tercer grado en el momento del implante. En el 61,5% el QRS era ancho (26,9% bloqueo de rama izquierda). Se logró la LBBAP en 28 pacientes (80%). En estos, el QRS basal se redujo de $132 \pm 38,7$ ms a $123 \pm 15,0$ ms ($p = 0,2$). El porcentaje de estimulación ventricular fue del $80,5 \pm 32,8\%$. En un seguimiento medio a $6 \pm 7,9$ meses, la FEVI aumentó de media un $10 \pm 8,1\%$ (FEVI basal $37,4 \pm 4,1\%$ vs. FEVI final $47,4 \pm 9,0\%$; $p < 0,001$), 1 paciente ingresó por insuficiencia cardíaca y 2 fallecieron, ninguno de causa cardíaca. No hubo complicaciones relacionadas con el implante.

Tabla 1. Características basales

Características basales	Mediana
Edad media (años)	78 ± 10
Hipertensión arterial	25 (71%)
Diabetes Mellitus tipo 2	14 (40%)
Dislipemia	21 (60%)
Tabaquismo	5 (14%)
Filtrado Glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²	16 (45%)
Ictus previo	7 (20%)
Cardiopatía de base	33 (94%)
Isquémica	12 (34%)
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo	39 ± 5
Fibrilación auricular o flutter al implante	14 (40%)
Anchura basal del QRS (ms)	133 ± 36
IECA/ARAII/ARNI	25 (71%)
Betabloqueantes	26 (74%)
Antagonista receptores mineralocorticoides	12 (34%)

Conclusiones: La LBBAP mejora la FEVI a corto plazo en pacientes con DVI y BAV, y se asocia a una baja tasa de mortalidad de causa cardíaca y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca.

673/146. PERFIL CLÍNICO, ANGIOGRÁFICO Y ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y A LOS 30 DÍAS DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON Y SIN ELEVACIÓN DEL ST EN NUESTRO MEDIO

Isabel María Jorquera Lozano, María Elena Rodríguez Gómez,
Fabiola Nicolás Cañadas y Fajardo Molina, Ricardo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La enfermedad coronaria continúa siendo una de las principales causas de morbilidad en nuestro país. El objetivo es analizar las características epidemiológicas, clínicas y morbilidad de los pacientes ingresados por IAM en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con o sin elevación del ST en los últimos 26 meses.

Resultados: Se han analizado un total de 752 pacientes, de ellos un 42,6% se presentaron en forma de infarto con elevación del ST (IAMCEST). Se trata en su mayoría de pacientes varones (72,2%) y cuyos factores de riesgo principales son HTA (64,8%), dislipemia (53,7%), diabetes mellitus (35,5%), tabaquismo (33,8%) y obesidad/sobrepeso (24,3%). En la mayoría de los casos se trataba de IAM tipo 1 (87,4%), habiéndose registrado un 1,3% de casos de IAM peri-procedimiento tras ICP y un 9% de casos como IAM tipo 2. Hasta el 54,4% de los pacientes se presentaba como enfermedad multivascular y un 14,8% sin obstrucciones coronarias en la angiografía. La tasa de revascularización percutánea fue del 75%, realizándose hasta en el 81% de las ocasiones revascularización percutánea completa durante el mismo ingreso hospitalario. Únicamente en el 0,4% de los casos se optó por tratamiento conservador. La mortalidad durante el ingreso por causa cardiovascular fue del 3,5% y del 0,9% a los 30 días tras el mismo. Al alta hospitalaria, el 41% de los pacientes presentaban FEVI $< 50\%$.

Conclusiones: La cardiopatía isquémica es una de las causas más frecuentes de mortalidad en nuestro medio. En los últimos años se ha objetivado una reducción de su mortalidad precoz no solo por una mejoría en la red de asistencia, sino por cambios epidemiológicos en la población y una mejora en el manejo terapéutico y en el seguimiento posterior. Es importante, no obstante, una mayor intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular coexistentes para reducir la tasa de reingresos y la morbilidad en estos pacientes.

673/147. MIOCARDIOPATÍA RESTRICTIVA SECUNDARIA A SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO IDIOPÁTICO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana María Moncada Ventura, Jose Ignacio Larrubia Valle,
Rosa María Barrios Campos, Marta Alcalá Ramírez del Puerto
y Cristóbal A. Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: La afectación cardíaca secundaria al síndrome hipereosinofílico idiopático (SHE) es poco frecuente, y la principal causa de morbilidad asociada a este síndrome. Puede presentarse de diversas formas, desembocando en la mayoría de los casos en una miocardiopatía restrictiva irreversible. A raíz de un caso detectado en nuestro centro que debutó con insuficiencia cardíaca descompensada, se realiza una revisión de casos.

