

# REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

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

Sitges, Barcelona, 11-13 de abril de 2024

### O-01. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO ANTICOAGULADO POR FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA EN ESPAÑA: REGISTRO CARISMA

Lorenzo Facila Rubio<sup>1</sup>, Alberto Cordero Fort<sup>2</sup>, Moisés Rodríguez Mañero<sup>3</sup>, Adrián Valverde Tavira<sup>1</sup> y Javier Moya Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, IMED Alicante, Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción y objetivos:** El objetivo principal del estudio es la descripción y comparación de las características clínicas del paciente anticoagulado con ACOD frente a AVK dados de alta con FANV de los servicios de cardiología.

**Métodos:** Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo, en una cohorte de pacientes con FANV dados de alta de cardiología que estuvieran recibiendo tratamiento con ACOD o AVK.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 1.041 pacientes con una edad media de  $77,2 \pm 10,3$  años (57,6% varones). El motivo de ingreso fue insuficiencia cardiaca (43,8%), y arritmias (25%). La comorbilidad más frecuente fue la HTA (83,3%) y la hipercolesterolemia. En pacientes con AVK la FA permanente fue mayor que en ACOD (52,2 frente a 36,6%), siendo la FA paroxística y persistente más frecuente en ACOD (paroxística: 39,4 frente a 30,0%; persistente: 24,0 frente a 17,8%). De las comorbilidades solo se encontraron diferencias significativas en la presencia de ERC más frecuente en AVK (35,6 frente a 25,6%). La presencia de síndrome coronario crónico fue superior en AVK (83,5 frente a 70,3%) y el agudo mayor en ACOD (50,5 frente a 32,2%). Sin diferencia en la fragilidad. EL 97% llevaban medicación concomitante. Observamos la combinación con antiplaquetarios en el 19,4%, siendo mayor en los pacientes ACOD que en AVK (20,8 frente a 17,3%).

**Conclusiones:** En este estudio nacional multicéntrico los pacientes con FANV de alta de cardiología con AVK presentan más FA permanente y ERC. Sin embargo, la FA paroxística y persistente es mayor en pacientes con ACOD. Casi todos toman medicación adicional, de los que 1/5 pacientes combinación con antiplaquetarios sobre todo en pacientes con ACOD.

### O-02. EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL DEL PROYECTO CARPRIMUR

Noelia Fernández Villa<sup>1</sup>, Alberto Nieto López<sup>1</sup>, Pedro José Flores Blanco<sup>2</sup>, María Isabel Sánchez López<sup>3</sup>, Manuel Cristóbal Lozano Bueno<sup>4</sup>, Rosario Hernández Vera<sup>4</sup>, Juan Antonio Gómez Company<sup>4</sup>, Luis de Gonzaga Contreras Ortiz<sup>4</sup>, María Jesús Ferrández Cámara<sup>5</sup> y Sergio Manzano Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Los Arcos, Santiago de la Ribera, Murcia. <sup>3</sup>Centro de Salud de San Andrés, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>4</sup>Subdirección General de Proyectos e Innovación, Servicio Murciano de Salud, Murcia. <sup>5</sup>Subdirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud, Murcia.

**Introducción y objetivos:** CarPriMur es un proyecto asistencial en el que participan médicos de familia (MF) y cardiólogos de la Región de Murcia. La implantación del proyecto lleva consigo el uso de la interconsulta no presencial (INP) entre cardiología y atención primaria. El objetivo de este trabajo es evaluar la satisfacción de MF y cardiólogos con la INP.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo mediante el envío de una encuesta digital anónima dirigida a MF y cardiólogos de la Región de Murcia en octubre de 2023, con diferentes ítems que evalúan la satisfacción con la INP. Los resultados se expresan como mediana  $\pm$  rango intercuartílico.

**Resultados:** Respondieron a la encuesta 213 MF (19%) y 54 cardiólogos (100% de los que responden INP). Los MF presentaban una elevada satisfacción global con la INP (9 [8-10]), si bien no recomiendan su uso como única vía de derivación a cardiología (5 [0-7]). Para los MF, algunos aspectos de mejora son la sobrecarga de trabajo para realizar la INP y revisar la respuesta (7 [5-9]). Los cardiólogos también presentaban una elevada satisfacción global con la INP (9 [8-10]). Para los cardiólogos, algunos aspectos de mejora son la sobrecarga de trabajo para responder las INP (6 [3-8]) y la falta de información suficiente proporcionada por el MF (6 [4-7]).

**Conclusiones:** La satisfacción global con la INP del proyecto CarPriMur es alta por parte de los MF y los cardiólogos. No obstante, existen algunos aspectos susceptibles de mejora que deberán ser tenidos en cuenta en futuros ciclos de mejora.

### O-03. IMPACTO A MEDIO PLAZO DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19

Hugo del Castillo Carnevali y José María Gámez

Servicio de Cardiología, Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol, Palma de Mallorca.

**Introducción y objetivos:** Durante la primera ola de la COVID-19, se produjo un trasvase de recursos para combatir el virus. Consecuentemente, la atención a los pacientes cardiovasculares se alteró. En este trabajo se describe el impacto a medio plazo en una autonomía de 1.200.000 habitantes.

**Métodos:** Se realiza un análisis descriptivo observacional de la evolución de la morbimortalidad cardiovascular desde 2019 hasta 2021 a partir de datos del propio servicio de salud de la comunidad y de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

**Resultados:** Se analizó un total de 38.615 ingresos por causa cardiovascular como diagnóstico principal (14.012 en 2019, 11.668 en 2020 y 12.935 en 2021) en hospitales de la comunidad, así como 6.859 muertes por causa cardiovascular como causa principal entre enero de 2019 y diciembre de 2021.

Resultados de morbimortalidad				
Mortalidad/100.000	2019	2020	2021	Diferencial 2021-2019 (%)
IC	31,4	31,85	33,62	6,4
CI	46,3	41,15	47,73	2,96
HTA	24,37	29,96	33,13	26,45
ECerV	36,98	34,65	34,77	-6
ECarV	194,7	195,25	204,66	4,8
Morbilidad hospitalaria/100.000 habitantes	1.169,6	960,3	1.060,8	-10
Angina	27,3	17,4	21,8	-25
IAM	131,4	106	121,2	-8
IC	87,6	65,9	90,8	-3,6
Arritmias	169,9	141,3	156,9	-8,2

ECerV: enfermedad cerebrovascular; ECarV: enfermedad cardiovascular; IC: insuficiencia cardiaca; IAM: infarto agudo de miocardio).

**Conclusiones:** En la comunidad analizada hay un aumento de mortalidad cardiovascular durante la pandemia, siendo más acusado en 2021 que en 2020. Enfermedades crónicas como la insuficiencia cardiaca o hipertensiva han visto aumentada claramente su mortalidad tras la pandemia, mientras que la cerebrovascular disminuye.

### O-04. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS OBSTRUCTIVAS EN ANCIANOS

María Álvarez Bello, Cristina Perela Álvarez, María Martín Muñoz, Silvia Humanes Ybáñez, Miguel de la Serna Real de Asúa, Daniel Nieto Ibáñez, Nuria Gil Mancebo, Paula Rodríguez Montes, Alfonso Fraile Sanz y Joaquín Jesús Alonso Martín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid.

**Introducción y objetivos:** El infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) representa un porcentaje importante de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, los datos en pacientes mayores son escasos. Este estudio pretende explorar el perfil clínico y pronóstico de pacientes de edad avanzada con MINOCA.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional y analítico de pacientes con IAM sometidos a una coronariografía entre 2016 y 2022. Se seleccionó a los que tenían  $\geq 70$  años y se clasificaron en dos grupos. Grupo 1: infarto de miocardio con enfermedad coronaria obstructiva (MICAD); Grupo 2: MINOCA. La mediana de seguimiento fue 38 meses [RIC 17-62].

**Resultados:** Se incluyó a un total de 406 pacientes. De ellos 39 fueron MINOCA. Entre los pacientes MINOCA había más mujeres y con menos factores de riesgo cardiovascular (tabla). Durante el ingreso, los pacientes MINOCA tuvieron niveles más bajos de troponina T ultrasensible y creatina quinasa, así como menos disfunción ventricular izquierda que los MICAD. Además, tenían más probabilidad de recibir antagonistas del calcio, mientras que menos terapia antiagregante, betabloqueantes y estatinas. En el seguimiento, los MINOCA tuvieron menos reingresos de causa cardiovascular que los MICAD, sin encontrar diferencias en muerte por cualquier causa ni en otros eventos analizados.

	MICAD 367 (90,4%)	MINOCA 39 (9,6%)	HR	P
<b>Características basales</b>				
Edad (años, mediana [RIC])	78 [73-83]	77 [73-82]		0,45
Sexo femenino, n (%)	103 (28,6)	21 (53,8)		<b>0,01</b>
Hipertensión, n (%)	277 (75,9)	35 (89,7)		<b>0,049</b>
Tabaquismo, n (%)	176 (56,8)	14 (38,9)		<b>0,04</b>
Diabetes mellitus, n (%)	170 (46,6)	16 (41,0)		0,51
Dislipemia, n (%)	222 (61,0)	20 (52,6)		0,32
IAM previo, n (%)	101 (27,7)	7 (17,9)		0,19
ACVA previo, n (%)	37 (10,1)	2 (5,1)		0,56
Enfermedad arterial periférica, n (%)	51 (13,9)	3 (7,7)		0,45
IC previa, n (%)	32 (8,7)	4 (10,3)		0,76
<b>Durante la hospitalización</b>				
Pico de Tnt-hs (ng/L, mediana [RIC])	664 [176-2263]	227 [51-445]		<b>&lt;0,01</b>
Pico de CK (U/L, mediana [RIC])	276,5 [113-175]	150 [80-229]		<b>&lt;0,01</b>
FEVI <50%, n (%)	121 (33,4)	4 (10,3)		<b>&lt;0,01</b>
AAS, n (%)	325 (92,6)	26 (66,7)		<b>&lt;0,01</b>
Doble antiagregación, n (%)	322 (92,0)	20 (51,3)		<b>&lt;0,01</b>
Betabloqueantes, n (%)	289 (82,6)	24 (61,5)		<b>&lt;0,01</b>
Antagonistas del calcio DHP, n (%)	84 (23,5)	15 (38,5)		<b>0,04</b>
Resto de antagonistas del calcio, n (%)	11 (3,1)	5 (12,5)		<b>0,01</b>
Estatinas, n (%)	336 (95,7)	32 (82,1)		<b>&lt;0,01</b>
<b>Seguimiento</b>				
Mortalidad global, n (%)	91 (29,8)	7 (2,2)	1,09 (0,5-2,4)	0,82
Reingreso, n (%)	125 (41)	5 (15,2)	3,38 (1,3-8,5)	<b>0,01</b>
IAM, n (%)	25 (8,2)	1 (3,0)	8,34 (0,9-80,1)	0,06
ACVA, n (%)	18 (5,9)	2 (6,1)	0,52 (0,3-1,02)	0,91
MACE, n (%)	159 (52,1)	9 (27,3)	0,59 (0,26-1,3)	0,06

**Table 1. Características basales, datos de hospitalización y seguimiento en pacientes  $\geq 70$  años con IAM.** AAS: ácido acetil salicílico; ACVA: accidente cerebrovascular agudo; CK: creatina quinasa; DHP: dihidropiridínicos; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca; MACE: eventos cardiovasculares adversos mayores; MICAD: infarto de miocardio con enfermedad arterial coronaria obstructiva; MINOCA: infarto agudo de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas; Tnt-hs: troponina T ultrasensible.

**Conclusiones:** El perfil clínico de los MINOCA en  $\geq 70$  años es diferente, con menor disfunción ventricular y menor elevación de enzimas cardíacas. El tratamiento al alta también difiere y en el seguimiento, se presentaron menos reingresos los MINOCA. Sin embargo, la mortalidad fue similar.

