

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

XLII Congreso de la Sociedad Extremeña de Cardiología

Almendralejo, Badajoz, 15 de abril de 2023

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN RECUPERADA EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN NUESTRO HOSPITAL

Bernardo Jorge Lanza Reynolds, Elías Emilio Majluf Abdala, Carla Guillem Ferrer, María Beltrán Moreno, Miguel Ángel Silva Cerpa, Ana Isabel Fernández Chamorro, Zineb Kounka, Benjamín Roque Rodríguez, Jorge Vega Fernández, Gonzalo Marcos Gómez, José Javier Gómez Barrado y María Victoria Mogollón Jiménez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Introducción y objetivos: Las guías de insuficiencia cardiaca definen la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección recuperada como aquella reducida menor a 40% y durante el seguimiento un incremento mayor o igual a 10%, alcanzando mediciones mayores a 40%. El objetivo fue conocer la frecuencia con la que los pacientes en seguimiento en nuestras consultas con fracción de eyección reducida evolucionan a recuperada y las características de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en pacientes en seguimiento ambulatorio por insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida desde febrero 2021 a febrero 2022.

Resultados: Se incluyó a 95 pacientes con fracción de eyección reducida, de los cuales 8 se pierden en el seguimiento, quedando 87. La media de edad fue de 69 años, la FEVI media de 29%. El 74,7% eran varones y 25,2% mujeres. Se observó como comorbilidades más comunes: diabetes (59%), hipertensión (71%), enfermedad renal crónica (14%), dislipemia (58%) y tabaquismo (66%). Las etiologías más frecuentes fueron la isquémica, en 58%, y la no isquémica, en 42% (dentro de las cuales las más comunes eran las taquimiocardiopatías y las valvulopatías). El 44% de los pacientes (n = 38) evolucionó a FEVI recuperada. De los isquémicos el 54% recuperó la FEVI y de los no isquémicos el 83% la recuperó (la mayoría eran taquimiocardiopatías). Comparando los pacientes de este grupo con los que no recuperaron la FEVI, los primeros eran más jóvenes, generalmente mujeres, el origen no isquémico era más frecuente y tenían menos comorbilidades.

Conclusiones: En nuestra serie observamos que los pacientes que con más frecuencia recuperaron la FEVI, la mayoría eran de sexo femenino, más jóvenes, de etiología no isquémica y principalmente taquimiocardiopatías.

Tabla 1. Etiología de IC con FEVI reducida

Isquémica n (%)	No isquémica n (%)
51 (58%)	36 (42%)

Tabla 2. Frecuencia de recuperación de la FEVI

Isquémica		No isquémica	
Recupera FEVI	No recupera FEVI	Recupera FEVI	No recupera FEVI
27 (54%)	24 (46%)	30 (83%)	6 (17%)

PERSISTENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Ana Isabel Fernández Chamorro, María Beltrán Moreno, Miguel Ángel Silva Cerpa, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, Bernardo Jorge Lanza Reynolds, María Victoria Mogollón Jiménez, Sergio Luis Moyano Calvente y Yolanda Porras Ramos

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) sobre el que se debe actuar intensivamente de cara a la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica (CI) crónica. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas de pacientes con CI crónica que mantienen un hábito tabáquico activo.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, de 1286 pacientes con CI crónica en seguimiento en consultas de cardiología. Utilizamos el programa SPSS v.25 para el análisis estadístico.

Resultados: Un 14,9% de los pacientes a estudio (n = 1.286), mantenía un hábito tabáquico activo, con mayor proporción de varones (58% frente al 42%) y con una edad media de 57,97 ± 10 años e inicio de su CI a los 53,48 ± 9,58 años (p = 0,000). La edad media de los no fumadores fue 65,06 ± 12,06 años con un inicio más tardío de la CI. En las tablas 1 y 2 se exponen datos clínicos y analíticos de estos pacientes.

Conclusiones: La proporción de hipertensos y la presencia de enfermedad cerebrovascular y de fibrilación auricular (FA) fue menor entre los fumadores, mientras que la arteriopatía periférica fue mayor. La diabetes y la dislipemia se hallaron

en proporciones similares, y, al contrario de lo que cabría esperar, la mortalidad fue superior en los no fumadores (fenómeno descrito como «paradoja del tabaco»), que podría explicarse por varios factores. A pesar de estar demostrado el potencial riesgo cardiovascular del tabaco, un gran número de pacientes con CI crónica mantenían un hábito tabáquico activo (14,9%).

Tabla 1. Comparativa de características clínicas entre pacientes con CI crónica que mantienen un hábito tabáquico activo y los que no

Perfil clínico	Fumadores	No fumadores	p
Edad media	57,97 ± 10	65,06 ± 12,06	0,000
Edad media inicio de CI	53,48 ± 9,58	60,04 ± 12,02	0,000
HTA	12,1%	19,2%	0,000
DM	14,6%	15,1%	0,799
DLP	14,8%	15,3%	0,893
ACV	11,1%	15,2%	0,349
FA	6,6%	15,8%	0,004
Arteriopatía periférica	22,9%	14,2%	0,017
Exitus	5,2%	7,9%	0,196

Tabla 2. Parámetros analíticos de los pacientes a estudio

Parámetros analíticos	Fumadores	No fumadores	p
FG	84,13 ± 18,74	76,00 ± 20,96	0,000
HbA1c	6,68 ± 5,58	6,17 ± 2,08	0,034
Colesterol total	139,03 ± 37,81	132,84 ± 32,51	0,018
cLDL	69,83 ± 30,94	63,91 ± 26,16	0,005
TG	131,03 ± 71,32	118,16 ± 72,00	0,023
Testosterona	4,96 ± 2,30	4,26 ± 2,05	0,013
Haptoglobina	192,77 ± 61,00	167,65 ± 71,09	0,014

TC CORONARIA, UN GRAN ALIADO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Ana Isabel Fernández Chamorro, María Beltrán Moreno, Miguel Ángel Silva Cerpa, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambriña, Bernardo Jorge Lanza Reynolds, María Victoria Mogollón Jiménez, Sergio Luis Moyano Calvente y Yolanda Porras Ramos

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: La coronariografía por tomografía computarizada (TC), tiene un alto valor predictivo negativo (VPN) en el diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI) en pacientes sin enfermedad coronaria conocida. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el motivo de solicitud de TC cardiaca, centrándonos posteriormente en su indicación en la cardiopatía isquémica y analizando tanto el perfil de paciente como su abordaje terapéutico final.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, de 92 pacientes a los que se les realizó TC cardiaca por diversos motivos en un periodo de tiempo de 3 meses. Utilizamos el programa SPSS v.25 para el análisis estadístico.