Métodos: Se han recogido todos los casos publicados en PubMed durante los últimos 20 años mediante una búsqueda bibliográfica con los términos «Idiopathic hypereosinophilic syndrome» y «Restrictive cardiomyopathy».

Resultados: Durante los últimos 20 años se han comunicado 16 casos de miocardiopatía restrictiva secundaria a SHE. De entre sus características cabe destacar la gran variabilidad de síntomas descritos; desde asintomáticos prácticamente durante toda la fase inicial de la enfermedad, hasta insuficiencia cardíaca aguda, eventos tromboembólicos o muerte súbita por arritmias. Al diagnóstico, la mayor parte de los pacientes debutaron con datos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva, siendo los síntomas más frecuentes la disnea y el dolor torácico. Respecto al diagnóstico, los hallazgos ecocardiográficos más frecuentes fueron fibrosis y obliteración principalmente a nivel del ápex del ventrículo izquierdo, trombos intracavitarios y alteraciones valvulares diversas. El tratamiento con dosis altas de esteroides al diagnóstico es lo más habitual en estos casos, a pesar de lo cual la mayor parte de pacientes evolucionaron hacia un cuadro irreversible. En estadios clínicos más avanzados las principales complicaciones; además de la miocardiopatía restrictiva, fueron las alteraciones valvulares, principalmente insuficiencia mitral.

Conclusiones: La miocardiopatía restrictiva secundaria a SHE es una entidad poco frecuente con una alta morbimortalidad, que se presenta generalmente con fibrosis endomiocárdica e insuficiencia cardíaca progresiva, así como con trombos intraventriculares y diversas valvulopatías. Un tratamiento precoz y dirigido es crucial para evitar la evolución hacia una lesión cardíaca irreversible. El pronóstico general de los pacientes una vez que desarrollan fibrosis endomiocárdica es bastante pobre y depende principalmente del grado y localización de la lesión.

673/148. EXPERIENCIA A MEDIO PLAZO DE LA ESTIMULACIÓN SIN CABLES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Isabel Lourdes Merino González, Manuel Molina Lerma, Pablo Javier Sánchez Millán, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

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

Introducción y objetivos: Las complicaciones relacionadas con el electrodo, incluida la infección, son las más temidas y graves. El desarrollo de los marcapasos sin cables ha permitido disminuir la incidencia de estos efectos adversos. En este trabajo, describimos nuestra experiencia con los marcapasos sin cables.

Métodos: Se incluyeron 52 pacientes a los que se les implantó marcapasos sin cables desde enero de 2017 hasta diciembre de 2022. Se analizó, además de las características de los pacientes, los parámetros de estimulación y la sincronía AV.

Resultados: El 52% eran mujeres ($n = 27$) con una edad media de 79 años. El 73,1% ($n = 38$) presentaban HTA, dislipemia 48,1% ($n = 25$), DM2 32,7% ($n = 17$) y la ERC 30,8% ($n = 16$). El 40,4% de los implantes fueron programados ($n = 21$) y el 28,3% de los casos el dispositivo tenía capacidad de sincronía AV ($n = 15$). El 42,3% de los pacientes tenían FA permanente ($n = 22$), siendo el QRS estrecho en el 44,2% ($n = 23$) y presentando BCRI el 25% ($n = 13$). El QRS posestimulación más frecuente fue con morfología de BCRIHH (46,2%, $n = 24$). La causa más frecuente de implante fue el BAV completo (26,9%, $n = 14$), seguida de FA lenta y FA bloqueada (15,4%, $n = 8$). El motivo más frecuente para implante de marcapasos sin cables fue la dislocación o disfunción de un electrodo previo (28,8%, $n = 15$), elevado

riesgo de infección (19,2%, $n = 10$) y falta de acceso vascular (11,5%, $n = 6$). El 50% de los pacientes no presentaban cardiopatía previa. La FEVI previa al implante fue $57\% \pm 14,27$. El porcentaje de estimulación es de $73,6\% \pm 34\%$. En los dispositivos compatibles, la sincronía AV fue del $57 \pm 31\%$ ($n = 13$). Hubo una complicación (pseudoaneurisma de pared libre de ventrículo derecho tratado de forma conservadora). No hubo muertes relacionadas con el implante.