**O-05. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

María Anguita Gámez<sup>1</sup>, Rafael González Manzanares<sup>2</sup>, Luis Rodríguez-Padial<sup>3</sup>, Antonio Pérez<sup>4</sup>, Vivencio Barrios<sup>5</sup>, José Antonio Gimeno-Orna<sup>6</sup>, Javier Muñiz<sup>7</sup> y Manuel Anguita Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario, Toledo. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>7</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

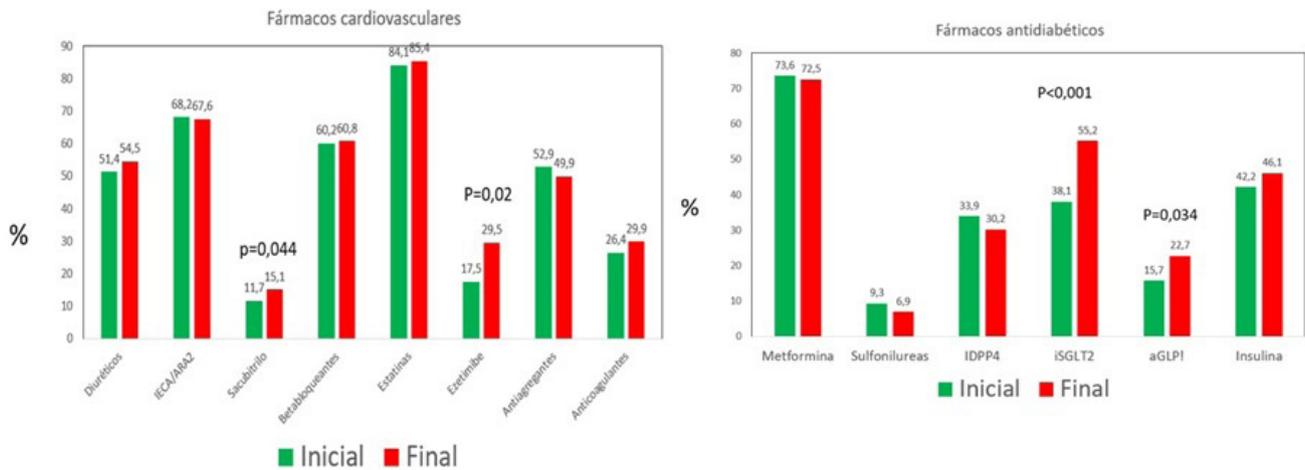
**Introducción y objetivos:** La insuficiencia cardíaca (IC) es un gran problema de salud. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es

un factor de riesgo cardiovascular que aumenta la carga de IC. La incidencia de IC en la DM2 no ha sido bien estudiada. El objetivo es evaluar la prevalencia e incidencia de IC en pacientes con DM2.

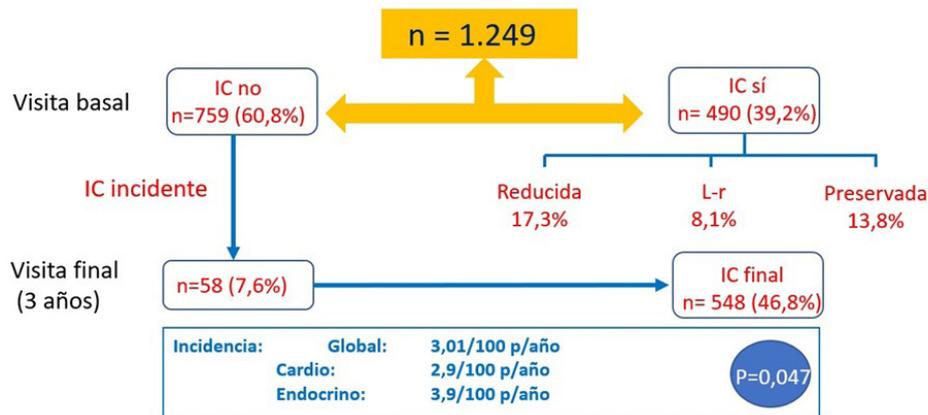
**Métodos:** DIABET-IC es un estudio longitudinal de cohortes, de seguimiento prospectivo y multicéntrico, que incluyó a 1.249 pacientes con DM2 en 2018-2019 en 30 centros españoles en consultas de cardiología y endocrinología. Se analizó la prevalencia de IC en la primera visita y su incidencia durante un seguimiento de 3 años.

**Resultados:** La edad fue de  $67,3 \pm 9,9$  años, con un 31,7% de mujeres. La figura 1 muestra los cambios del uso de fármacos antidiabéticos y cardiovasculares en la visita basal y a los 3 años. La figura 2 resume los resultados del estudio. La prevalencia de IC en la visita basal fue del 39,2%, 490 casos. Tras un seguimiento de 1.935/100 personas año de los casos sin IC basal, se diagnosticaron 58 casos incidentes de IC (7,6%). La tasa de incidencia fue de 3,01/100 personas año. Al final del seguimiento el 46,8% de los pacientes habían sufrido IC.

**Conclusiones:** La prevalencia y la incidencia de IC en pacientes con DM2 son elevadas. La incidencia de IC se encuentra en torno al 3% por año, superior a la registrada previamente. Es preciso fomentar el uso de nuevos antidiabéticos que reducen la incidencia de IC.



Comunicación O-05 Figura 1



Comunicación O-05 Figura 2

**P-03. VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UN MATRIMONIO MAL AVENIDO**

Esmeralda Capin Sampedro, Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, Alberto Alén Andrés, María Isabel Soto Ruiz y César Moris de la Tassa

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

**Introducción y objetivos:** La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la enfermedad congénita más frecuente y se relaciona con un mayor riesgo de endocarditis infecciosa (EI), tal como se confirma con series previas recogidas en la literatura.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de cohortes. Población de estudio: pacientes EI sobre válvula aórtica (1 de enero de 2010-31 de diciembre de 2022). Se analizaron los datos epidemiológicos (tipo de endocarditis: nativa/protésica/sobre dispositivos; localización), clínicos y microbiológicos, la necesidad de cirugía y presencia de complicaciones. Se excluyeron casos con endocarditis en válvulas protésicas y otra localización y se realizó un análisis estadístico comparativo entre VAB y tricúspide (TAV).

**Resultados:** De un total de 752 casos con EI, 275 (37,5%) asientan válvula aórtica nativa, 58 corresponden a VAB (23,4%). Se observó menor edad en pacientes con VAB y aparición de EI ( $47 \pm 21,03$ ) en comparación con VAT ( $65,8 \pm 15,6$  años,  $p = 0,03$ ), quienes presentaron menor comorbilidad. En pacientes con VAB hubo mayor incidencia de origen estafilocócico (44,2 frente a 23,2%,  $p = 0,04$ ) y el 51,4% presentaron complicaciones perivalvulares frente al 24,8%,  $p = 0,01$ , sobre todo abscesos (39,7 frente a 19,2) y mayor afectación de raíz de aorta. Se registraron mayores tasas de cirugía precoz en pacientes con VAB (82,3 frente a 44,6%,  $p = 0,01$ ), tuvieron menos mortalidad hospitalaria, con diferencia no estadísticamente significativa y la supervivencia fue significativamente superior (30,4 frente a 63,2%,  $p = 0,03$ ).

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN** ✓

- VAB documentada ecocardiográficamente (ETT y/o ETE)
- EI Definida(crit. DUKE)

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN** ✗

- Negativa a consentimiento
- No diagnóstico de confirmación de VAB.

**Conclusiones:** Los pacientes con EI y VAB son más jóvenes y presentan baja comorbilidad. Suelen requerir cirugía temprana. Si se comparan con los casos de VAT, presentan menor mortalidad hospitalaria y mayor supervivencia.

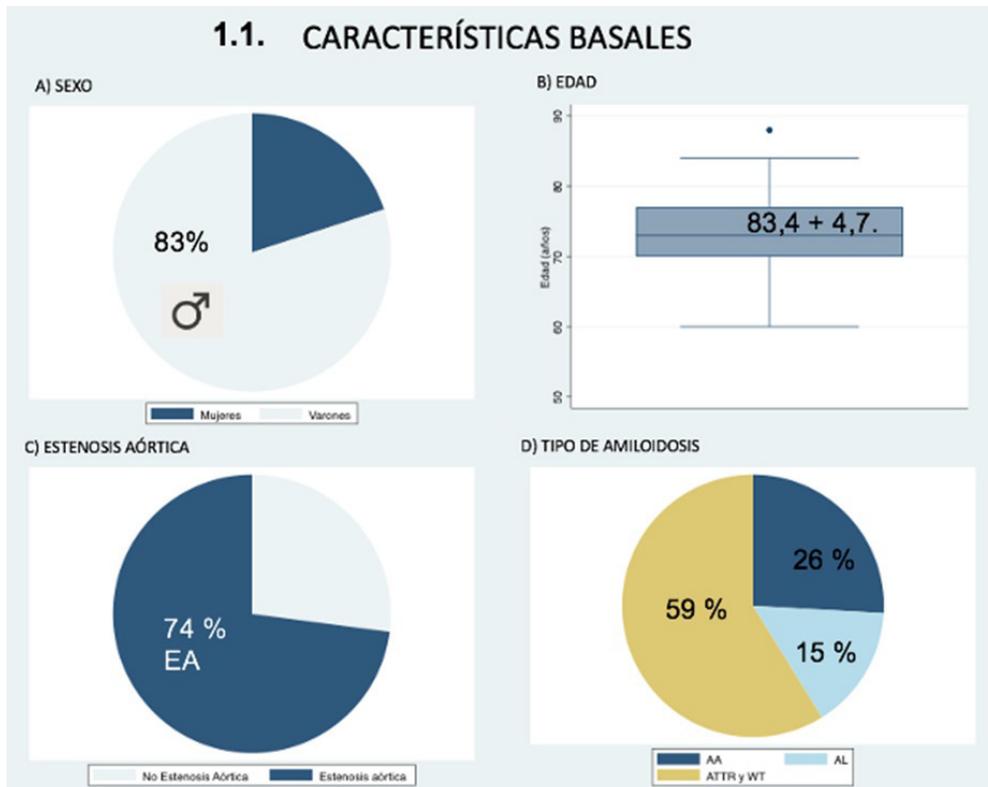
**P-04. AMILOIDOSIS CARDIACA: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA**

Esmeralda Capin Sampedro, Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, María Isabel Soto Ruiz y César Moris de la Tassa

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

**Introducción y objetivos:** Conocer las características clínicas, las comorbilidades, evolución y la supervivencia de los pacientes con amiloidosis cardiaca transtirretina (ACT) en la población asturiana.

**Métodos:** Se trata de un estudio multicéntrico, de tipo observacional y retrospectivo a partir de una cohorte de pacientes con sospecha de AC; para ello se revisaron todas las gammagrafías cardiacas realizadas en el centro de referencia para confirmar el diagnóstico y se llevó a cabo la recogida de distintas variables clínicas y fenotípicas, su evolución y su supervivencia. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico STATA, versión 15.1.



Comunicación P-04 Figura 1



Comunicación P-04 Figura 2

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes: 26% (22) AA; 15% AL; 59% (50) ATTR, 85% fueron varones. La edad media fue de 83,4 (± 4,7) años, sobre todo por la presencia de factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares asociadas. Todos tuvieron una gammagrafía diagnóstica de ACT, un 62,35% (53) un ecocardiograma transtorácico (ETT) y un 23,5% (20) una resonancia magnética compatibles.

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que los pacientes con ACT, predominantemente en la forma senil (ATTRwt), suelen ser varones, de edad muy avanzada, con multimorbilidad, trastornos de conducción, elevada mortalidad, escasa asociación de patología osteoarticular o neuropática, diagnóstico previo frecuente de ICC con FEVI preservada (muchos de ellos con cardiopatía hipertensiva o hipertrófica) y tienen un ETT compatible.