Resultados: La edad media de los pacientes a estudio (n = 92) fue de 63,55 ± 12,91 años, con mayor proporción de varones (54,3% frente a 45,7%). El motivo predominante de solicitud de TC cardiaca fue por sospecha de CI, en un 71,7% (características clínicas de estos pacientes en la tabla 1. El Score Calcio por TC en tabla 3). Se recomendó coronariografía percutánea al 24,24%, encontrándose lesiones coronarias significativas en el 31,25% de estos pacientes, que fueron tratadas con implan-

te de stents farmacoactivos. Al resto de pacientes sin lesiones significativas por TC (75,76%), no se les realizó cateterismo cardiaco y no presentaron eventos coronarios posteriores durante el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes sin indicación de cateterismo cardiaco por presentar lesiones no significativas por TC, no tuvieron eventos posteriores durante el seguimiento, hecho que demuestra el alto VPN de la TC coronaria. Se observó discordancia en el resto de los pacientes sometidos a cateterismo y que finalmente presentaron lesiones coronarias no significativas por esta técnica (68,75%).

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con sospecha de CI

Pacientes con sospecha de CI	Presente	Ausente
DLP	35	31
DM2	10	56
HTA	35	31
Fumador/Exfumador	31	35
AP de CI	1	65
AF de CI precoz	17	49

Tabla 2. Pacientes tratados con ACTP implante de stent farmacoactivo (n = 5)

Score Calcio	FEVI	Lesión coronaria
0	Ligeramente deprimida	Grave
17	Conservada	Grave
123	Conservada	Intermedia
626	Conservada	Grave
964	Conservada	Grave

Tabla 3. Score Calcio por TC coronaria en pacientes con sospecha de CI

Score Calcio	Interpretación	Riesgo	Pacientes
0	Sin placa apreciable	Muy bajo	32
1-99	Baja carga de placa	Ligeramente aumentado	17
100-299	Carga de placa moderada	Moderadamente aumentado	6
> 300	Carga de placa grave	Gravemente aumentado	11

USO DE INHIBIDORES DE SGLT-2 EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Elías Emilio Majluf Abdala, Carla Guillem Ferrer, Miguel Ángel Silva Cerpa, Bernardo Jorge Lanza Reynolds, María Beltrán Moreno, Ana Isabel Fernández Chamorro, David Chipayo González, María Victoria Mogollón Jiménez, Jose Javier Gómez Barrado y Yolanda Porras Ramos

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Introducción y objetivos: Los iSGLT2 en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica están asociados a menor mortalidad cardiovascular y riesgo de hospitalización por IC. Sin embargo, existe poca evidencia del uso de iSGLT2 en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA). El objetivo de este estudio es comparar la mortalidad, ingresos por IC y deterioro del fil-

Tabla	OR		OR Análisis multivariado	
	iSGLT2 vs. no iSGLT2	p	iSGLT2 vs. no iSGLT2	p
Endpoint combinado (mortalidad total/CV al año, reingreso por IC a los 6 meses/año)	0,24 (0,07-0,74)	0,001	0,56 (0,18-1,68)	0,3
Mortalidad por todas las causas	0,48 (0,11-2,11)	0,339	0,52(0,07-3,7)	0,51
Mortalidad CV	0,24 (0,07-0,74)	0,001	0,56 (0,18-1,68)	0,334
Reingreso por IC a los 6 meses	0,55 (0,26-1,17)	0,122	0,79 (0,33-1,9)	0,603
Reingreso por IC al año	0,18 (0,07-0,48)	0,001	0,34 (0,12-0,91)	0,049
FG < 45 ml/min/m ²	0,22 (0,1-0,7)	0,024	0,69 (0,44-0,89)	0,041

trado glomerular al año entre los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda en una unidad de cuidados cardiológicos agudos (UCCA) que son dados de alta con iSGLT2 y los que no se les indica.

Métodos: Es un estudio analítico y retrospectivo de ingresos en la UCCA con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda desde enero 2021 a enero 2022. Se analizaron variables demográficas, epidemiológicas, clínicas y laboratoriales realizándose una base de datos. Se excluyeron los reingresos y se comparó un endpoint combinado de mortalidad total y cardiovascular al año y reingresos por IC a los seis meses y al año en los pacientes dados de alta con iSGLT2 y los que no se les indicó. También se comparó la prevalencia de TFG menor a 45 ml/min/m² al año. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS 25 y se realizó un análisis multivariable considerando la edad, sexo, FEVI, presencia de FRA durante el ingreso, uso de inotrópicos y antecedente de diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, ERC, EPOC y cardiopatía isquémica.

Resultados: Después de excluir reingresos y fallecimientos durante el ingreso, se obtuvieron 43 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda por todas las causas, siendo el 30% mujeres, el 39% con IC crónica previa y el 37% con diabetes mellitus. Después de realizar el análisis multivariable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el endpoint primario (OR 0,56, p = 0,3). En el análisis de readmisión por IC al año (OR 0,34, p = 0,049) y la prevalencia de filtrado glomerular menor a 45 ml/min/m² (OR 0,69, p = 0,041) se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del uso de iSGLT2 al alta (ver tabla).

Conclusiones: El uso de iSGLT2 al alta en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda por todas las causas está asociado a una menor tasa de reingreso por IC al año y a un menor deterioro del filtrado glomerular. Existe aún poca evidencia en estudios de vida real sobre el uso de iSGLT2 en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda.