Conclusiones: La estimulación sin cables es un tratamiento seguro y eficaz, con bajo porcentaje de complicaciones, sobre todo en pacientes con elevado riesgo de efectos adversos.

673/151. CAPTURA DEL SISTEMA ESPECÍFICO DE CONDUCCIÓN DURANTE LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA

Carmen González de la Portilla-Concha, Carmen Federero Fernández, Manuel Frutos López, David Grimaldos Parra, Juan Acosta Martínez, Juan Antonio Sánchez Brotons, Eduardo Arana Rueda y Alonso Pedrote Martínez

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

Introducción y objetivos: La estimulación del área de la rama izquierda (LBBAP) comprende la captura del sistema específico de conducción (CSP) y la captura exclusiva del septo izquierdo (LVS.P), siendo este último modo menos fisiológico. Existen diferentes criterios para distinguir ambos tipos de estimulación. El objetivo es determinar la tasa de CSP en una población portadora de marcapasos con LBBAP.

Tabla 1. Características basales

Edad media (años)	70,7 $\pm$ 10,6
Varones	68 (66%)
HTA	71 (68,9%)
Diabetes mellitus	39 (37,9%)
Fracción de eyección	53,2 $\pm$ 14,1%
Cardiopatía subyacente	
Ninguna	34 (35,1%)
Hipertensiva/Hipertrofia	11 (11,3%)
Isquémica	16 (16,5%)
Valvular	21 (21,6%)
Dilatada	9 (9,3%)
Motivo del implante	
Bloqueo aurículo-ventricular	94,2%
Disfunción sinusal	1,9%
Alternativa al TRC	3,9%
Ritmo basal	
Sinusal	84 (81,6%)
Fibrilación auricular	19 (18,4%)
Trastornos de conducción basales	
Ninguno	34 (3,3%)
BCRDHH	15 (14,7%)
BCRIHH	27 (26,5%)

Métodos: Análisis retrospectivo de 103 pacientes con LBBAP. Determinamos la tasa de CSP siguiendo los criterios basados en la presencia de transición (propuestos por Shengjie Wu et al.) y los que añaden tiempos de activación (propuestos en el registro MELOS). Evaluamos los factores relacionados con lograr la CSP según ambos criterios.

Resultados: Las características basales de la población se recogen en la tabla 1. La LBBAP logró una reducción del QRS (basal 132 ± 33 VS. estimulado 118 ± 13 msec, $p < 0,001$). El tiempo de activación desde espícula de estimulación al pico

de V6 (RWPTV6) fue $80,3 \pm 10,8$ mseg y el intervalo entre el pico de V6 a V1 $39,3 \pm 4$ mseg. Se registró potencial de RI en 42% y transición de CSP a LVS.P o captura selectiva durante prueba de umbral en el 45,5%. Se logró la CSP según los criterios de MELOS en el 87,9% y según Shengjie Wu et al en el 45,5%. Ninguno de los factores analizados se relacionó con un menor cumplimiento de los criterios MELOS. Se observó una menor tasa de CSP según los criterios de Shengjie Wu et al en presencia de hipertrofia ventricular izquierda (34,9% vs. 60% sin hipertrofia, $p < 0,001$) y la menor experiencia del operador (según número de implantes, por tercios: 32,4% en primer tercio, 30,3% en segundo tercio, 73,5% en último tercio, $p < 0,001$). **Conclusiones:** Durante la LBBAP, lograr CSP según los criterios de transición es más complejo que según los criterios de tiempo. La presencia de hipertrofia ventricular izquierda y la experiencia del operador se relacionan con lograr CSP.

673/152. ACCESO TRANSCAVA EN EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA EN ANDALUCÍA

Alba Abril Molina, Rocío Rodríguez Delgado, Jesus Peña Mellado, Rosa María Cardenal Piris, Agustín Guisado Rasco, Mónica Fernández Quero, José María Cubero Gómez, Luis S. Díaz de la Llera, Manuel Villa Gil-Ortega y Jose F. Díaz Fernández

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

Introducción y objetivos: El acceso transfemoral es el principal para el implante de válvula aórtica percutánea (TAVI). Cuando no está disponible existen accesos alternativos, siendo el subclavio y el transcarotídeo los más empleados, pero este escenario es menos confortable para el hemodinamista. Por ello, desde su primera descripción en 2014, el acceso transcava resulta cada vez más atractivo como abordaje alternativo para pacientes con accesos vasculares difíciles.