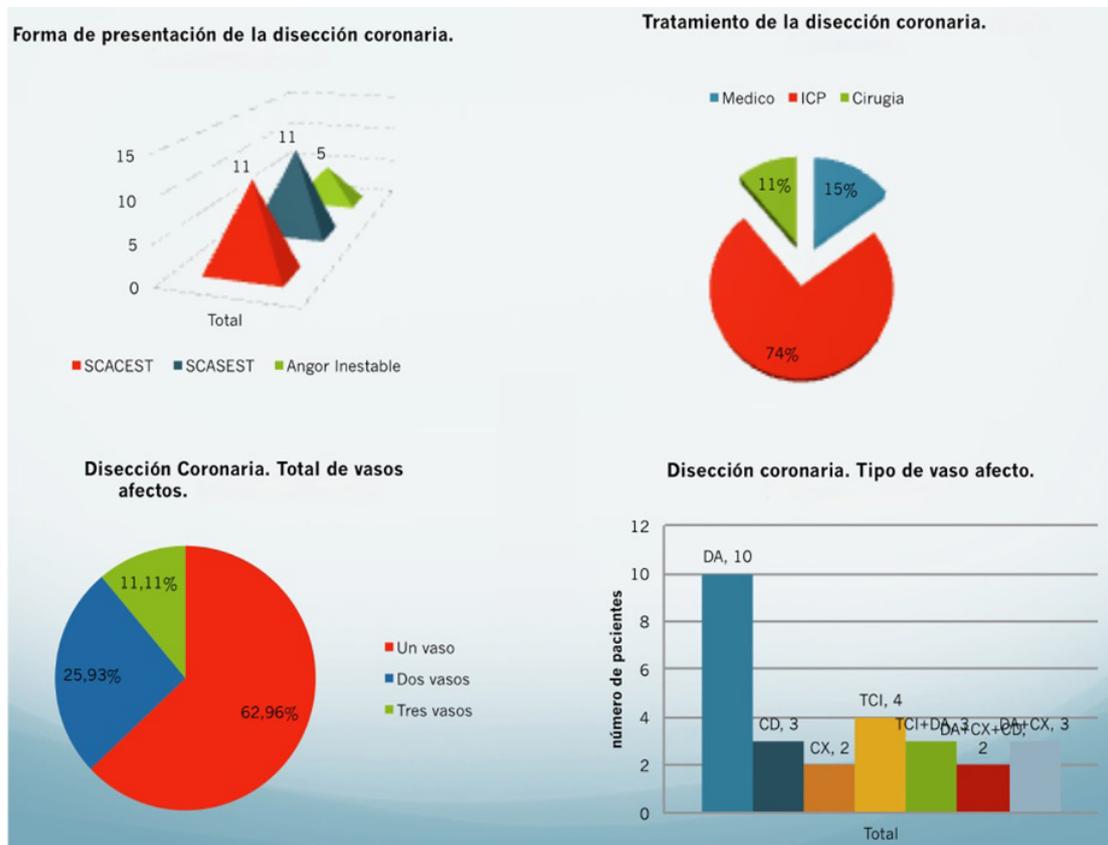
### P-05. DISECCIÓN DE ARTERIAS CORONARIAS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Esmeralda Capin Sampedro, Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, María Isabel Soto Ruiz y César Moris de la Tassa

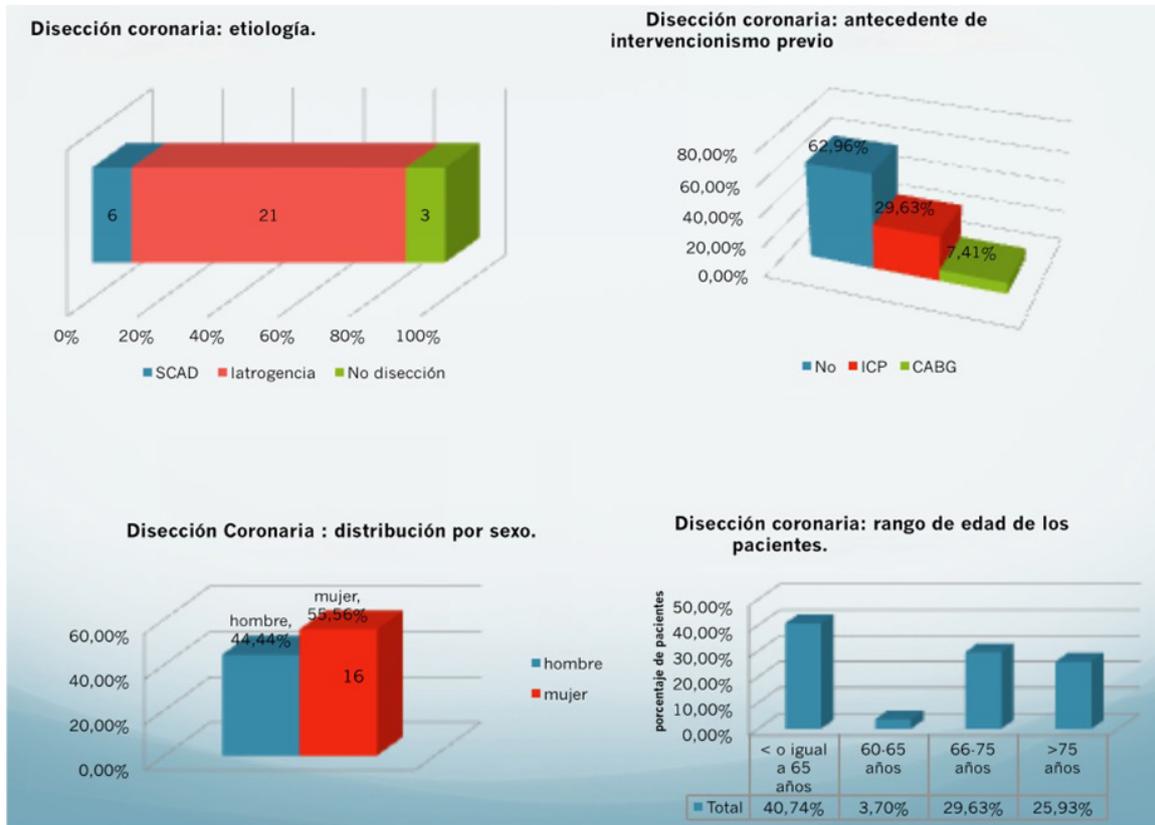
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

**Introducción y objetivos:** La disección de arteria coronaria es una causa de cardiopatía isquémica. Su incidencia, etiología y tratamiento óptimo están aún mal definidos.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel, los datos se han obtenido de la historia clínica



Comunicación P-05 Figura 1



Comunicación P-05 Figura 2

con el criterio de búsqueda “dissección coronaria”. Se excluyeron del análisis 19 pacientes codificados entre 1998-2002 como aneurisma de aorta. Entre enero de 2002 y marzo de 2014, se recogen 29 pacientes y se revisó el estudio hemodinámico de los mismos. La revisión se llevó a cabo por dos hemodinamistas y un cardiólogo.

**Resultados:** La dissección de arteria coronaria puede ocurrir por diversas causas, fundamentalmente por iatrogenia durante ICP, en estos casos se suele tratar de corregir durante el procedimiento mediante ICP. En caso de dissección espontánea, se aboga por manejo conservador. En 3 de los pacientes no se apreciaba una verdadera dissección y solo en 6 de los casos se trataba de una dissección espontánea de arteria coronaria. Respecto al tratamiento, se realizó intervencionismo coronario percutáneo en el 52% de los casos, seguido de manejo conservador con tratamiento médico, fundamentalmente betabloqueantes.

**Conclusiones:** La dissección de arteria coronaria puede ocurrir por diversas causas, fundamentalmente por iatrogenia durante ICP, en estos casos se suele tratar de corregir durante el procedimiento mediante ICP. En caso de dissección espontánea, se aboga por manejo conservador.

#### P-06. EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON UNA NUEVA TECNOLOGÍA: MONITORIZACIÓN DE HOLTER PROLONGADO-EPATCH

Pedro Blanch<sup>1</sup>, Antonia Ortega<sup>1</sup>, Sandra Escuro<sup>2</sup>, Miquel Barras<sup>3</sup>, Manuel Gómez-Choco<sup>4</sup> y Román Freixa-Pamias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina de Familia, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona. <sup>3</sup>Departamento de Ventas, Philips, Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Neurología, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Los dispositivos Holter (H) tradicionales pueden ser complicados de llevar, afectando al rendimiento del diagnóstico. Este nuevo dispositivo (ePatch) es una sencilla aplicación de parche y activación sin necesidad de cargar la batería y sin conexión de cables (figura). Hasta 14 días de grabación de electrocardiograma (ECG). Se puede llevar en la ducha y durante el ejercicio. Nuestro objetivo es evaluar la calidad y eficacia diagnóstica de ePatch en diferentes entornos clínicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes con ePatch colocados en nuestro centro solicitados para el estudio de palpitaciones no documentadas, síncope o ictus criptogénico.



**Resultados:** Se incluyeron los primeros 154 pacientes, 51,3% eran mujeres, con edad media de 66,6 años. La indicación más frecuente fue palpitaciones (37%) después el ictus criptogénico (34,4%), seguidos del síncope (28,5%). Todos tuvieron buena tolerancia y el ECG era de buena calidad. Un diagnóstico concluyente se obtuvo en 15 pacientes (9,7% del total). Se utilizaron grabadoras de 14, 7 y 5 días. El tiempo medio del evento desde que comenzó el registro de ePatch fue de 2,6 días (intervalo de 1 a 5 días). Únicamente la duración del H (OR 10,6) y la dilatación de aurícula izquierda (OR 5) fueron factores significativos predictores de evento arrítmico en el análisis multivariado.

**Conclusiones:** EPatch es un nuevo dispositivo H que es rentable y tiene numerosas ventajas: dedicar menos tiempo a la logística del dispositivo, preparar a los pacientes, eliminar la necesidad de consumibles adicionales y sustituir constantemente la batería.

**P-12. ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PRIMER INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿CÓMO HA CAMBIADO LA PRÁCTICA CLÍNICA LA PUBLICACIÓN DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA?**

Inés Ramos González-Cristóbal, Eva Gutiérrez Ortiz, Miguel García Márquez, Josebe Goirigolzarri Artaza, Alejandra Restrepo Córdoba, Juan Carlos Gómez Polo y David Vivas Balcones

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción y objetivos:** El primer episodio de insuficiencia cardiaca (IC) es una oportunidad única para el diagnóstico, tratamiento e inicio de un adecuado seguimiento. El objetivo del trabajo es analizar si, en los últimos años, ha cambiado el perfil de paciente que ingresa por un primer episodio.

**Métodos:** Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva los pacientes ingresados por un primer episodio de IC en planta de cardiología de un hospital terciario. La primera cohorte data de 2016 y la segunda cohorte de 2022, ambas con un reclutamiento de 8 meses tras la publicación de las respectivas guías de práctica clínica. Se compararon variables analíticas, ecocardiográficas, de tratamiento y seguimiento.

**Resultados:** La cohorte antigua presenta una proporción superior de primeros episodios (46,5 frente a 42,2%,  $p = 0,006$ ) res-

pecto a reingresos. Los pacientes actualmente tienen un perfil cardiovascular mejor con menos prevalencia de diabetes, hipertensión, dislipemia, enfermedad renal... Atendiendo a los motivos de ingreso, ha mejorado la identificación del desencadenante (9,4 frente a 1,8%  $p \leq 0,001$ ), ingresando actualmente más pacientes con cardiopatía isquémica, arritmias y miocardiopatía. No existen diferencias en cuanto a la fracción de eyección (tabla). A pesar de los avances en el tratamiento, el número de días de ingreso es similar (11,2 frente a 9,6). Además, ha incrementado significativamente el número de pacientes que se derivan a una unidad de insuficiencia cardiaca. **Conclusiones:** Nos encontramos ante una población con un perfil cardiovascular mejor y desencadenantes levemente diferentes, si bien la estancia hospitalaria no se ha modificado en los últimos 8 años.