INTERACCIÓN DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL DESCONOCIMIENTO DE LA DIETA CARDIACA EN EL PACIENTE CORONARIO AGUDO

José M^a Jabato Martín

Servicio de Cardiología, Unidad de Cuidados Cardiacos Agudos, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: El desconocimiento de la dieta cardiaca en el enfermo coronario agudo, intervienen numerosos factores socioculturales asimilados como propios, que marcarán los principios de implementación y posterior adherencia dietética adecuada en el marco de la educación cardiaca. Objetivo: obtención y análisis de los factores socioculturales que establecen una percepción desfavorable en el comienzo de la implementación de la dieta cardiaca.

Métodos: Método de investigación cualitativa. Enfoque etnográfico. Técnicas utilizadas: entrevistas abiertas, semiestructuradas y focalizadas al objetivo de estudio. Campo de estudio: paciente coronario agudo estable. Tamaño muestral: 35 pacientes. Criterios de inclusión, indistintamente en edad y sexo. Excluidos, concedores de la dieta cardiaca, dificultad comunicativa, rechazo a la enfermedad. Ética investigativa: consentimiento, confidencialidad y conocimiento de uso por parte del paciente. Se realiza un proceso de observación de los discursos de las entrevistas dentro del marco conceptual: contextualización, codificación, análisis e interpretación, para hallazgos de resultados.

Resultados: Factores socioculturales formalizados encontrados: Interacción social grupo-familia (dieta diferente). Disyuntiva entre poder y querer (economía y temporalidad). Satisfacción vital identitaria (comensalismo). Cambios de hábitos establecidos (disminución de la sal, proporcionalidad de cantidades, alcohol, introducción de nuevos alimentos, cerdofilia, preparación de alimentos). Descrédito terapéutico (desinformación). Finalmente categorizamos resultados en tres parámetros a medir cualitativamente: Cultura alimentaria establecida. Hábitos reforzados aprendidos. Falsas creencias y desinformación.

Conclusiones: El análisis y categorización de los factores socioculturales en la dieta cardiaca en el contexto de su desconocimiento en el paciente coronario agudo, nos facilita la educación e implementación de la dieta cardiaca adecuada. Se establece que a mayor grado de información y conocimiento, mayor grado de adherencia en un futuro próximo.

KILLIP IV FRENTE A SCAI: ¿DEBEMOS ABANDONAR LA CLASIFICACIÓN KILLIP EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO POST-IAM?

Javier Pérez Cervera, Miguel Sánchez Sánchez, Rosa Navarro Romero, Javier Corral Macías, Ramón Rubí Matamoros, Natalia Torrijos López, Clara Nuevo Gallardo y José Ramón López Mínguez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

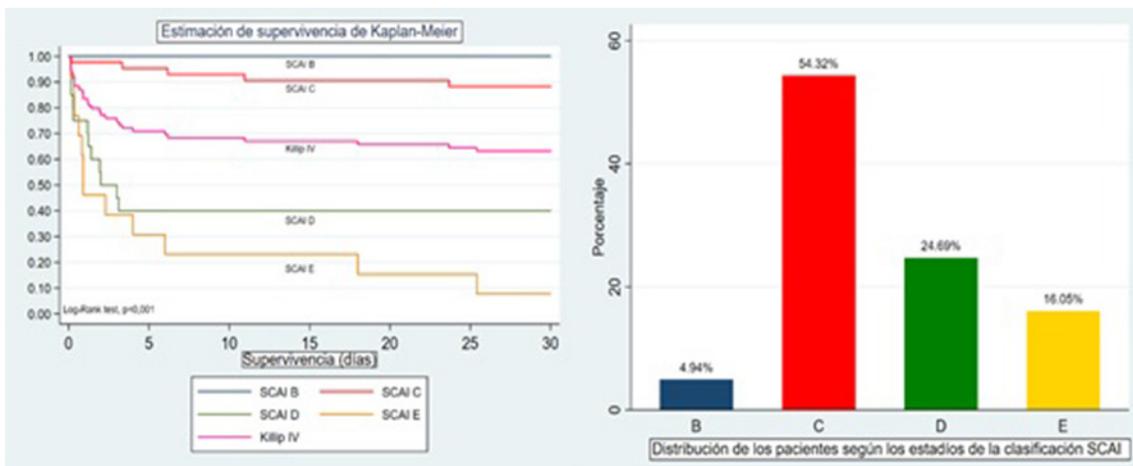
Introducción y objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal causa de shock cardiogénico (SC). La clasificación de Killip-Kimball clasifica a los pacientes según su situación clínica y estima su riesgo de mortalidad. El objetivo de este estudio fue comparar la capacidad de predicción de supervivencia de la clasificación SCAI frente al estadio Killip IV (SC post-IAM) y determinar los predictores de mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los últimos 81 pacientes consecutivos ingresados en nuestra UCAC con diagnóstico «IAM Killip IV» que tuvieran recogidas las varia-