Métodos: Se presenta la experiencia de un centro andaluz con los 2 primeros pacientes tratados mediante TAVI transcava en nuestra comunidad.

Resultados: Se realizó TAVI transcava en 2 pacientes varones (77 y 76 años; STS score 13,7% y 5,6% respectivamente), con estenosis aórtica severa sintomática, sin otros accesos vasculares válidos para TAVI (arteriopatía periférica severa con calcio, tortuosidad y diámetros arteriales < 5 mm). En ambos pacientes se realizó el procedimiento bajo sedación consciente, y se utilizó la vena femoral derecha (20 nF) para el implante valvular y la arteria femoral izquierda para control angiográfico y capturar la guía tras el cruce cava-aorta; y, mediante TAC, se seleccionó previamente la zona de punción (lado derecho de la pared aórtica libre de calcio y de otras estructuras, infrarrenal y por encima de la bifurcación aortoiliaca). El cruce cava-aorta se realizó con una guía de angioplastia electrificada (Astato XS 30 g) incluida en un sistema telescópico (Finecross-Navicross-catéter guía renal) y con ayuda de un lazo en el lado arterial se capturó y avanzó hasta aorta ascendente, intercambiándose después por una guía alto soporte Lunderquist y llevándose a cabo el implante valvular de forma habitual. Para el cierre aorto-cava utilizamos el dispositivo Amplatzer Duct Occluder 10/12 mm con excelente resultado, comprobado por TAC en el primer paciente y angiografía de substracción digital en el segundo. Alta precoz (24 h) en ambos casos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el abordaje transcava es una alternativa real para pacientes con accesos vasculares difíciles. La disposición de la sala de hemodinámica es similar a la del TAVI transfemoral, con un tiempo de procedimiento no mucho mayor; y, con respecto a otros accesos alternativos, la

tasa de complicaciones es baja, se puede realizar bajo sedación consciente y permite la movilización precoz, traduciendo estancia hospitalaria menor.

673/153. APTITUD CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Isabel María Jorquera Lozano¹, Elena Martínez Rosales², Carlos Federico Gómez Navarro¹, Jose Antonio Aparicio Gómez¹, Raul Reyes Parrilla¹, Jesús Aceituno Cubero¹ y Enrique García Artero³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

²Estudios de doctorado, Departamento de Educación, Universidad de Almería, Almería. ³Department of Education and SPORT Research Group, CERNEP Research Center, Universidad de Almería, Almería.

Introducción y objetivos: La obesidad mórbida se caracteriza por un exceso de grasa corporal que afecta a la aptitud cardiorrespiratoria de los individuos, pudiendo repercutir negativamente en la salud cardiovascular. El objetivo es analizar y describir la aptitud cardiorrespiratoria de pacientes con obesidad mórbida.

Métodos: Análisis de la capacidad cardiorrespiratoria mediante protocolo de Bruce en cinta rodante, estimándose los METS en función del tiempo hasta la finalización de la prueba. Se registró el esfuerzo percibido mediante la escala de Borg (1-10), la FC máxima y la FC de recuperación en el primer, segundo y tercer minuto.

Resultados: Un total de 71 participantes completaron la prueba, de ellos 50 eran mujeres con una edad media de 41 ± 10 años e IMC de $46,5 \pm 9,8$ kg/m². La duración media de la prueba fue de $5,3 \pm 2,33$ minutos, con una percepción de esfuerzo de $7,2 \pm 1,2$ (escala de Borg). Se estimó de media $6,3 \pm 2,3$ METS. La frecuencia de recuperación media en el primer minuto fue de 26, en el segundo 43 y en el tercero 52. Mediante análisis por regresiones lineales se observó que la edad ($\beta = -0,12$, SE = 0,02, $t = -5,36$, $p < 0,001$) y el IMC ($\beta = -0,2$, SE = 0,03, $p < 0,001$) estaban negativamente asociadas con los METS, mientras que el sexo ($\beta = 0,48$, SE = 0,5, $p = 0,345$) no influía en esta asociación. El sexo ($\beta = -8,21$, SE = 3,65, $p = 0,028$) y el tiempo ($\beta = 0,05$, SE = 0,02, $p = 0,005$) fueron predictores de la FCrec a los 3 minutos, teniendo los hombres una FC media más baja que las mujeres (diferencia media $-8,21$ lpm) tras controlar las demás variables del modelo.