**P-16. EVALUACIÓN DE LA CARGA ATEROESCLERÓTICA CORONARIA MEDIANTE ÍNDICE DE CASTELLI EN PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

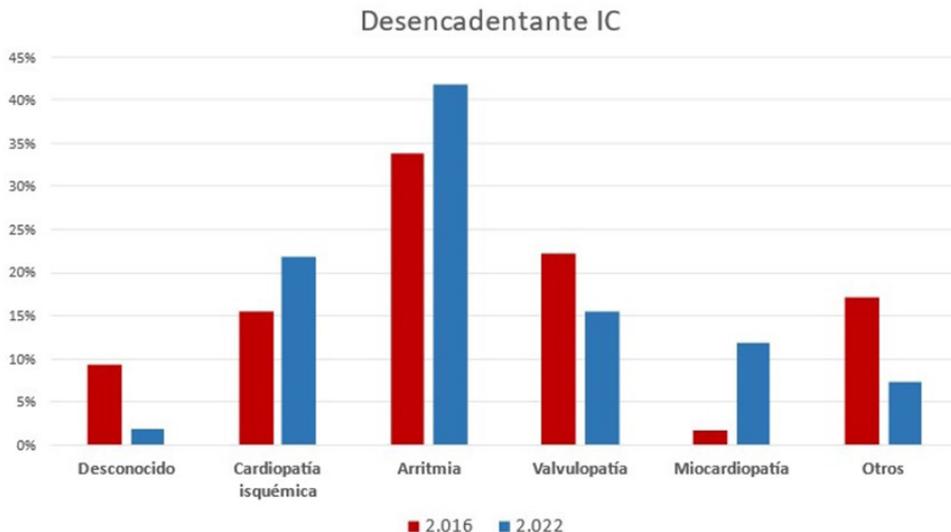
Candy Ceballos Gómez, Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Leopoldo Fernández Ruz, Javier Mora Robles y Cristóbal Urbano Carrillo

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

**Introducción y objetivos:** Los parámetros lipídicos aislados resultan insuficientes para evaluar el riesgo cardiovascular. Existen índices lipoproteicos, como el índice de Castelli [IC] (CT/cHDL), que constituyen una mejor fuente de información para predecir eventos cardiovasculares.

**Métodos:** Se recogieron datos epidemiológicos y analíticos de 130 pacientes menores de 65 años ingresados tras un síndrome coronario agudo (SCA), entre 2022 y 2023. Realizamos un análisis descriptivo y estudiamos la posible correlación entre la complejidad de las lesiones coronarias (SYNTAX score) y el valor de IC mediante el test estadístico de correlación de Pearson, estableciéndose la significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** El 20,8% eran mujeres y la edad media fue 55,8 años. El 70,8% eran fumadores, 53,8% hipertensos y 27,7% diabéticos. Respecto al perfil lipídico clásico, los valores promedios, en mg/dl, fueron: CT 159,8 ( $\pm 40,9$ ), cHDL 35,8 ( $\pm 8,7$ ),



Comunicación P-12 Figura

cLDL 93,39 ( $\pm$  34,8), TG 155,5 ( $\pm$  61). Recogimos también otras moléculas que participan en el metabolismo lipídico (mg/dl): ApoB 98,4 ( $\pm$  26,4) y Lp (a) 53,1 ( $\pm$  60,8). Calculamos varios cocientes: cLDL/cHDL 2,71 ( $\pm$  1,14), cLDL/ApoB 0,94 ( $\pm$  0,18), TG/cHDL 4,72 ( $\pm$  2,3) y el IC, cuyo valor promedio fue 4,62 ( $\pm$  1,37). Respecto a la coronariografía, el 50% presentó lesión monovasos, el 31,9% enfermedad de 2 vasos y el 18,1% enfermedad de 3 vasos/tronco común izquierdo, siendo el SYNTAX score promedio de 19,5  $\pm$  10,9. Se evidenció que, a mayor valor de IC, el SYNTAX score era más elevado ( $p = 0,008$ ).

Variable (N=130)	N (%)
Sexo femenino	20.8
Fumadores	70.8
HTA	53.8
Diabetes Mellitus	27.7
Variable	Media $\pm$ DE
Edad (años)	55.8 $\pm$ 7
Colesterol total (mg/dL)	159.8 $\pm$ 40,9
cHDL (mg/dL)	35.8 $\pm$ 8.7
cLDL (mg/dL)	93.39 $\pm$ 34.8
TG (mg/dL)	155.5 $\pm$ 61
ApoB (mg/dL)	98.4 $\pm$ 26.4
Lp(a) (mg/dL)	53.1 $\pm$ 60.8
cLDL/cHDL	2.71 $\pm$ 1.14
cLDL/ApoB	0.94 $\pm$ 0.18
TG/cHDL	4.72 $\pm$ 2.3
Índice de Castelli	4.62 $\pm$ 1.37
SYNTAX score	19.5 $\pm$ 10.9

**Conclusiones:** En nuestra serie, existe una correlación positiva entre el valor del IC y el grado de complejidad de las lesiones coronarias. Tras un SCA sería conveniente calcular sistemáticamente cocientes lipoproteicos, al constituir factores predictores mayores de eventos cardiovasculares.

### P-17. DIFERENCIAS SEGÚN EL SEXO EN EL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

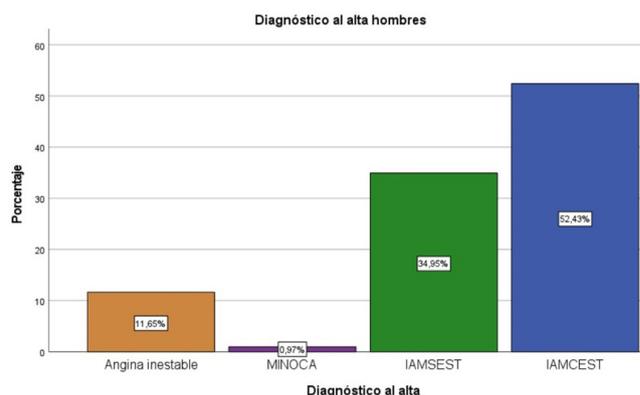
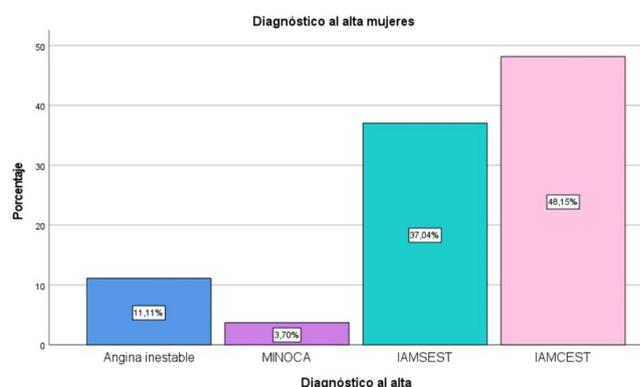
Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Alejandro Claros Ruiz, Javier Mora Robles y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

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

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España en mujeres, pero continúa siendo un grupo menos representado en los estudios sobre cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo es analizar las diferencias según el sexo en el riesgo cardiovascular de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo con 130 pacientes menores de 65 años e ingreso por SCA desde junio de 2022 a abril de 2023. Se evaluaron características clínicas y datos analíticos.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 130 pacientes, con un 20,8% de mujeres frente al 79% de varones. Se observó una media de hemoglobina glicosilada de 6,05%, LDL 98 mg/dl, HDL 40 mg/dl, TGD/HDL 4,05 y CT/HDL 4,28 en mujeres, siendo los valores similares en varones. Los valores de Lp(a) fueron discretamente más elevados en mujeres, con una media de 65 mg/dl, un 59% de mujeres con Lp(a) > 30 mg/dL y un 11% > 180 mg/dl. El consumo de alcohol y tabaco fue mayor en varones (20,4 y 73,8%). En cuanto a la clínica, el 71% de mujeres presentó dolor torácico típico, el 12% dolor atípico, el 10% disnea y el 7% palpitations.



**Conclusiones:** El perfil lipídico comparte muchas similitudes en ambos géneros en nuestro centro, destacando cierto aumento de las cifras de Lp(a) en mujeres. El 31% de mujeres debutó con equivalentes anginosos, por lo que una adecuada sospecha clínica resulta fundamental. Se hacen necesarios más estudios, estrategias de prevención y programas educativos dirigidos especialmente a mujeres.

### P-19. MIOCARDITIS AGUDA ASOCIADA A LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19: DIFERENCIAS CLÍNICAS RESPECTO A LA MIOCARDITIS VIRAL AGUDA

Ana María Moncada Ventura, Leopoldo Fernández Ruz y Cristóbal Urbano Carrillo

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

**Introducción y objetivos:** La miocarditis aguda es una complicación infrecuente relacionada con la vacunación contra la

COVID-19. Se pretende determinar si la miocarditis posvacunal presenta alguna diferencia significativa respecto a la miocarditis vírica o de causa no aclarada.

**Métodos:** Se incluyeron 33 pacientes diagnosticados de miocarditis aguda entre 2021 y 2023 en nuestro centro. Se recogieron datos del historial clínico. Se establecieron dos grupos: miocarditis relacionada con la vacunación COVID (grupo 1) y el resto (grupo 2). Se utilizaron para el contraste de hipótesis test paramétricos y no paramétricos.

**Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, 82% varones. 4 casos se atribuyeron a la vacunación COVID. La edad media fue de 29,21 años ( $\pm 11,319$ ). La FEVI media por ecocardiograma fue 62,1212% frente a un 59,6879% por CRM. El número medio de segmentos con RTG fue 3,24. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad (U de Mann-Whitney,  $p < 0,05$ ), con una media mayor en el grupo 2 (30,55 años [ $\pm 11,379$ ]) frente a 19,50 años ( $\pm 3,873$ ) en el 1; y respecto a la presencia o no de alteraciones en el ECG (chi-cuadrado,  $p < 0,05$ ), con un 65,517% de ECG alterados en el grupo 2 frente a un 0% en el 1. No se hallaron diferencias respecto a ninguna de las demás variables analizadas.

**Conclusiones:** Se hallaron diferencias estadísticamente significativas únicamente entre las variables edad y presencia de alteraciones en ECG, con mayor media de edad y mayor proporción de alteraciones en el ECG en los pacientes con miocarditis no asociada a vacunación.

#### P-20. PREVALENCIA PERCIBIDA DE LOS FENOTIPOS BÁSICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL TERRITORIO

Josep Toll-Clavero, Mireia Mallat, Carolina Santana, Iris Ojeda, Silvia Cobo, Aida Molero, Irene Cano, Barbara Pina, Beatriz Caldón y Pamela Brito

*Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Gavarra, Cornellà de Llobregat, Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** El adecuado registro en la historia clínica de los diagnósticos es relevante con fines epidemiológicos y para el cuidado del paciente. Actualmente esto es especialmente relevante en el manejo de la insuficiencia cardíaca (IC), en la que los profesionales deben conocer que clasificar a los pacientes según el fenotipo e informarles de su enfermedad son cruciales para abordarla correctamente. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de los fenotipos de IC en registros de atención primaria que además de un dato de salud nos muestra de forma indirecta la implantación del conocimiento de la enfermedad en el territorio.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal a partir de los datos de la explotación de la e-historia clínica de AP en un territorio asistencial uniforme de 353.485 habitantes en Cataluña. Los sesgos fundamentales del estudio son el registro erróneo, el infra registro y la realización en población total y no solo adulta.

**Resultados:** La prevalencia de IC es 1,52% -con un protagonismo en mujeres- que se incrementa a una media de 13% en población mayor de 70 años. Se observa una curiosa distribución homogénea de 2/3-1/3: 1/3 de los pacientes con IC no están fenotipados, 2/3 de los pacientes presentan IC preservada y también 2/3 de los pacientes con IC preservada son mujeres. A su vez 1/3 de los pacientes presentan IC reducida de los que 2/3 son varones.

**Conclusiones:** En el territorio estudiado aún existe un margen de mejora en el fenotipaje de los pacientes. Se exponen las prevalencias de los distintos fenotipos.

#### P-22. TASAS DE ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES JÓVENES TRAS UN EVENTO CORONARIO AGUDO

Javier Martínez Díaz, David Ledesma Oloriz, Esmeralda Capín Sampedro, Alberto Alén Andrés, Pablo Avanzas Fernández y Luis Gutiérrez de la Varga

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

**Introducción y objetivos:** El tabaco es considerado como uno de los factores de riesgo cardiovascular clásicos por su efecto antifibrinolítico, la reducción en la producción de óxido nítrico que conlleva su uso y el incremento en radicales libres. El abandono del hábito tabáquico es uno de los objetivos esenciales en la prevención secundaria tras un evento coronario agudo, especialmente en pacientes jóvenes, con el siguiente incremento de años de vida perdidos y consumo de recursos sociosanitarios.