Tabla

Variables	Killip IV (n = 81)	SCAI				p
		B (n = 4)	C (n = 44)	D (n = 20)	E (n = 13)	
Características basales						
Sexo varón	66,67%	50%	70,45%	65%	61,54%	0,79
Edad	66,1 ± 13,19	64 ± 5,29	66,09 ± 12,69	64,4 ± 15,33	69,38 ± 13,63	0,75
HTA	54,32%	25%	54,55%	60%	53,85%	0,69
DLP	37,04%	75%	36,36%	30%	38,46%	0,44
DM	29,63%	25%	20,45%	35%	53,85%	0,11
Tabaquismo	39,51%	75%	50%	15%	30,77%	0,016
Parámetros clínicos y analíticos						
TAS (mmHg)	89,2 ± 26,01	75,75 ± 24,06	92,4 ± 24,96	80,6 ± 19,58	96 ± 35,39	0,19
Creatinina (mg/dl)	1,83 ± 1,42	0,92 ± 0,17	1,30 ± 0,92	2,38 ± 1,71	3,04 ± 1,52	< 0,001
GOT (UI/l)	597,57 ± 1960	151 ± 101,83	318,93 ± 331,53	518 ± 582,30	1.772 ± 4.717,17	0,12
Lactato	4,03 ± 3,13	1,7 ± 0	2,46 ± 1,19	5,25 ± 3,54	7,81 ± 3,7	< 0,001
FEVI (%)	33,13 ± 13,89	51,25 ± 6,29	36,23 ± 12,75	30,28 ± 12,93	20 ± 9,29	< 0,001
Índice DVA	43,86 ± 80,14	10 ± 0	14,82 ± 18,9	64,1 ± 61,58	116,47 ± 153,79	0,004
IOT	58,02%	25%	50%	65%	84,62%	0,061
Tiempo IOT (horas)	90,61 ± 132,52	24 ± 0	65,2 ± 54,42	144 ± 220,91	84 ± 101,35	0,41
BCIAo(%)	14,81%	0%	2,27%	40%	23,08%	< 0,001
ECMO (%)	4,94%	0%	0%	15%	7,69%	0,064
Territorio IAM						
Anterior	51,85%	25%	47,73%	55%	69,23%	0,61
Inferior	37,04%	50%	38,64%	40%	23,08%	
IAM no Q	11,1%	25%	13,64%	5%	7,69%	
ARI						
DA	41,98%	25%	38,64%	45%	53,85%	0,87
CD	34,57%	50%	36,36%	35%	23,08%	
TGI	12,35%	0%	15,91%	5%	15,38%	
3 vasos	7,41%	25%	4,55%	10%	7,69%	
Cx	2,47%	0%	2,27%	5%	0%	
Diagonal	1,23%	0%	2,27%	0%	0%	
FEVI al alta	40,97 ± 14,56	57,5 ± 2,89	44,55 ± 11,65	34,55 ± 12,81	16,67 ± 7,53	< 0,001
Duración ingreso	10,14 ± 11,85	5,25 ± 0,91	11,09 ± 10,81	10,85 ± 15,15	7,34 ± 11,56	0,63
Seguimiento (días)	996 ± 1.251,24	1.159 ± 1.347,98	1.469,48 ± 1.253,78	564,90 ± 1.168,14	12,27 ± 27,41	< 0,001

Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se expresan como media ± DE. Las diferencias entre variables continuas por categorías fueron analizadas empleando el análisis de la varianza (resultados igualmente significativos empleando el test de Kruskal-Wallis). Las diferencias en la distribución de variables cualitativas por categorías fueron analizadas empleando el test exacto de Fisher.



Figura

bles necesarias para la determinación del estadio en la clasificación SCAI. En los pacientes que tuvieron recogidas las drogas vasoactivas empleadas (DVA) y sus dosis, se calculó el índice de DVA.

Resultados: La distribución de los pacientes por estadios de la clasificación SCAI fue la siguiente: 4,94% en estadio B, 54,32% en el C, 24,69% en el D y 16,05% en el E. La mortalidad a 30 días se incrementó entre los distintos estadios de la clasificación SCAI (0% para el B; 11,6% para el C; 60% para el D; 92,3% para el E), siendo la mortalidad a 30 días al clasificar como Killip IV del 36,5% ($\log\text{-rank } p < 0,001$). Los niveles de lactato, el índice de DVA y la FEVI resultaron predictores independientes de la mortalidad en el SC ($p < 0,001$). El índice de DVA, la creatinina y el láctico se incrementaron de manera estadísticamente significativa de acuerdo con el estadio de la clasificación SCAI, mientras que la FEVI fue progresivamente inferior entre los diferentes estadios ($p < 0,001$).

Conclusiones: La clasificación SCAI estima con mayor precisión el riesgo de muerte que el estadio Killip IV en el SC post-IAM. El empleo de esta clasificación debería ser preferencial en estos pacientes. El índice de DVA resultó ser un predictor independiente de mortalidad en este contexto.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA QUE HAN TENIDO MÁS DE UN EVENTO CORONARIO

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Miguel Ángel Silva Cerpa, Bernardo Jorge Lanza Reynolds, Elías Emilio Majluf Abdala y Carla Guillem Ferrer

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: Este estudio buscó evaluar las características de los pacientes con cardiopatía isquémica que sufren más de un evento coronario y la mortalidad asociada.

Métodos: Estudio transversal de 1.290 pacientes consecutivos con cardiopatía isquémica crónica vistos en consulta cardiología con más de un evento coronario (síndrome coronario agudo) y seguimiento de una cohorte en cuanto a la variable mortalidad (tiempo de seguimiento; ~6m-6a). Se analizaron las variables mediante programa SPSS.

Resultados: De los 1.290 pacientes recogidos el 19,3% (249) habían tenido más de un evento coronario. De la población estudiada el 18,2% eran mujeres y no se encontraron diferencias entre sexos (H 19,6%, M 17,8%; $p > 0,50$). La edad media de los pacientes con más de un evento fue mayor que los pacientes con un solo evento ($66,66 \pm 11,14\%$ vs $63,42 \pm 12,20\%$, $p > 0,00$). Los pacientes con más de un evento tuvieron una mortalidad mayor respecto a su grupo (13,7 vs. 6%; $p > 0,00$). Se relacionaron con tener más de un evento coronario las siguientes variables: edad, edad de inicio, perímetro abdominal, hemoglobina, glucosa, HDL mínimo, triglicéridos, HTA, DM, DLP, rehabilitación cardiaca, arteriopatía periférica, valvulopatía aórtica, enfermedad CV (ictus, enfermedad carotídea) y FA. Por otro lado, la FEVI postinfarto no se correlacionó con la presencia de más eventos coronarios. El resto de los resultados se recogen en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes con cardiopatía isquémica y más de un evento coronario presentan edades más avanzadas, comienzan a una edad más precoz y tienen una mortalidad mayor. Estos pacientes presentan además una mayor extensión de la enfermedad y mayor gravedad, además de más carga de enfermedad CV. En base a estas asociaciones se podrían diseñar estudios analíticos longitudinales, esclarecer factores de confusión y diseñar estrategias de abordaje terapéutico para reducir recurrencias de eventos.