Conclusiones: Tener un mayor IMC y edad se relaciona con peores valores de aptitud cardiorrespiratoria, sin influir el sexo. Se encontraron diferencias en la FCrec a los 3 min, con una FC más baja en hombres. Estos resultados deben tomarse con cautela debido al bajo porcentaje de hombres en nuestra muestra, siendo necesarios futuros estudios para aportar mayor información.

673/154. TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ALTO RIESGO TROMBÓTICO QUE SUFREN SÍNDROME CORONARIO AGUDO O QUE SON SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO

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

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

Introducción y objetivos: El tratamiento antitrombótico y su duración en pacientes con FA que sufren SCA o se someten a

intervencionismo 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 intervencionismo coronario entre 1/09/2021 y 01/01/2023, tratados un mes con triple terapia (Apixaban + AAS + inhibidor del receptor P2Y12), suspendiendo AAS al mes e inhibidor P2Y12 al año. Realizamos seguimiento clínico de eventos hemorrágicos y/o trombóticos.

Resultados: El 70% eran varones, la edad media 73,55 años y el 58,3% diabéticos. La mediana de seguimiento fue 12 meses. Clopidogrel fue el inhibidor de P2Y12 más frecuente; solo 5 recibieron Ticagrelor. 25% presentaba antecedente de infarto de miocardio. 78,3% en el episodio actual sufrió un SCA, un 55% IAMSEST. El 45% supuso revascularización compleja. El 13,3% presentó algún sangrado, de ellos el 87,5% en el primer mes con una mediana de tiempo desde inicio de 17,5 días. El 62,5% fueron sangrados no mayor de origen digestivo más frecuentemente (62,5%). Un 6,66% presentaron IAM en el seguimiento, con una mediana de tiempo desde el inicio de 36 días. La mortalidad fue del 5%, un caso (1,6%) por causa hemorrágica y ninguno por evento trombótico.

Conclusiones: En nuestra serie, la triple terapia antitrombótica durante un 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.

673/155. ¿CAMBIARÁ EL PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON LA APLICACIÓN DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS?

Manuel Luque Pérez¹, José Andrés del Valle Montero¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja², José Raúl López Aguilar¹ y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

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

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad con mal pronóstico, con alto número de descompensaciones, ingresos y una tasa de mortalidad cercana al 50% a los 5 años según registros vigentes. Nuestro objetivo es evaluar el impacto pronóstico a corto plazo de los pacientes con IC tras la introducción de Sacubitril/Valsartán (ARNi) en nuestro medio.

Métodos: Revisamos datos de 508 pacientes consecutivos recogidos desde el inicio de nuestro registro de la Unidad de IC (12/11/18) hasta el 9/7/19, seleccionando aquellos con al menos una visita a urgencias o ingreso por IC en un año, resultando 65 pacientes, de los cuales a 56 pacientes se prescribe ARNi. Registramos fecha de introducción del ARNi y comparamos n.º de ingresos y consultas de urgencias en el año previo y posterior a su inicio. Seguimiento medio de 1.080 días (2,96 años).

Resultados: La edad media fue de 71 años, 84% varones, 55% DM, 52% FA y 37% ERC. En cuanto a la etiología, el 60% era isquémica y 21,5% idiopática, 61,5% con DAI. FEVI media $32,3 \pm 7,9\%$, proBNP medio 3.429 ± 2.740 . El 95% tenían IECA/ARAII/ARNi, 83,1% betabloqueantes, 60% antialdosterónicos. También iniciaron iSGLT2 en el 23,3% (por DM2, sin indicación para IC entonces). De los pacientes con ARNi, se evidencian FEVI media $30,5\% \pm 7,9\%$ al inicio, con mejoría a $34 \pm 10,1\%$ al

año ($p < 0,008$). Las consultas en Urgencias pasaron de 1,63 de media el año previo a 0,7 durante el año posterior ($p < 0,001$) y los ingresos por IC de 1,22 a 0,48 el año posterior ($p < 0,001$). Se objetivó un 29% de mortalidad a casi 3 años (20% de causa cardiovascular), con solo 2 muertes (3,5%) al año del inicio de ARNi.

Conclusiones: En el perfil más desfavorable de nuestros pacientes (con descompensaciones e ingresos) obtenemos cifras menores de ingresos y muerte que lo descrito en la literatura científica actual. Es posible que la aparición de nuevos tratamientos como ARNi e iSGLT2 supongan un cambio en el pronóstico de la IC, algo que habrá corroborar con estudios de mayor N y tiempo de seguimiento.