**Métodos:** Analizamos las tasas de abandono del tabaco en una cohorte de 201 pacientes ingresados por síndrome coronario agudo y manejados de forma invasiva mediante angiografía coronaria durante un periodo de 10 años (de enero de 2010 a diciembre de 2019), a los 6 meses y 2 años posevento.

**Resultados:** 201 pacientes, media de edad 40,92 años, 87% varones, 88% de fumadores o exfumadores en el momento del evento. A los 6 meses del evento, el 47,45% habían abandonado el consumo de tabaco frente al 19,71% de pacientes que continuaban fumando. No obstante, se objetivó una disminución de la adherencia, con incremento de la recaída de consumo a los 12 y 24 meses. Un pequeño porcentaje de pacientes (menos del 3%) continuó con terapia de deshabitación tabáquica durante el seguimiento del estudio.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes, la tasa de abandono del hábito tabáquico fue alta durante los primeros 6 meses post-SCA, objetivándose un ligero incremento en la recaída durante el seguimiento a los 2 años, probablemente por falta de adherencia a medidas higiénico-dietéticas.

#### P-27. DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DURANTE UN PERIODO DE 7 AÑOS

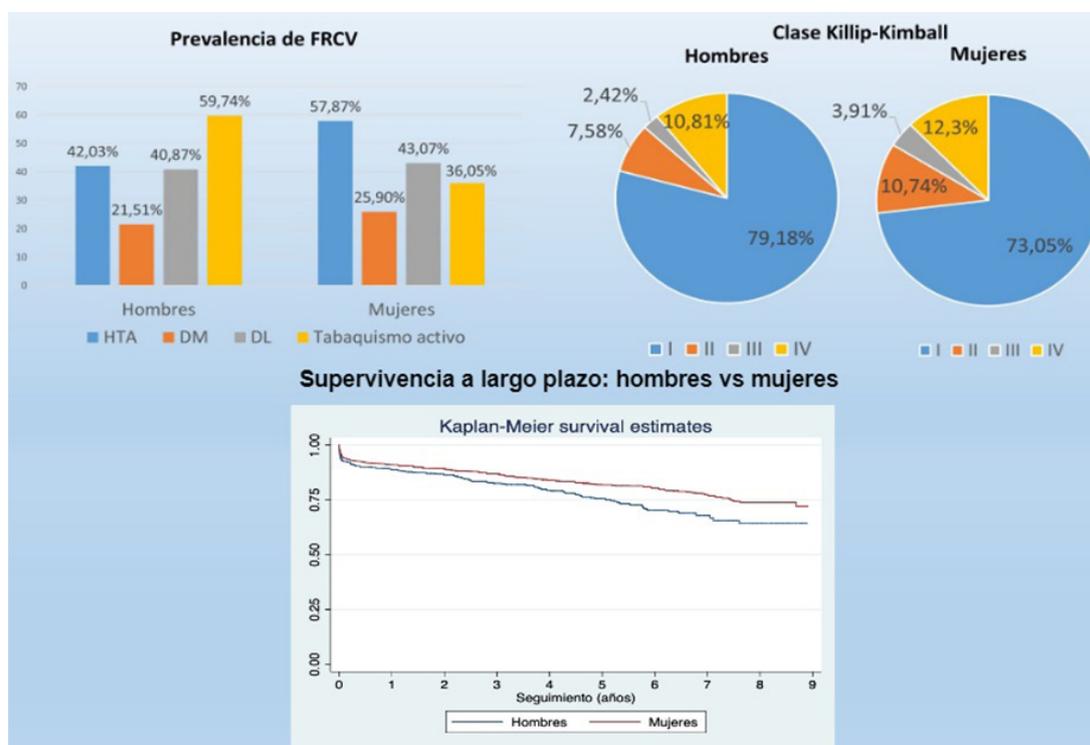
Javier Martínez Díaz, David Ledesma Olóriz, Marcel Almendárez Lacayo, Luis Gutiérrez de la Varga, Beatriz Nieves Ureña, Andrea Aparicio Gavilanes y Rut Álvarez

*Área del Corazón, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción y objetivos:** El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es una importante causa de morbimortalidad en mujeres. El objetivo de este estudio fue identificar las diferencias entre varones y mujeres que sufren un SCACEST.

**Métodos:** Se analizaron las características basales, datos de la angioplastia primaria y evolución de todos los pacientes con SCACEST desde 2014 hasta 2021.

**Resultados:** Se recogieron datos de 2.194 pacientes, 23,90% mujeres. La edad media fue mayor en mujeres (70,94 frente a 62,83;  $p < 0,001$ ). El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuente en varones fue el tabaquismo (59,74 frente a 36,05%,  $p = 0,001$ ), mientras que en mujeres fue la hipertensión arterial (57,87 frente a 42,03%,  $p < 0,001$ ). En la angioplastia primaria el acceso femoral fue más habitual en mujeres (34,47 frente a 25,39%,  $p < 0,001$ ). El porcentaje de pacientes que presentaban Killip Kimball  $\geq$  II fue superior en mujeres (27 frente a 20,8%,



Comunicación P-27 Figura

$p = 0,047$ ), así como la incidencia de complicaciones vasculares (2,66 frente a 1,26%,  $p = 0,026$ ) y valvulopatías significativas (15 frente a 7,11%,  $p < 0,001$ ). Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de exitus durante el procedimiento, la mortalidad total a largo plazo fue mayor en varones, HR: 0,71 (0,57-0,87),  $p: 0,001$  (figura).

**Conclusiones:** Las mujeres se presentaron en peor situación hemodinámica, precisaron de acceso femoral con más frecuencia y padecieron más complicaciones vasculares y valvulopatías significativas que los varones. Se necesitan estudios con mayor representación de las mujeres para poder optimizar su manejo en vista de estas diferencias.

#### P-28. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DE LA LIPOPROTEÍNA A EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Lucía Villafáfila Martínez<sup>1</sup>, Joan Ramon Enseñat<sup>1</sup>, Marta Álvarez Sánchez<sup>1</sup>, Pedro Lima Cañadas<sup>2</sup>, Patricia del Valle Taberner<sup>1</sup>, Alejandro Cabello Rodríguez<sup>1</sup>, Marta Flores Hernán<sup>1</sup>, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo<sup>1</sup>, Álvaro Serrano Blanco<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo.

**Introducción y objetivos:** La lipoproteína A es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Se debe considerar determinarla una vez en la vida para prevención secundaria y reclasificación de riesgo cardiovascular. Existe una variabilidad en este grupo de pacientes de alto riesgo y desconocemos su correlación con otras variables clínicas.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los niveles de Lp(a) en pacientes con SCAGEST y SCASEST ingresados en nuestro centro entre septiembre y

noviembre de 2023, su relación con las características clínicas y si hay diferencias estadísticamente significativas según el valor de Lp(a).

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes, el 71% con diagnóstico de SCAGEST. Los niveles medios de Lp(a) fueron 99,8 nmol/l. Nuestra muestra tenía una edad media de 66,3 años (53,96-78,64 IC95%), 87% varones, 57% HTA, 24% DM, 38% fumadores activos y el 11% padecía ERC. El 23% tenía cardiopatía isquémica crónica. SCORE alto o muy alto 85%. Colesterol total medio 164,9 mg/dl (123,9-205,9 IC95%), HDL de 42 mg/dl (30-54 IC 95%) e índice aterogénico 4,16 (2,73-5,59 IC95%). Obtenemos Lp(a) > 75 nmol/l en 33 pacientes (46,5%) y menor < 75 nmol/l en 38 (53,5%). No se observan diferencias significativas de las características analizadas. La diferencia en el SCORE no se asocia a diferencias estadísticamente significativas de niveles de Lp(a) ( $p = 0,325$ ).

**Conclusiones:** En nuestro estudio no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables clínicas en la población de pacientes con SCA en función de los niveles de Lp(a). Limitación del tamaño de muestra para los hallazgos esperados.

#### P-35. LA TELEMONITORIZACIÓN EXTENDIDA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO OPTIMIZA RECURSOS ASISTENCIALES Y MEJORA LA SALUD CARDIOVASCULAR

Ernesto Dalli Peydró<sup>1</sup>, Amparo Fresneda Fresneda<sup>1</sup>, Nuria Muñoz Ramos<sup>1</sup>, Vicente Pellicer Iborra<sup>2</sup>, Fernando de la Fuente Rivas<sup>2</sup>, Araceli Rubio Sánchez<sup>3</sup>, Rocío Serrats López<sup>1</sup>, María Teresa Tuzón Segarra<sup>1</sup> y Juan Cosín Sales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

<sup>2</sup>Trilema Salud, Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

**Introducción y objetivos:** Los beneficios, tras 3 meses de rehabilitación cardiaca presencial o híbrida, se atenúan con el tiempo. Nos planteamos confirmar, ya en uso rutinario, los buenos resultados con telemonitorización extendida tras síndrome coronario agudo (SCA) en un ensayo clínico previo.

**Métodos:** Se incluyeron 115 pacientes tras SCA seguidos mediante telemonitorización durante 10 meses, con solo una sesión formativa en el hospital (sistema Cardioplan). Se midieron indicadores de prevención cardiovascular y se compararon los resultados finales con los de la visita basal mediante la prueba estadística correspondiente, significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue 58 años, 91% varones. Los resultados se muestran en la tabla.

	Basal	Final	p
LDLc (mg/dl) (n = 95)	50,3 ± 20,9	55,2 ± 25,4	0,013*
Triglicéridos/HDL	2,5 ± 1,3	2,2 ± 1,5	0,002**
Peso (n = 86)	83,1 ± 15,2	81,7 ± 16,0	0,026**
IMC	28,1 ± 4,5	27,7 ± 4,7	0,014**
Grasa total (%)	25,9 ± 7,5	24,5 ± 7,6	0,018**
Grasa visceral (%)	11,9 ± 4,2	11,4 ± 4,3	0,018**
Encuesta HADS (n = 86)	10,4 ± 8,0	8,5 ± 7,7	0,007**
Encuesta PREDIMED (n = 82)	7,9 ± 2,3	10,4 ± 2,0	0,0001**
METS (n = 88)	9,4 ± 2,6	10,2 ± 2,7	0,001**
Distancia (metros)	417,8 ± 239,5	501,1 ± 262,0	0,0001**

\* Test t. \*\*Test de Wilcoxon.

**Conclusiones:** Un sistema de telemonitorización minimiza las sesiones en el hospital y permite extender el seguimiento, optimizando recursos, el tratamiento no farmacológico y la prevención cardiovascular. Estos datos apoyan generalizar este nuevo modelo de ruta asistencial tras SCA.

### P-36. INDICACIÓN HEMORRÁGICA DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA COMO PREDICTOR DE EVENTOS DURANTE EL SEGUIMIENTO

Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Leopoldo Fernández Ruz, Miriam Ana Jiménez González, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

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

**Introducción y objetivos:** El cierre percutáneo de orejuela izquierda (COI) se postula como una alternativa segura y eficaz en pacientes con FA y contraindicación para anticoagulación. Se pretende analizar si el tipo de hemorragia que indica el COI influye en los eventos durante el seguimiento.

**Métodos:** Se recogieron datos clínicos de 73 pacientes consecutivos con COI en nuestro centro con antecedentes de sangrado intracraneal o digestivo. Se establecieron dos grupos (SNC, DIG). Se recogió el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) ajustado a la edad.