VARIABLES	Más de un evento	Un evento	p
Edad	66,66	63,42	0,00
Edad de inicio	56,12	59,78	0,00
Perímetro abdominal	102,35	100,49	0,02
Glucosa	118,57	109,59	0,00
Colesterol total	134,92	133,68	0,20
LDL	64,78	64,99	0,48
HDL	44,81	45,71	0,23
Triglicéridos	128,71	117,98	0,04
Hemoglobina	13,82	16,24	0,02
HTA	76,70	55,90	0,00
DM	47,40	30,90	0,00
DLP	83,50	65,50	0,00
Tabaquismo	87,70	84,80	0,31
Valvulopatía Ao	9,40	3,90	0,00
Valvulopatía Mi	4,80	3,40	0,165
ECV (ictus, enf carotídea)	10,00	4,60	0,00
FA	17,10	11,10	0,03
Más de 1 vaso	78,60	46,50	0,00
Más de un stent	65,10	35,10	0,00
FG<60	32,10	20,50	0,00
LPA>30	30,80	30,10	0,04

Asociación entre presencia o no de más de un evento coronario y las variables expuestas expresadas en media, cuantitativas (en azul claro) y en porcentaje (resto). En azul intenso se realzan los FRCV clásicos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Miguel Ángel Silva Cerpa, José Javier Gómez Barrado, Zineb Kounka, Benjamín Roque Rodríguez, Ana Isabel Fernández Chamorro, María Beltrán Moreno, Carla Guillem Ferrer y Elías Emilio Majluf Abdala

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: Las medidas de prevención han conseguido una importante reducción de la mortalidad cardiovascular en las últimas décadas en los países desarrollados. Aun así, la enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte. Concretamente, la hipercolesterolemia y la enfermedad aterosclerótica asociada suponen un gran desafío en nuestra práctica clínica diaria. El objetivo de esta comunicación es investigar si la asociación de estatina de alta potencia + ezetimiba (doble terapia hipolipemiente) como tratamiento al alta es una estrategia eficaz en la consecución de objetivos de cLDL.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes con SCACEST ingresados en UCCA durante el periodo febrero 2021-junio 2022. Se incluyeron 230 pacientes de los que se recogieron las características basales y el tratamiento hipolipemiente al alta. A los 6 meses posteriores a la hospitalización, se analizó el tratamiento hipolipemiente y los niveles de cLDL. Se realizó un análisis descriptivo de los parámetros. Se compararon niveles de cLDL al ingreso y a los 6 meses del alta. Dividimos a la población según consecución de objetivos de cLDL < 55 mg/dl a los 6 meses y se compararon según recibieran doble terapia hipolipemiente o solo monoterapia con estatinas. Los valores de significación estadística se calcularon mediante la prueba t de Student para las variables continuas y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas.

Resultados: los niveles de cLDL a los 6 meses eran significativamente más bajos que al ingreso (129,70 vs 46,23; $p < 0,001$).

El 72,5% consiguió objetivos de cLDL < 55 mg/dl a los 6 meses. El 62% de los pacientes recibieron doble terapia hipolipemiente al alta, de los cuales el 74% consiguió el objetivo de cLDL < 55 mg/dl a los 6 meses frente al 26% de los que se les había prescrito al alta tratamiento en monoterapia ($p < 0,001$).

Conclusiones: El tratamiento hipolipemiente al alta con estatina de alta potencia + ezetimiba es una estrategia de prevención secundaria eficaz en nuestros pacientes con SCACEST a la hora de conseguir los objetivos terapéuticos de cLDL de forma precoz.

CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES REMITIDOS PARA RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER. PRIMERAS IMPRESIONES DEL ESTUDIO FREE-TAVI

Miguel Sánchez Sánchez, José María Gimeno Montes, Rosa Navarro Romero, Javier Corral Macías, Juan Manuel Nogales Asensio, Reyes González Fernández y José Ramón López Mínguez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

Introducción y objetivos: El avance en el intervencionismo estructural, en concreto en el reemplazo valvular aórtico transcáteter (TAVI), en las últimas décadas ha permitido ofrecer tratamiento a grupos poblacionales con un riesgo quirúrgico más alto o incluso previamente inoperables, con excelentes resultados. Este nuevo abanico de posibilidades nos contempla a analizar detenidamente qué subgrupo de pacientes se beneficiaría de tales medidas o en qué casos la intervención pudiera considerarse fútil.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo de los 56 primeros pacientes incluidos en el estudio FREE-(Frailty in the Elderly)-TAVI.

Resultados: De los 56 pacientes analizados, se objetiva una discreta mayoría de mujeres (33 pacientes), con una edad promedio de 79,6 años sin diferencias significativas entre sexos. Se trata de una muestra relativamente homogénea (tabla), aunque presenta cierta tendencia a un mayor número de ictus en varones (13%) así como pérdida de peso en mujeres (48,5%). En cuanto a los índices de fragilidad, dependencia y comorbilidad analizados (Charlson, Fried, Frail, Barthel y Lawton y Brodie, Essential Frailty Toolset (EFT) y Short Physical Performance Battery (SPPB)) no se encontraron diferencias significativas según el sexo, salvo en el SPPB, que muestra mayor prevalencia