673/156. RESINCRONIZACIÓN MEDIANTE ESTIMULACIÓN EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA RESINCRONIZACIÓN CONVENCIONAL

Aurora María Martínez Ballesta, Jesús López Muñoz, Manuel Molina Lerma, Laura Jordán Martínez y Miguel Álvarez López

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

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) mediante estimulación en zona de rama izquierda (ERI), es una técnica descrita recientemente como alternativa a la estimulación biventricular (BiV) e incluso como primera opción, con resultados prometedores.

Métodos: Estudio retrospectivo donde analizamos 72 pacientes consecutivos desde febrero de 2016 hasta diciembre de 2021 con indicación de TRC en un centro de tercer nivel. Se dividieron en grupo de estudio (ERI, $n = 34$) y grupo control (BiV, $n = 27$) tras la exclusión de 11 por pérdida de seguimiento (4 ERI y 5 BiV). Se evaluaron parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos. Consideramos respondedor clínico mejora ≥ 1 punto de clase funcional NYHA, y respondedor ecocardiográfico mejora de FEVI $\geq 5\%$. Comparamos ambos grupos respecto a los datos previos al implante con los realizados entre 6 y 12 meses después.

Resultados: Hubo una reducción significativa del complejo QRS en ambos grupos, significativamente mayor en el de ERI: 23,84% frente al 10,67% en BiV ($p = 0,002$). Tras un seguimiento medio de 8 meses, la FEVI mejoró significativamente en ambos grupos, un 10,3% en BiV (de 28,1% a 38,4%, $p < 0,001$) y un 12,16% en ERI (de 31,59% a 43,75%, $p < 0,001$), sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,544$). Hubo un mayor porcentaje de respondedores ecocardiográficos en el grupo de ERI: 81% respecto a 74% en BiV, sin significación estadística ($p = 0,748$). Los umbrales ventriculares fueron significativamente menores en ERI al implante (0,7 frente a 1,58 en BiV, $p < 0,001$), pero no en el seguimiento (0,77 frente a 1,26 en BiV, $p = 0,69$). A nivel clínico, mayor porcentaje de respondedores en ERI, 79% respecto a 56% en BiV sin significación estadística ($p = 0,5$). Sin diferencias significativas en muerte cardiovascular, reingresos o visitas a urgencias por IC (8% en BiV y 9% en ERI, $p = 0,649$), ni en las complicaciones en relación con el implante (15% en BiV, 10% en ERI, $p = 0,55$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la ERI consigue una mayor reducción del QRS respecto a BiV, con tendencia a mayor respuesta clínica, ecocardiográfica y menor umbral de estimulación, aunque sin diferencias significativas. No obstante, el tamaño muestral es limitado, y continuamos a la espera de ensayos aleatorizados.

673/157. CARACTERIZACIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL EN HOSPITAL TERCIARIO

Francisco José Bermúdez Jiménez, Ismael Arco Adamuz, Elisabeth Pereira Pérez, Silvia López Fernández y Laura Jordán Martínez

Unidad 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 cardíaca (IC) crónica. Ambas entidades se pueden reunir dentro de un espectro clínico común conocido como síndrome cardiorrenal (SCR). Modelos de abordaje multidisciplinar han demostrado beneficios en mortalidad y eventos cardiovasculares y renales. Nuestro objetivo es evaluar las características basales y a los 6 meses de seguimiento de los pacientes incluidos en la unidad cardiorrenal (UCR), formada por nefrólogos y cardiólogos, de nuestra área asistencial.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes con SCR que realizaron seguimiento en la UCR hasta diciembre de 2022, mediana de seguimiento 6 meses. Se analizaron características demográficas, comorbilidades, parámetros analíticos, de congestión y ecocardiográficos. Se utilizó el programa estadístico STATA.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, siendo 24 varones (77,42%) y 7 mujeres (22,58%), con una edad media de $73,9 \pm 8,5$ años. El 100% presentaba ERC e IC, siendo la etiología isquémica la más prevalente (45,16%), seguida de la valvular (29,03%). Tuvimos 4 pérdidas de seguimiento (3 exitus y 1 inicio de terapia renal sustitutiva). A los 6 meses se objetivó un aumento de la FEVI, siendo pre-post UCR: $36,7 \pm 8,9\%$ vs. $39,1 \pm 9,15\%$ ($p < 0,05$). En cuanto a la clase funcional pre-UCR: NYHA I 6,45%, II 45,16%, III 48,39%, IV 0%; post-UCR: 4,76% cambió de NYHA II a I, 23,81% de NYHA III a II y 4,76% empeoró ($p > 0,05$). La tasa de visitas a urgencias por IC descompensada disminuyó un 14,28% post-UCR ($p > 0,05$), y la de ingresos hospitalarios por mismo motivo un 19,04% ($p < 0,05$). También se objetivó una optimización del tratamiento médico, especialmente en cuanto iSGLT2 y ARM.