**Resultados:** La edad media fue 76 años ( $\pm 6,9$ ); 33% mujeres. El  $CHA_2DS_2-VASc$  medio fue de 4,23 ( $\pm 1,46$ ); el HAS-BLED medio fue de 3,48 ( $\pm 0,97$ ); el ICC medio fue de 5,33 ( $\pm 2$ ). El 47,9% pertenecían al grupo SNC (N = 35), el 52,1% al grupo DIG (N = 38). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en  $CHA_2DS_2-VASc$ . Los pacientes del grupo DIG eran mayores (77,9 frente a 74 años), con mayor ICC (5,82 frente a 4,8) (prueba-T,  $p < 0,05$ ) y tendencia a HAS-BLED menor (3,3 frente a 3,7, prueba-T,  $p = 0,08$ ). La supervivencia libre de eventos del combinado ictus isquémico, ictus hemorrágico o hemorragia digestiva fue 77,4% ( $\pm 8,3$ ) en el grupo SNC y 60% ( $\pm 9,4$ ) en el grupo DIG, sin alcanzar significación estadística en el test *log-rank* ( $p = 0,13$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, los pacientes con sangrado digestivo previo al COI eran mayores, más comórbidos, menor HAS-BLED y con más eventos mayores durante el seguimiento.

### P-38. LA TELEMONITORIZACIÓN EXTENDIDA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO MEJORA LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y REDUCE LAS VISITAS AMBULATORIAS

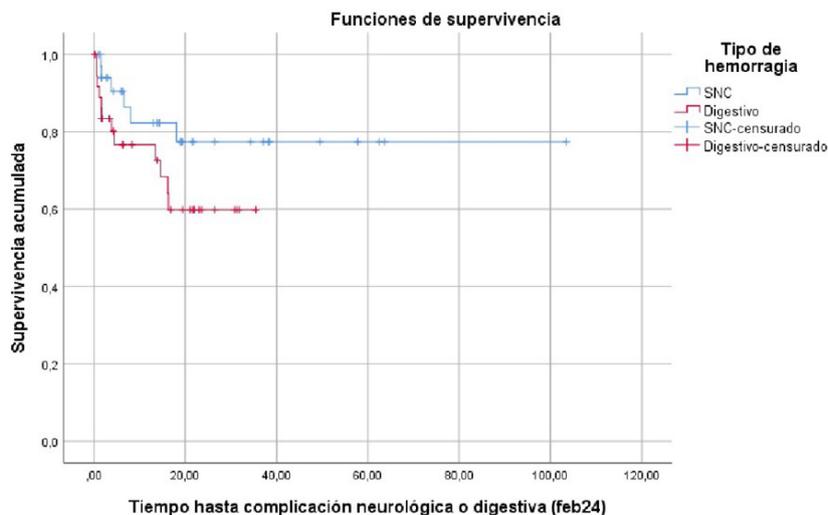
Ernesto Dalli Peydró<sup>1</sup>, Nuria Muñoz Ramos<sup>1</sup>, Amparo Fresneda Fresneda<sup>1</sup>, Rocío Serrats López<sup>1</sup>, Alan Herrera Vázquez<sup>2</sup>, Araceli Rubio Sánchez<sup>3</sup>, Fernando de la Fuente Rivas<sup>4</sup>, Vicente Pellicer Iborra<sup>4</sup>, Sofía Ramírez Candela<sup>5</sup> y Alejandra Llanos Garaboa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. <sup>4</sup>Trilema Salud, Valencia. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

**Introducción y objetivos:** La atención centrada en el paciente mejora los resultados en salud. Nos planteamos evaluar la ex-



Comunicación P-36 Figura

perencia del paciente y el impacto sobre las visitas a atención primaria y cardiología con un sistema de telemonitorización tras un SCA.

**Métodos:** Se incluyeron 75 pacientes seguidos mediante telemonitorización durante 10 meses, incluyendo una sola sesión formativa en el hospital (sistema Cardioplan) y 50 pacientes con seguimiento ambulatorio habitual. La experiencia del paciente fue evaluada mediante la escala IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del Paciente Crónico). Se contabilizaron las visitas ambulatorias. Se compararon los resultados mediante la prueba U de Mann-Whitney, significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La edad de los pacientes fue  $57,2 \pm 8,8$  y  $60,6 \pm 7,7$  años ( $p = 0,032$ ), siendo varones el 91 y 93%, en los grupos telemonitorizado y control respectivamente. La puntuación de la escala IEXPAC con el seguimiento telemonitorizado y habitual fue:  $7,9 \pm 1,5$  y  $6,0 \pm 1,8$  ( $p < 0,0001$ ). Mejoraron significativamente 11 de los 13 aspectos evaluados. La tabla recoge la atención ambulatoria en cada grupo.

	Seguimiento habitual	Telemonitorización	p
Consulta primaria presencial	6,5 ± 4,4	5,9 ± 4,6	0,498
Consulta primaria telefónica	2,6 ± 2,3	1,3 ± 1,6	0,001
Consultas en cardiología	1,7 ± 1,0	0,9 ± 1,2	0,0001

**Conclusiones:** Un seguimiento telemonitorizado extendido, comparado con el seguimiento habitual, mejora la experiencia del paciente y optimiza la gestión del paciente coronario crónico, reduciendo consultas en atención primaria y cardiología. Estos datos apoyan generalizar este nuevo modelo de ruta asistencial tras SCA.

### P-39. PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿IGUAL EN MUJERES Y EN VARONES?

Ester Mínguez de la Guía, Macarena López Vázquez, Nuria Vallejo Calcerrada, Raúl Calvo Córdoba, Sonia Cebrián López, Pablo Miguel Valentín García, Aday Monzón Melián, Álvaro Pinar Abellán, Francisco Manuel Salmerón Martínez y Miguel José Corbí Pascual

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en la mujer. Las mujeres tienen menor probabilidad de recibir terapias óptimas de prevención secundaria. Nuestro objetivo fue comparar las características de las mujeres y varones con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) que reingresan con un síndrome coronario agudo (SCA).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de un total de 6.330 pacientes ingresados en la UCIC de nuestro hospital entre los años 2012 y 2022.

**Resultados:** Se incluyeron 141 mujeres (2,2%) y 657 varones (10,3%). La edad media fue de  $75 \pm 9,9$  y  $69 \pm 11,7$  años respectivamente. El motivo de ingreso más frecuente fue el SCASEST (62,4% mujeres, 54,5% varones). Las mujeres presentaron mayor carga de FRCV a excepción de la dislipemia (LDL medio  $77,6$  mg/dl en mujeres,  $72,12$  mg/dl en varones), siendo similar

entre ambos. El hábito tabáquico fue más frecuente en varones. El 32% de las mujeres y el 24% de los varones con SCASEST presentaron enfermedad de 3 vasos. Durante el seguimiento el 9,2% de las mujeres reingresó por SCA y la mortalidad cardiovascular fue del 14,2%.

**Conclusiones:** Las mujeres con antecedentes CI que reingresan por SCA tienen una edad más avanzada, el SCASEST fue la causa más frecuente de ingreso. Presentan una mayor carga de FRCV con un control de LDLc similar entre ambos grupos, sin alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos por las guías ESC. Durante el seguimiento el reingreso por SCA y la mortalidad CV fue más frecuente en las mujeres.

### P-42. PECULIARIDADES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DE LAS MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y TRATAMIENTO INVASIVO

Francisco Buendía Santiago, Antonio Meseguer Hernández, María del Rosario Mármol Lozano, Zoser Saura Carretero, Leticia Risco Eres, María del Carmen Guirao Balsalobre, Bettina Rebeca de Berardinis Moreno, Leticia Jaulent Huertas, José Manuel Andreu Cayuelas y Juan Antonio Castillo Moreno

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

**Introducción y objetivos:** Diversos registros muestran peculiaridades en la presentación clínica y el tratamiento de las mujeres con SCA, que parecen redundar en una peor evolución hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar las posibles diferencias asociadas al sexo en pacientes con SCA y enfermedad arterial coronaria obstructiva (EACO) en un entorno actual de alta tasa de revascularización.

Figura 1. Tabla comparativa de la asociación de las variables en función del sexo y significación del test de contraste de hipótesis.

Variable	Hombres (n = 233)	Mujeres (n = 64)	Total (n = 297)	P
Edad (años)	64,2 ± 11,5	68,2 ± 11,6	65,1 ± 11,6	0,014
Diabetes mellitus	102 (43,8%)	25 (39,1%)	127 (42,8%)	0,500
Hipertensión arterial	160 (68,7%)	45 (70,3%)	205 (69,0%)	0,801
Dislipemia	131 (56,2%)	43 (67,2%)	174 (58,6%)	0,115
Tabaco	100 (43,7%)	21 (32,8%)	121 (41,3%)	0,119
Enfermedad coronaria previa	68 (29,2%)	16 (25,0%)	84 (28,3%)	0,510
Enf. vascular no coronaria	39 (16,9%)	13 (20,3%)	52 (17,5%)	0,505
SCA previo	64 (27,5%)	13 (20,3%)	77 (25,9%)	0,247
*Índice de Charlson ≥3	51 (28,7%)	15 (26,8%)	66 (28,2%)	0,787
*Clinical Frailty Scale ≥4	46 (25,8%)	26 (46,4%)	72 (30,8%)	0,004
SCACEST	160 (56,0%)	33 (51,6%)	163 (55,1%)	0,524
*ACTP primaria (SCACEST)	129 (99,2%)	32 (97,0%)	161 (98,8%)	0,365
Killip ≥2	50 (24,8%)	15 (27,3%)	65 (25,3%)	0,703
Troponina T pico (pg/mL)	1684 [260-4302]	992 [235-3143]	1510 [255-4266]	0,274
FEVI (%)	54,0 [45,0-60,0]	57,5 [40,5-61,8]	54,8 [45,0-60,0]	0,315
Enfermedad de 3 vasos	57 (24,5%)	8 (12,5%)	65 (21,9%)	0,040
Enfermedad de TCI	19 (8,2%)	7 (10,9%)	26 (8,8%)	0,485
Revascularización	216 (92,7%)	58 (90,6%)	274 (92,3%)	0,599
Revascularización completa	147 (66,8%)	45 (76,3%)	192 (68,8%)	0,164
Muerte hospitalaria	14 (6,1%)	5 (7,8%)	19 (6,5%)	0,576
Eventos MACE	21 (9,0%)	9 (14,1%)	30 (10,1%)	0,235
Hemorragia mayor	10 (4,4%)	1 (1,6%)	11 (3,8%)	0,466

Variables cualitativas: frecuencia absoluta (porcentaje). Variables continuas con distribución normal (edad): media ± DS. Variables continuas con distribución no normal: mediana [rango intercuartilico]. Enfermedad vascular no coronaria = antecedente de enfermedad arterial periférica y/o accidente cerebrovascular. Abreviaturas: TCI (tronco coronario izquierdo). \*Índice de Charlson y Clinical Frailty Scale con  $n=234$ , ACTP primaria con  $n=163$ .

**Métodos:** Cohorte prospectiva de pacientes atendidos en nuestro servicio por SCA entre julio de 2023 y enero de 2024, con EACO en el cateterismo. Durante el ingreso hospitalario

se registró mortalidad, eventos MACE (muerte cardiovascular, infarto no fatal o ictus no fatal) y hemorragia mayor. Se analizaron las diferencias entre diversas variables clínicas en función del sexo.

**Resultados:** De los 297 pacientes incluidos, 64 eran mujeres (21,5%) y 233 varones (78,5%). Las mujeres presentaron mayor edad y fragilidad (valorada como Clinical Frailty Scale  $\geq 4$  puntos), sin diferencias significativas en otras variables clínicas, ni respecto a prevalencia de SCACEST, troponina pico o FEVI. Angiográficamente, las mujeres presentaron menores tasas de enfermedad de tres vasos. En ambos grupos, las tasas de angioplastia primaria, revascularización y revascularización completa fueron similares. En las mujeres se observó tendencia a mayor tasa de MACE, aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Las mujeres con SCA tienen mayor edad y fragilidad, pero menor extensión de la enfermedad coronaria. Aunque no observamos tasas de MACE significativamente mayores durante la hospitalización, posiblemente por muestra de tamaño insuficiente, consideramos probable una peor evolución de las mujeres incluso en un entorno de alta tasa de revascularización.