Tabla	Total (56)	Varones (23)	Mujeres (33)	p
Edad	79,6 ± 5,5	80,2 ± 5,2	79,2 ± 5,8	0,496
IMC	28,2 ± 4,5	28,5 ± 3,9	27,9 ± 5,0	0,704
DM	22 (39,3%)	10 (43,5%)	12 (36,4%)	0,592
Ictus pre	3 (5,4%)	3 (13%)	0	0,064
Cáncer pre	4 (7,1%)	2 (8,7%)	2 (6,1%)	1,000
Pérdida de peso	22 (39,3%)	6 (26,1%)	16 (48,5%)	0,091
ICC leve-mod	5 (9,1%)	3 (13%)	2 (6,3%)	0,639
ICC grave	2 (3,6%)	1 (4,3%)	1 (3,1%)	1,000
Angina	10 (18,2%)	4 (17,4%)	6 (18,8%)	1,000
Síncope	5 (9,1%)	4 (17,4%)	1 (3,1%)	0,149
Índices de fragilidad				
Charlson	1,86 ± 1,27	2,08 ± 1,59	1,70 ± 0,98	0,262
Fried (punt)*	3 [1-4]	2 [0-4]	3[2-4]	0,036
Pérdida epeso	22 (39,3%)	6 (26,1%)	16 (48,5%)	0,091
Autoperc. agotamiento	25 (44,6%)	9 (39,1%)	16 (48,5%)	0,488
Bajo nivel actividad	27 (48,2%)	9 (39,1%)	18 (54,5%)	0,256
Debilidad	42 (75%)	15 (65,2%)	27 (81,8%)	0,158
Vel. marcha disminuida	27 (48,2%)	7 (30,4%)	20 (60,6%)	0,026
Fragilidad (Fried)	29 (51,8%)	8 (34,8%)	21 (63,6%)	0,034
Fragilidad (Frail)	12 (24,5%)	3 (14,3%)	9 (32,1%)	0,150
Pérdida de peso > 5%	22 (39,3%)	6 (26,1%)	16 (48,5%)	0,091
Barthel (punt)	92,6 ± 10,8	93,7 ± 11,2	91,8 ± 10,6	0,527
Dependencia al menos moderada (Barthel)	22 (39,3%)	7 (30,4%)	15 (45,5%)	0,258
Lawton y Brody	6,4 ± 2,1	6,4 ± 1,9	6,5 ± 2,2	0,913
Dependencia al menos moderada (Lawton)	16 (28,6%)	7 (30,4%)	9 (27,3%)	0,797
EFT (puntuación)	1,3 ± 1,2	1,2 ± 1,2	1,3 ± 1,2	0,655
EFT > 2	9 (17%)	4 (18,2%)	5 (16,1%)	1,000
Grewn (puntuación)	3,6 ± 2,9	3,2 ± 3,1	3,9 ± 2,7	0,316
Fragilidad (Green)	9 (16,7%)	4 (18,2%)	5 (15,6%)	1,000
SPPB total	6,6 ± 3,5	7,8 ± 3,8	5,8 ± 3,1	0,051
Fragilidad (SPPB)	41 (74,5%)	12 (52,2%)	29 (90,6%)	0,001
Deterioro cognitivo				
Pfeiffer deterioro cognitivo	8 (14,3%)	2 (8,7%)	6 (18,2%)	0,449
MiniCog menor de 4	36 (65,5%)	17 (73,9%)	19 (59,4%)	0,263
Evaluación de la nutrición				
MNA (puntuación)	24,9 ± 3,6	25,9 ± 3,3	24,3 ± 3,8	0,366
Estado nutricional normal	35 (62,5%)	15 (65,2%)	20 (60,6%)	
Riesgo de malnutrición	12 (21,4%)	6 (26,1%)	6 (18,2%)	

de fragilidad en el grupo femenino (90,6% en mujeres). Destaca la gran diferencia de prevalencia de fragilidad calculada por índices unidimensionales (Fried 51,8% y SPPB 74,5%) frente al resto. En relación con el estado cognitivo (MiniCog y cuestionario de Pfeiffer) no ofrecen diferencias significativas entre sexos, si bien el MiniCog ofrece una prevalencia muy superior de deterioro cognitivo (65,5% frente al 14,3% de Pfeiffer). En lo referente al ámbito nutricional, valorado por Mini Nutricional Assessment (MNA), se objetiva que un 23,2% de los pacientes se encuentran en malnutrición o riesgo de malnutrición, sin diferencias en relación con el sexo.

Conclusiones: De los primeros 56 pacientes analizados del estudio FREE-TAVI se objetivan muestras muy homogéneas, siendo característica la edad avanzada con datos de baja comorbilidad, y con una fragilidad significativamente inferior calculada por los índices multidimensionales, frente a los clásicos unidimensionales como el Fried o el SPPB. Es destacable la diferencia en la determinación del deterioro cognitivo por escalas breves (MiniCog) frente a más exhaustivas, así como la elevada prevalencia de desnutrición o riesgo de la misma en la población que nos atañe. Análisis posteriores de esta muestra nos determinarán cuáles de estos índices se asocian con el pronóstico y la mejoría funcional de nuestros pacientes.

DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Natalia Torrijos López, Clara Nuevo Gallardo, Juan Manuel Nogales Asensio, Rosa Navarro Romero, Miguel Sánchez Sánchez, Javier Corral Macías, José María Gimeno Montes y José Ramón López Mínguez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

Introducción y objetivos: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio con un amplio espectro de presentaciones clínicas, pudiendo cursar con diferentes grados de disfunción sistólica ventricular izquierda (DSVI). Aunque existen diferencias en cuanto a la prevalencia según el sexo, es más frecuente en varones, las diferencias clínicas según el mismo no están bien estudiadas. Nuestro objetivo fue evaluar las diferencias en la presentación clínica y evolución según el género.

Métodos: Realizamos un análisis de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de miocarditis en nuestro centro en los últimos 20 años. Analizamos las variables basales, durante el ingreso y en un seguimiento tras el alta (media: 120 meses) según el género.

Resultados: Analizamos 348 pacientes consecutivos con el diagnóstico de miocarditis, de los cuales 43 eran mujeres (12,4%). La edad media fue $32,21 \pm 15,04$ años siendo mayor en el sexo femenino (40,62 vs. 31,01; $p = 0,011$). Las mujeres presentaron menor prevalencia de antecedente de infección (55,8 vs. 74,8%; $p = 0,009$) y mayor prevalencia de enfermedad autoinmune (9,3 vs. 2%; $p = 0,024$). Durante el ingreso las mujeres presentaron mayor incidencia de arritmias (16,3 vs 5,2%; $p = 0,014$) y de DSVI (31 vs. 8,9%; $p < 0,001$), siendo la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) al alta menor en el grupo femenino ($53,10 \pm 11,30$ vs. $58,20 \pm 6,80$; $p = 0,007$). En un análisis multivariante, las únicas variables que se asociaron de forma independiente a la presencia de DSVI durante el ingreso fueron el sexo femenino (OR 2,82; IC95%: 1,18-6,71; $p = 0,019$), la edad (OR 1,03; IC95%: 1,01-1,05; $p = 0,004$), y el antecedente de infección (OR 0,28; IC95%: 0,13-0,60; $p = 0,001$). La DSVI persistió en 7 pacientes (2,4%) durante el seguimiento. La prevalencia de DSVI persistente durante el seguimiento fue mayor entre las mujeres (13,5 vs. 0,8%; $p < 0,001$).

Conclusiones: En la muestra analizada de pacientes ingresados con el diagnóstico de miocarditis hay un claro predominio del sexo masculino. Las mujeres ingresadas por miocarditis fueron más añosas predominando en el sexo femenino el antecedente de enfermedad autoinmune como factor predisponente. Las mujeres presentaron mayor incidencia de arritmias y DSVI durante la fase hospitalaria, así como una menor FEVI al alta y menor incidencia de recuperación de la misma durante el seguimiento. (Ver tabla a pie de página).