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. Además, este tipo de consultas multidisciplinarias posibilita la optimización de los tratamientos de IC independientemente del filtrado glomerular.

673/158. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA COMO TÉCNICA DE ELECCIÓN: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Jesús López Muñoz, Aurora María Martínez Ballesta, Laura Jordán Martínez, Manuel Molina Lerma y Miguel Álvarez López

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

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) mediante estimulación en zona de rama izquierda (ERI) es una técnica descrita recientemente como alternativa e incluso como primera opción en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, con resultados prometedores. Nuestro objetivo es conocer los resultados iniciales de la ERI

como técnica de elección en pacientes con indicación de TRC en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo que analizó 33 pacientes consecutivos desde agosto-2019 a junio-2021 con indicación de TRC. Se analizaron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas basalmente y en el seguimiento al año (mínimo de 3 meses y máximo 12). Realizamos un análisis emparejado de las variables pre y posimplante mediante la T-student para muestras emparejadas, considerando respondedor clínico mejora de al menos un punto en clase funcional de la NYHA y respondedor ecocardiográfico mejora de FEVI $> 5\%$, y superrespondedor FEVI $> 15\%$.

Resultados: En el 93,9% de los pacientes se consiguió éxito de ERI. En los casos fallidos se implantó el TRC convencional de rescate. El seguimiento medio fue 7,5 meses. Hubo un estrechamiento significativo del complejo QRS ($175 \pm 29,7$ ms, estimulado $129 \pm 15,5$ ms, $p < 0,000$). Hubo un 81,3% de respondedores ecocardiográficos, con una mejoría significativa de la FEVI media (basal de $31,6 \pm 5\%$, al seguimiento de $43,8 \pm 8,3\%$, $p < 0,000$), de los cuales el 39% fueron superrespondedores. El 76,5% fueron respondedores clínicos, con una mejoría significativa de la clase funcional NYHA media (de 2,67 basal a 1,82 en el seguimiento, $p < 0,000$). El umbral del electrodo ventricular fue de $0,66 \pm 0,11$ mV al implante y $0,77 \pm 0,1$ mV $\times 0,4$ ms en el seguimiento ($p = 0,175$). Hubo dos casos de complicaciones en relación con el dispositivo, una infección y un decúbito, que requirieron recambio del dispositivo. Desde el implante, un 9% de los pacientes han reingresado por causa cardiológica al año de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la TRC mediante ERI genera un remodelado inverso cardíaco, con una reducción significativa del complejo QRS y una mejora de la clase funcional y la FEVI, bajos umbrales de estimulación y tasas de respuesta similares a las descritas con resincronización convencional.

673/159. REGISTRO DE IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA TRANSFEMORAL (TAVI) EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL SIN CIRUGÍA CARDIACA

Emilio José Amigo Otero¹, Elena Izaga Torralba¹, Carlos Perea Alfaro¹, Santiago Camacho Freire¹, Alba Abril Molina¹, Eladio Galindo Fernández¹, Jessica Roa Garrido¹, Jose F. Díaz Fernández² y Antonio Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórticas biológicas transfemorales (TAVI) ha crecido exponencialmente en los últimos años. La evidencia en vida real presenta cada vez mejores resultados. El objetivo del estudio es analizar resultados en vida real tras implante de TAVI en un centro sin cirugía cardíaca.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo desde febrero 2011-febrero 2023, se incluyeron 287 pacientes consecutivos con implante de TAVI transfemoral. Se analizaron características basales, del procedimiento, resultados, seguimiento y mortalidad.