#### P-44. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN SISTEMA DE E-CONSULTA ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y CARDIOLOGÍA

Rubén Niñez Lorigados<sup>1</sup>, Ariana Varela Cancelo<sup>2</sup>, Adrián Pineda Gurrea<sup>1</sup>, Marta Sagastagoitia Fornie<sup>2</sup>, Rebeca Parada López<sup>1</sup>, Patricia Mosquera Gómez<sup>1</sup>, Enrique Díaz López<sup>3</sup>, Javier Quiles del Río<sup>4</sup>, Carmen Solloso Blanco<sup>1</sup> y Raquel Marzoa Rivas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña. <sup>3</sup>Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña. <sup>4</sup>Servicio de Informática, Hospital Universitario de Ferrol, Ferrol, A Coruña.

**Introducción y objetivos:** Asistimos a un aumento de carga asistencial en los servicios de urgencias (SU), prestando atención a un 30% más de pacientes respecto a cifras de 2019. El uso de e-consulta se ha visto coste-eficaz en el ámbito AP-cardiología. Existen menos datos sobre el uso de este tipo de herramienta entre facultativos del SU-cardiología. El objetivo del estudio fue analizar la eficacia y seguridad de un programa de e-consulta entre el SU-cardiología en un hospital de nivel 2.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de una cohorte de pacientes en los que los facultativos del SU solicitaron e-consulta a cardiología.

**Resultados:** De las 404 e-consultas evaluadas en el plazo de 10 meses (edad media 69,5 años, 51% varones) el 50,2% correspondió a arritmias/alteraciones ECG/palpitaciones, 24,3% dolor torácico, 8,7% disnea/IC, 11,1% mareo/síncope, 2,7% soplo cardíaco/cardiomegalia y 3% otras causas. El tiempo medio de resolución fue de 48 horas. El 65,3% de los pacientes fue derivado a una consulta de alta resolución de cardiología, al 10,6% le fue solicitada una prueba diagnóstica directamente, el 6,2% se remitió a una consulta monográfica y el 17,9% se resolvió remotamente. A los 30 días de la asistencia al SU el 90,8% de los pacientes no realizaron ningún contacto sanitario no programado. Del 9,2% restante, solo 8 pacientes (1,9%) requirieron ingreso hospitalario (75% causa no cardiológica).

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un sistema de e-consulta SU-cardiología supone una oportunidad para pacientes sin criterios de ingreso que requieren una valoración por cardiología. Aunque son necesarios estudios más amplios, los datos apuntan a un modelo seguro y eficaz.

#### P-45. IDENTIFICACIÓN O NO DEL DESENCADENANTE DEL PRIMER INGRESO COMO PREDICTOR DE UN PERFIL CONCRETO DE PACIENTE EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Inés Ramos González-Cristóbal, Juan Carlos Gómez Polo, Josebe Goirigolzarri, Alejandra Restrepo Córdoba, Julia Playán Escribano, Javier Higuera Nafra, Eva Gutiérrez Ortiz, Miguel Márquez, David Vivas Balcones e Isidre Vilacosta

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción y objetivos:** Predecir la evolución de un paciente que ingresa por un primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC) resulta complejo, más aún si no se logra identificar el desencadenante. Nuestro objetivo es establecer si hay diferencias en el perfil clínico de estos individuos y si en los últimos 5 años ha mejorado la precisión diagnóstica en el primer ingreso.

**Métodos:** En 2016 y 2023 se recogieron de forma prospectiva y consecutiva durante 12 meses los ingresos por insuficiencia cardíaca en un hospital terciario. Fueron agrupados según el desencadenante del cuadro. Se analizaron variables epidemiológicas, ecocardiográficas, de tratamiento y seguimiento.

**Resultados:** En 2016 ingresaron 180 pacientes con un primer episodio de IC frente a 110 en 2023. De ellos, en 2016 el 9,44% (17) fue dado de alta sin diagnóstico etiológico; sin embargo, en 2023 solo ocurrió en el 4,39% (5) ( $p = 0,000$ ). Las edades medias fueron 73,8 y 76,2 años respectivamente ( $p = 0,133$ ). En el grupo sin causa de descompensación identificada hubo una proporción significativamente superior de mujeres, 64% ( $p = 0,038$ ). No encontramos diferencias en la distribución de factores de riesgo cardiovascular. Por último, La estancia hospitalaria de los pacientes sin desencadenante identificado ha aumentado levemente (5,05 días frente a 7,1,  $p = 0,268$ ).

**Conclusiones:** El primer ingreso por IC es una oportunidad única para enfocar el manejo de la patología. Los pacientes sin causa identificada han disminuido significativamente aunque presentan un perfil cardiovascular similar al de hace 8 años, con mayor proporción de mujeres, disfunción ventricular leve y estancias hospitalarias en aumento.

#### P-47. PROLONGACIÓN DEL QTC EN PACIENTES CON IAMCEST REVASCULARIZADO. ¿HAY FACTORES QUE PREDISPONEN A SU APARICIÓN?

Lucía Villafafila Martínez<sup>1</sup>, Patricia del Valle Tabernero<sup>1</sup>, Marta Álvarez Sánchez<sup>1</sup>, Pedro Pablo Lima Cañadas<sup>2</sup>, Joan Ramon Enseñat<sup>1</sup>, Marta Flores Hernán<sup>1</sup>, Joaquín Sánchez-Prieto<sup>1</sup>, Álvaro Serrano Blanco<sup>1</sup> y Luis Rodríguez Padial<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

<sup>2</sup>Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

**Introducción y objetivos:** Se ha descrito una asociación entre prolongación del QTc e isquemia miocárdica, pero hay pocos trabajos que analicen las características clínicas relacionadas con dichos cambios en la población de pacientes con IAMCEST revascularizado.

**Métodos:** Estudio prospectivo incluyendo a 48 pacientes ingresados por SCACEST sometidos a ICP primaria entre septiembre de 2023 y enero de 2024, excluyendo a aquellos con alteraciones iónicas/fármacos que predispusieran a la prolongación del QTc, así como los que presentaban un QTc prolongado al ingreso. Se analizó el QTc según Bazet, o Friedrich si bloqueo de rama, a su llegada a urgencias, poscateterismo, a las 48 horas y al alta.

**Resultados:** En la muestra un 91,7% eran varones (edad media 63,32 años), el 41,7% hipertensos, el 10,4% diabéticos y el 45,8% presentaban dislipemia. Un 39,6% eran fumadores,

16,7% obesos, 8,3% padecían SAOS/EPOC y un 8,3% cardiopatía isquémica crónica. Un 60,4% presentaron una prolongación del QTc en la evolución, tiempo de evolución inferior a 3 horas 64,6%, fueron infartos inferiores 68,8% y al alta en un 43,8% el ST persistía elevado. Al analizar las variables clínicas en los grupos con y sin prolongación de QTc no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas; solo se observó una tendencia a la significación en las mujeres (p 0,091).

**Conclusiones:** Con nuestra muestra de paciente no podemos predecir asociación entre los parámetros clínicos estudiados y la prolongación del QTc en pacientes con IAMCEST revascularizado. Aunque hay cierta tendencia a la significación en la mujer es necesario realizar estudios con muestras más amplias para extraer conclusiones.

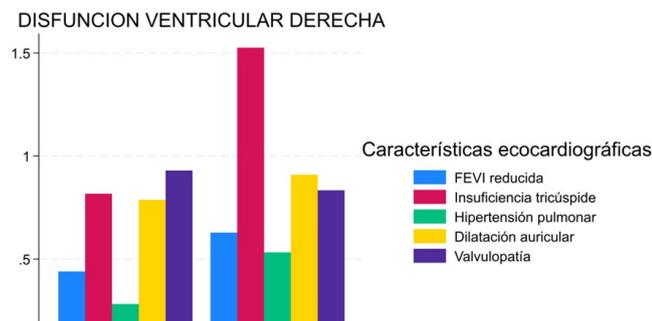
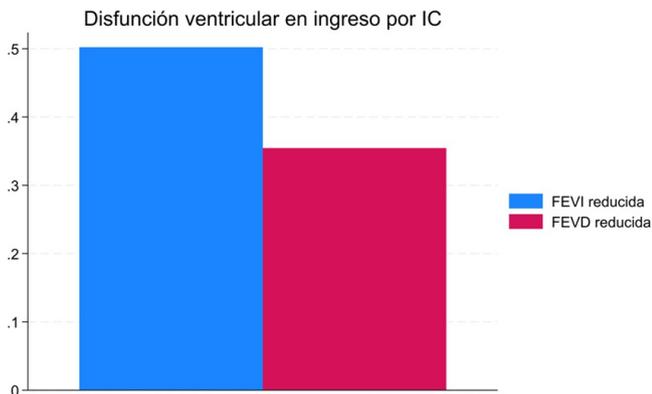
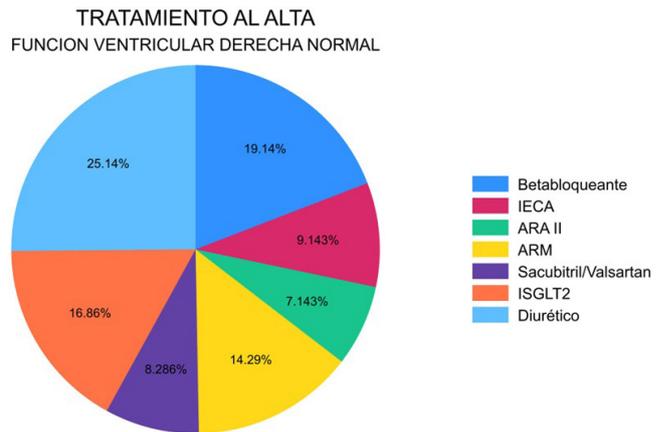
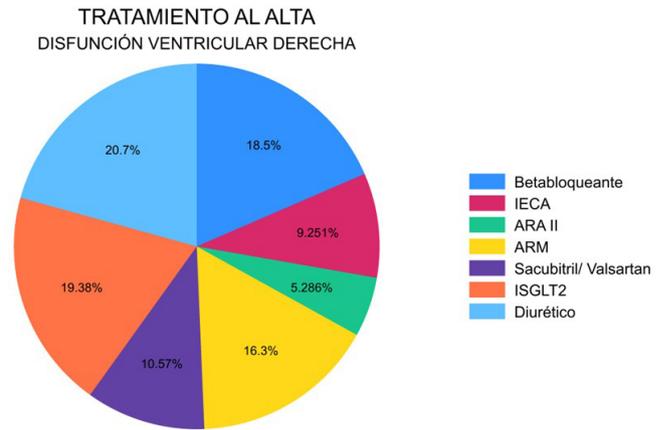
**P-57. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA**

Inés Ramos González-Cristóbal, David Vivas Balcones, Josebe Goirigolzarri Artaza, Alejandra Restrepo Córdoba, Javier Higuera Nafria, Julia Playan Escribano, Juan Carlos Gómez Polo e Isidre Vilacosta

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción y objetivos:** De acuerdo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, el tratamiento de la insuficiencia cardiaca descompensada depende de la función ventricular izquierda (FEVI). Sin embargo, la disfunción ventricular derecha (DSVD) también puede determinar el pronóstico. Nuestro objetivo es establecer si hay diferencias en el perfil clínico de los pacientes con DSVD y cuánto influye en la optimización del tratamiento.

**Métodos:** En 2023 se recogieron de forma prospectiva y consecutiva durante 8 meses los ingresos por insuficiencia cardiaca en un hospital terciario. Fueron agrupados según



parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos. Se analizaron variables epidemiológicas, ecocardiográficas y de tratamiento.

**Resultados:** Ingresaron 220 pacientes, el 50,23% (111) presentaba disfunción ventricular izquierda, de ellos el 44,1% (97) asociaba DSVD medida por ecocardiografía (TAPSE < 17 u onda S < 10) y el 26,85% (59) presentaba exclusivamente DSVD. No se observaron diferencias significativas en el perfil clínico del paciente (figura) a excepción de la mayor presencia de neumopatía y cáncer en los pacientes con DSVD (p = 0,011, p = 0,04). Las arritmias y la miopericardiopatía fueron los principales motivos de ingreso (p = 0,015). No existen diferencias en la optimización del tratamiento al alta en función de la presencia o no de DSVD (figura) aunque necesitaron de forma estadísticamente significativa (p = 0,036) más diuréticos los pacientes con fracción de eyección preservada sin DSVD.