PREDICTORES DE MAL PRONÓSTICO DURANTE LA FASE HOSPITALARIA Y EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS

Clara Nuevo Gallardo, Natalia Torrijos López, Juan Manuel Nogales Asensio, José Miguel Rojo Pérez, Ramón Edgardo Rubí Matamoros, Eugenio Picazo Feu, Andrea Alonso Campana y José Ramón López Mínguez

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

Introducción y objetivos: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria miocárdica con un amplio espectro de presentaciones clínicas y complicaciones asociadas. El objetivo de este estudio es evaluar los predictores de eventos durante la fase hospitalaria y en un seguimiento tras el alta en estos pacientes. **Métodos:** Analizamos 348 pacientes ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de miocarditis a lo largo de un

Variables basales analizadas en nuestra cohorte durante el ingreso

	Total (N = 348)	Mujeres (n = 43)	Varones (n = 305)	p
Infección previa	252 (72,4%)	24 (55,8%)	228 (74,8%)	0,009
Enfermedad autoinmune	10 (2,9%)	4 (9,3%)	5 (1,6%)	0,024
Arritmias durante el ingreso (total)	23 (6,6%)	7 (16,3%)	16 (5,2%)	0,014
Taquicardias ventriculares	10 (2,9%)	3 (7%)	7 (2,3%)	
Taquicardias supraventriculares	12 (3,4%)	4 (9,3%)	8 (2,6%)	
Bradiarritmias	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)	
DSVI (FEVI \leq 50%)	39 (11,2%)	13 (30,2%)	26 (8,5%)	< 0,001
FEVI al alta	$57,5 \pm 7,7$	$53,1 \pm 11,3$	$58,2 \pm 6,8$	0,007
NTproBNP al ingreso	801	3110	484	0,057
NTproBNP al alta	193	824	112	0,059
CPK-MB al ingreso	54,2	105,3	50,5	0,138
PCR al ingreso	52	78,3	47,7	0,303

periodo de 20 años. Definimos evento adverso mayor (EAM) como la combinación de arritmias, disfunción sistólica ventricular (DSVI) y/o muerte durante la fase hospitalaria. Analizamos la evolución de la función ventricular, la recurrencia de miocarditis y la mortalidad en un seguimiento tras el alta (media: 120 meses).

Resultados: Durante la fase hospitalaria, se produjeron un total de 51 EAM (14,7%): DSVI en 39 pacientes (11,2%), arritmias en 23 pacientes (6,5%) y muerte en 1 paciente (0,3%). Las variables que se asociaron a la incidencia de EAM durante la fase hospitalaria se muestran en la tabla. En un análisis multivariante, las únicas variables asociadas de forma independiente a la presencia de EAM fueron la edad (OR: 1,050; IC95%: 1,024-1,065; $p < 0,001$), el antecedente de infección previa (OR: 0,409; IC95%: 0,204-0,820; $p < 0,001$) y la frecuencia cardiaca al ingreso (OR: 1,037; IC95%: 1,020-1,054; $p < 0,001$). Durante el seguimiento tras el alta, se produjeron 7 muertes (2%), 23 casos de recurrencia de la miocarditis (6,6%) y persistencia de la DSVI en 5 pacientes (12,8% de los pacientes con DSVI en la fase hospitalaria) con recuperación de la misma en 34 pacientes (87,2%). Entre los 309 pacientes sin DSVI durante el ingreso, solo 2 (0,5%) desarrollaron DSVI durante el seguimiento. El antecedente de infección previa al ingreso fue la única variable que se asoció de forma independiente a recurrencia de la miocarditis durante el seguimiento (HR: 3,28; IC95%: 0,77-14,03; $p = 0,060$). El sexo femenino fue la única variable que se asoció de forma independiente a DSVI durante el seguimiento (OR: 19,93; IC95%: 3,74-106,34; $p < 0,001$).

Variables asociadas a la incidencia de EAM durante la fase hospitalaria			
Análisis univariante	OR	IC 95%	p
Edad	1,05	1,03 a 1,07	< 0,001
Sexo femenino	3,05	1,46 a 6,35	0,003
Hipertensión	3,53	1,48 a 8,43	0,005
Dislipemia	2,45	1,02 a 5,89	0,045
Infección previa	0,30	0,16 a 0,55	< 0,001
Enfermedad autoinmune	4,13	1,12 a 15,18	0,033
Frecuencia cardiaca al ingreso	1,04	1,02 a 1,05	< 0,001
Taquicardia sinusal al ingreso	2,32	1,08 a 4,99	0,031
Fiebre al ingreso	2,26	1,10 a 5,07	0,028
NTproBNP al ingreso	1,002	1,001 a 1,003	0,005
CK-MB al ingreso	1,014	1,004 a 1,024	0,008

Conclusiones: En nuestra muestra la mortalidad durante la fase hospitalaria y en el seguimiento fue muy baja, siendo la mayoría de los eventos observados en relación con la DSVI (11,2%) e incidencia de arritmias (6,5%). La incidencia de recurrencia de miocarditis fue del 6,6%, siendo el antecedente de infección previa al ingreso la única variable asociada con la

misma. Aunque la mayoría de los pacientes se recuperaron de la DSVI tras el alta, el sexo femenino se asoció a una mayor incidencia de DSVI durante el seguimiento.

REPARACIÓN VALVULAR MITRAL PERCUTÁNEA MEDIANTE EL DISPOSITIVO NEOCHORD: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Natalia Torrijos López¹, María Eugenia Fuentes Cañamero¹, María Victoria Millán Núñez¹, María Yuste Domínguez¹, José Ramón González Rodríguez², José Antonio Corrales², Ramón Edgardo Rubí Matamoros¹ y José Ramón López Mínguez¹

¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz.