Resultados: Características basales:

- Edad media (años) 81 ± 6
- Varones 52,3% (149)
- Hipertensión 93% (268)
- Diabetes 43% (124)

- Dislipemia 70% (201)
- Enfermedad renal crónica 38% (109)
- Fibrilación auricular 34% (97)
- Cardiopatía isquémica previa 26,2% (75)
- Fracción eyección ventricular izquierda al implante $57\% \pm 9$
- NYHA medio al implante $2,41 \pm 0,6$

Complicaciones del procedimiento:

- Necesidad de marcapasos definitivo 19,1% (55)
- Sangrado mayores durante el ingreso o el procedimiento 12,8% (36)
- Mortalidad intraprocedimiento 1%

Seguimiento:

- Tasa de mortalidad 38,5% (111)
- Muerte cardiovascular 12,4% (31)
- Muerte por sangrado 2,8%
- Sangrados mayores durante el primer año 4,5% (13)
- Tiempo medio hasta la muerte (años) 3,5
- Tiempo medio de seguimiento (años) 2,7
- Tiempo medio hasta primer reingreso (años) 1,71

Se encontraron predictores de eventos (mortalidad) clásicos: tabaquismo ($p = 0,003$), EPOC (para mortalidad total y CV 35% vs. 61%, HR 2,9; IC 1,55-5,42 $p = 0,001$ y 9,4 vs. 26% HR 3,39; IC 1,51-7,74 $p = 0,002$; ProBNP (6.325 vs. 11.147 $p = 0,028$), NYHA ($p = 0,10$).

Conclusiones: Nuestro registro en vida real ratifica que el implante de TAVI en un centro sin cirugía es un procedimiento seguro. Se han objetivado factores predictores de eventos du-ros clásicos que pueden marcar el pronóstico de estos pacien-tes (EPOC, tabaquismo, proBNP y NYHA).

Métodos: Análisis prospectivo de masa grasa, magra y por-centaje de grasa corporal mediante bioimpedancia; así como perímetro de cintura, analítica sanguínea y parámetros eco-cardiográficos de pacientes en lista de espera de cirugía bariátrica.

Resultados: Un total de 80 participantes (media: $41,2 \pm 9,8$ años, IMC $47,1 \pm 72 \text{ kg/m}^2$, 60 mujeres) completaron todas las evaluaciones. El peso medio era de $127,6 \pm 21,6 \text{ kg}$, presentando una media de $62,5 \pm 12 \text{ kg}$ de masa magra y $65,4 \pm 13,5 \text{ kg}$ de grasa con un porcentaje graso del 51%. El perímetro de cintura medio fue de $126,4 \pm 15,4 \text{ cm}$. En cuanto a los parámetros analíticos, los participantes presentaron una media de $103,9 \pm 19,7 \text{ mg/dL}$ de glucosa, un colesterol total de $205,0 \pm 45,0 \text{ mg/dL}$ con $51,3 \pm 10,8 \text{ mg/dL}$ de HDL y $139,1 \pm 34,8 \text{ mg/dL}$ de LDL, y $136,6 \pm 79,9 \text{ mg/dL}$ de triglicéridos. Con respecto a los parámetros ecocardiográficos, los participantes presentaron de media una masa ventricular izquierda de $169,9 \pm 59,3 \text{ g}$, el grosor de la pared posterior fue de $10,4 \pm 1,7 \text{ mm}$, $11,05 \pm 1,8 \text{ mm}$ del septo interventricular, con una fracción de eyección del 62% y una relación entre las ondas e y a de $1,1 \pm 0,3$.

Conclusiones: Los pacientes con obesidad mórbida presentan un exceso de grasa corporal, acompañado de una gran circunferencia de cintura, con un perfil lipídico y parámetros ecocardiográficos alterados. Futuras investigaciones deberán mostrar cómo la pérdida de peso tras la cirugía puede afectar a estos parámetros.

673/160. COMPOSICIÓN CORPORAL, PERFIL LIPÍDICO Y CARACTERÍSTICAS ECOCARDIOGRÁFICAS EN PERSONAS CON OBESIDAD MÓRBIDA A LA ESPERA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

José Gregorio Soto Rojas¹, Elena Martínez Rosales², Carlos Gómez Navarro¹, Raul Reyes Parrilla¹, Jose Antonio Aparicio Gómez¹, Jesus Aceituno Cubero¹ y Alberto Soriano Maldonado³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Estudios de doctorado, Departamento de Educación, Universidad de Almería, Almería. ³Department of Education and SPORT Research Group, CERNP Research Center, University of Almería, Almería.

Introducción y objetivos: La obesidad mórbida está asociada al síndrome metabólico, que incluye dislipemia, hipertensión arterial y resistencia a la insulina. Esto puede conducir a remodelado del ventrículo izquierdo en estos individuos. El objetivo del estudio es describir los parámetros de composición corporal, perfil lipídico y función cardiaca en personas con obesidad mórbida.