Introducción y objetivos: La insuficiencia mitral (IM) es una de las principales valvulopatías. La reparación quirúrgica es el tratamiento de elección en la IM degenerativa por prolapso o inestabilidad de los velos. Con el creciente desarrollo de los procedimientos percutáneos, han aparecido nuevas técnicas de reparación de la válvula mitral (VM), como el dispositivo NeoChord. Este procedimiento ha demostrado buenos resultados de seguridad y eficacia en un grupo seleccionado de pacientes con prolapso/inestabilidad del velo posterior de la VM, sin requerir anuloplastia complementaria. En esta comunicación describimos nuestra experiencia clínica en la aplicación de esta nueva técnica.

Métodos: Se presentan 5 casos de implante de NeoChord en pacientes con IM de grado grave por prolapso o rotura de cuerdas del velo posterior, realizados en nuestro centro, entre diciembre de 2021 y marzo de 2023. Se describe la anatomía valvular, características de los pacientes, complicaciones intraprocedimiento, posterior al mismo, evolución y pronóstico.

Resultados: El implante del dispositivo NeoChord se realizó en 5 pacientes, tres de ellos varones de 69, 70 y 80 años, y dos mujeres de 70 y 77 años. Estos presentaban diagnóstico de IM grave sintomática por prolapso de P1-P2 (en 3 de los casos) y rotura de cuerdas con flail en P2 en dos de los pacientes. Se observó una incidencia intraprocedimiento debida a un anclaje erróneo de una neocuerda (rebordo inferior de la orejuela izquierda). Se registraron 3 incidencias posprocedimiento: 2 casos de FA *de novo* y 1 caso de rotura de una neocuerda al mes de la intervención. No hubo incidencias derivadas del abordaje transapical. Evolutivamente, en 4 de los pacientes se objetivó una disminución del grado de IM con mejoría de la clase funcional. Uno de los casos tuvo una recidiva de la IM grave debido a la rotura de la neocuerda mencionada, y actualmente se mantiene una actitud expectante al permanecer estable. (Ver tabla a pie de página).

Características de los pacientes con el implante del dispositivo NeoChord					
Sexo	Paciente 1 Mujer	Paciente 2 Varón	Paciente 3 Varón	Paciente 4 Mujer	Paciente 5 Varón
Edad	70	80	69	77	70
Arritmias previas	No	FA permanente	FA permanente	No	No
Enfermedad coronaria	No	No	No	No	No
Anatomía valvular	Prolapso de P2 y P1	Rotura de cuerda con flail de P2	Prolapso de P2	Rotura de cuerda con flail de P2	Prolapso de P2 y P1
Fracción de eyección ventricular izquierda	65%	70%	60%	60%	64%
Clase funcional previa	III	III-IV	III	III	III-IV
Clase funcional tras implante de NeoChord	I-II	I-II	I-II	I-II	II-III

Conclusiones: La técnica *NeoChord* fue segura y efectiva en la mayoría de los pacientes seleccionados según las características anatómicas valvulares descritas. En uno de los casos se observó una recidiva precoz de la IM grave debida a la rotura de una neocuerda. Asimismo, se requieren más estudios clínicos y datos sobre el seguimiento para evaluar este nuevo procedimiento a largo plazo.

PCR Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VARONES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Rafael Cantisán Campillos, José Javier Gómez Barrado, Marcos García Jambrina, Elías Emilio Majluf Abdala, Carla Guillem Ferrer, Miguel Ángel Silva Cerpa, María Beltrán Moreno y Ana Isabel Fernández Chamorro

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivos: La inflamación juega un papel muy importante en la fisiopatología de la arterioesclerosis, produciendo un aumento de los niveles de reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva. Nuestro objetivo es estudiar las

características de pacientes con cardiopatía isquémica crónica y PCR elevada.

Métodos: Estudio observacional transversal de 520 pacientes varones con cardiopatía isquémica crónica. Se estableció como valor de PCR elevada > 5 mg/l. Se dividió a los pacientes en dos grupos en función de PCR mayor o menor de 5 mg/l. Para el análisis estadístico utilizamos el *software* SPSS (versión 26.0 con SPSS Ync; Chicago IL, EE. UU.). Se realizó comparación de medias de muestras independientes mediante la prueba de t de Student y chi cuadrado.

Resultados: De los 520 pacientes de nuestra muestra, obtuvimos un 12,7% (66) con PCR elevada. Estudiamos las características de estos, que se detallan en las tablas.

Conclusiones: Los pacientes con cardiopatía isquémica crónica y PCR elevada se caracterizan por presentar mayor edad, un inicio de la cardiopatía isquémica más tardío, menor participación en programas de rehabilitación cardíaca, presentar más frecuentemente arteriopatía periférica, menor uso de terapias de combinación y de estatinas de alta potencia. Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan niveles más elevados de PCR, indicativo de una mayor inflamación sistémica.

	PCR > 5 mg/l	PCR < 5 mg/l	p
Edad	63,98 ± 13,67	60,28 ± 10,75	0,012
Edad de inicio de cardiopatía isquémica	60,44 ± 13,45	57,29 ± 10,88	0,034
Ferritina	317,61 ± 270,05 ng/ml	201,33 ± 267,27 ng/ml	0,004
Haptoglobina	250,02 ± 94,39 mg/dl	160,11 ± 59,46 mg/dl	0,000
Vit B12	504,34 ± 300,59 pg/ml	499,87 ± 189,77 pg/ml	0,058
Cistatina C	1,35 ± 1,41 mg/dl	0,93 ± 0,29 mg/dl	0,000
Filtrado glomerular	71,21 ± 27,5 ml/min	82,01 ± 18,12 ml/min	0,000

	PCR > 5 mg/l	No PCR > 5 mg/l	PCR > 5 mg/l	p
Rehabilitación cardíaca	17,4%	No rehabilitación cardíaca	8%	0,001
Fibrilación auricular	22,2%	No fibrilación auricular	11,9%	0,001
Terapia de combinación	8%	No terapia de combinación	16,4%	0,033
Estatinas alta potencia	10,8%	No estatinas alta potencia	22,8%	0,006
Arteriopatía periférica	32,3%	No arteriopatía periférica	11,5%	0,001
DM	16,4%	No DM	11,3%	NS
HTA	15,2%	No HTA	9,7%	NS
Dislipemia	11,8%	No dislipemia	14,6%	NS
Tabaco	12,8%	No tabaco	12%	NS