**Conclusiones:** La DSVD es frecuente, a pesar de ello no existe un tratamiento específico para este grupo. En nuestra cohorte su presencia no modifica la optimización del tratamiento médico al alta en pacientes con DSVI.

**P-58. UTILIZACIÓN DEL VExUS COMO GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA**

Eva González Llamas, José Gregorio Soto Rojas y Fabiola Nicolas Cañadas

Servicio de Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

**Introducción y objetivos:** Nuevas técnicas como el VExUS ayudan a guiar el tratamiento de los pacientes con insuficien-

cia cardiaca. Planteamos si su realización supone un aumento de la estancia media hospitalaria, valorando además la rentabilidad de su uso.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca. Se tuvieron en cuenta características clínicas, complejidad (índice de CHARLSON) y estancia media.

**Resultados:** Obtuvimos una muestra de 109 pacientes, divididos entre los que no se realizó VExUS (n = 89) y los que se realizó al ingreso y al alta (n = 12). Las características entre grupos eran similares (edad media; Charlson; FEVI; NT-ProBNP y CA125). Los criterios que debían cumplir al alta eran: adecuada diuresis con tratamiento oral, ausencia de edemas y crepitantes, y ausencia de síntomas de insuficiencia cardiaca. El grado de congestión medido mediante VExUS varió de forma que al ingreso presentaban: Grado 0 = 0%, Grado 1 = 16,6%, Grado 2 = 33,3%, Grado 3 = 50%; y al alta: Grado 0 = 50%, Grado 1 = 25%, Grado 2 = 16% Grado 3 = 8,3%. Se halló correlación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el grado de congestión y el CA125 y cercana a la significación entre congestión al alta y reingreso en 6 meses ( $p = 0,054$ ). Finalmente analizamos la estancia media, resultando ligeramente inferior en el grupo al que se realizó VExUS (10,75 frente a 12,3 días).

**Conclusiones:** Nuestro estudio, pese a la limitación del tamaño muestral, refleja la ayuda que ofrece el VExUS para guiar e individualizar el tratamiento, pudiendo incluso reducir reingresos precoces. Al contrario de lo esperado, su realización no prolongó la estancia media.

#### P-60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANTICOAGULACIÓN AL ALTA EN PACIENTES CON TROMBOSIS APICAL

José Ignacio Larrubia Valle, Leopoldo Fernández Ruz, Ana María Moncada Ventura, Pedro Fernández Martín y Cristóbal Urbano Carrillo

UGC Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción y objetivos:** La trombosis apical supone una complicación infrecuente en la disfunción ventricular con alteraciones de la motilidad apical. Se pretende analizar las ca-

racterísticas clínicas, el tratamiento anticoagulante al alta, el tiempo de resolución del trombo y los eventos mayores (ictus, embolia sistémica o muerte) en el seguimiento.

**Métodos:** Se recogieron datos clínicos, analíticos y terapéuticos de pacientes ingresados en nuestro servicio con diagnóstico asociado de trombosis apical entre enero de 2022 y enero de 2024.

**Resultados:** Se analizaron 20 pacientes. La edad media fue 57,22 años ( $\pm 13,4$ ), con 85% varones. El 70% (n = 14) tenían disfunción ventricular de origen isquémico. Todos los pacientes tuvieron alteraciones en la motilidad a nivel apical. El 75% tenían FEVI menor del 40%, con una FEVI media del 34,5% ( $\pm 12,7$ ). Se diagnosticó al 90% (n = 18) con ETT, el 32% necesitó ecopotenciador (n = 6); los otros 2 pacientes (10%) se diagnosticaron con RM o TAC. El 40% fueron trombos lábiles (n = 8), el resto murales. Se anticoaguló a 18 pacientes, 75% con HBPM + AVK y 25% con ACOD. Se resolvieron el 45% de los trombos. Durante el seguimiento, el 25% cursó con eventos mayores (n = 5), con un paciente durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La trombosis apical es una entidad infrecuente, con manejo terapéutico complejo por la anticoagulación añadida en la mayoría de casos a la doble antiagregación. En el diagnóstico se necesitó en el 10% de los casos otra prueba de imagen. Uno de cada cuatro pacientes sufrió un evento mayor durante el seguimiento.

#### P-63. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HIPERTRIGLICERIDEMIA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antonio Meseguer Hernández, Francisco Buendía Santiago, María del Rosario Mármol Lozano, José Manuel Andreu Cayuelas, Eloy Yordano Mite Salazar, María Belén Villamarín Heredia, Jaime Merino Romero, María Isabel Baños Maturano, José García Gómez y Juan Antonio Castillo Moreno

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

**Introducción y objetivos:** La hipertrigliceridemia (HTG) es un indicador de riesgo de enfermedad coronaria y eventos cardiovasculares de notable protagonismo actual. El objetivo del

Variable	No HTG (n=184)	HTG (n=102)	Total (n=286)	P valor
Edad	67,34 $\pm$ 11,29	60,97 $\pm$ 10,69	65,08 $\pm$ 11,47	<0,001
Sexo masculino	143 (77,7%)	82 (80,4%)	225	0,597
Hipertensión arterial	130 (70,7%)	68 (66,7%)	198	0,484
Diabetes	71 (38,6%)	50 (49%)	121	0,087
Dislipemia	105 (57,1%)	63 (61,8%)	168	0,439
Tabaquismo activo o previo	58 (32%)	57 (55,9%)	115	<0,001
Alcohol	28 (15,4%)	27 (26,5%)	55	0,023
Enfermedad arteriosclerótica previa	72 (39,1%)	31 (30,4%)	103	0,140
Enfermedad multivaso	105 (57,1%)	53 (52%)	158	0,406
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,4 $\pm$ 4,2	29,4 $\pm$ 5,7	28,55 $\pm$ 4,97	<0,001
Colesterol total (mg/dL)	148 [120-174]	184 [153-221]	157 [132-192]	<0,001
Colesterol no HDL (mg/dL)	103 [77-130]	144 [120-185]	119 [89-147]	<0,001
Colesterol HDL (mg/dL)	41 [35-50]	37 [32-43]	40 [34-47]	<0,001
Colesterol LDL (mg/dL)	84 [54-108]	99 [76-139]	91 [62-121]	<0,001
Apolipoproteína B (mg/dL)	74 [61-89]	93 [79-122]	80 [66-98]	<0,001
Eventos MACE	13 (7,1%)	7 (6,9%)	20	0,949

Tabla. Análisis de la asociación de la hipertrigliceridemia con diversas características poblacionales.

HTG: hipertrigliceridemia, IMC: índice de masa corporal.

estudio es describir la prevalencia y factores asociados a HTG en una población de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

**Métodos:** La muestra se compone de 286 pacientes ingresados consecutivamente por SCA. Se definió HTG como niveles de triglicéridos plasmáticos en ayunas superiores a 150 mg/dl y se analizó su asociación a diferentes características clínicas, bioquímicas, angiográficas y eventos MACE durante el ingreso (muerte cardiovascular, infarto e ictus no fatal).

**Resultados:** La prevalencia de HTG fue del 35,6%. No hubo diferencia entre pacientes con y sin tratamiento hipolipemiente previo (36,8 frente a 34,5%;  $p = 0,685$ ). Se encontró asociación entre HTG y haber sufrido SCA a edad más temprana ( $60,97 \pm 10,69$  frente a  $67,34 \pm 11,29$ ;  $p < 0,001$ ), tabaquismo (55,9 frente a 32%;  $p < 0,001$ ), consumo de alcohol (26,5 frente a 15,4%;  $p = 0,028$ ) y mayor índice de masa corporal (IMC) ( $29,4 \pm 5,7$  frente a  $27,4 \pm 4,2$ ;  $p < 0,001$ ). Respecto al perfil lipídico, la HTG se asoció a mayores niveles de colesterol total, no HDL, LDL y apolipoproteína B, así como a menores niveles de colesterol HDL. Sin embargo, estos pacientes no tuvieron mayor extensión de enfermedad coronaria (57,1 frente a 52%;  $p = 0,406$ ) ni mayor incidencia de eventos MACE (7,1 frente a 6,9;  $p = 0,949$ ).

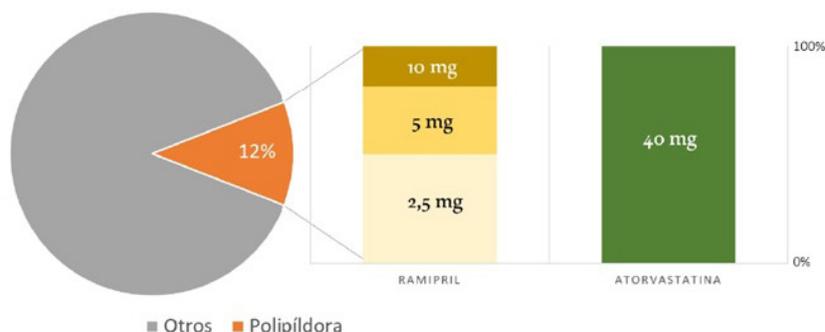
**Conclusiones:** La HTG está presente en aproximadamente uno de cada tres pacientes hospitalizados por SCA. Los pacientes con HTG que ingresan por SCA son más jóvenes, más frecuentemente fumadores y consumidores de alcohol, presentan mayor IMC y perfil lipídico más desfavorable.

**P-64. PRESCRIPCIÓN DE POLIPÍLDORA CON ASPIRINA, RAMIPRIL Y ATORVASTATINA Y COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Antonio Meseguer Hernández, José Manuel Andreu Cayuelas, Francisco Buendía Santiago, María del Rosario Mármol Lozano, Zoser Saura Carretero, Bettina de Berardinis Moreno, Leticia Risco Eres, Jaime Merino Romero, Leticia Jaulent Huertas y Juan Antonio Castillo Moreno

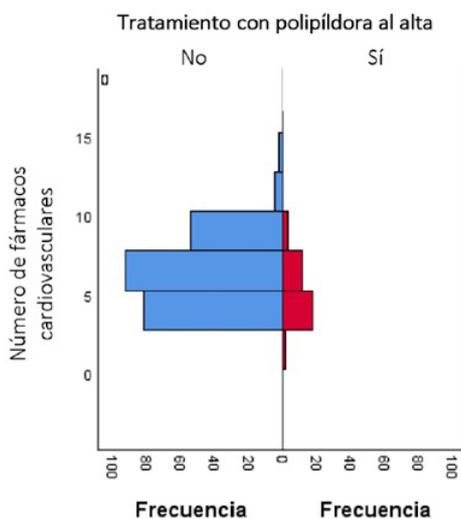
Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

**Introducción y objetivos:** La prescripción de polipíldora (PP) con aspirina, ramipril y atorvastatina se ha asociado a mejor



**Figura 1.** Porcentaje de prescripción de polipíldora con AAS, ramipril y atorvastatina al alta tras ingreso por síndrome coronario agudo y dosis prescritas de ramipril y atorvastatina.

Comunicación P-64 Figura 1



**Figura 2.** Comparación entre el número de fármacos cardiovasculares prescritos al alta tras síndrome coronario agudo en función de prescripción de polipíldora con AAS, ramipril y estatina.

Comunicación P-64 Figura 2

adherencia y pronóstico tras un síndrome coronario agudo (SCA). Buscamos describir la prevalencia y predictores de prescripción de PP y su asociación con la complejidad del tratamiento tras un SCA.

**Métodos:** Registro prospectivo de 270 pacientes consecutivos que recibieron el alta hospitalaria tras un SCA. Se recogió la prevalencia y factores asociados a la prescripción de PP, además de la relación entre PP, número de fármacos cardiovasculares (FCV) y tratamiento médico complejo (TMC), definido como  $\geq 8$  FCV prescritos al alta.

**Resultados:** Se prescribió PP a 32 pacientes (12%); la dosis mediana de ramipril fue 3,75 mg (RIC: 2,5-6,25). La prescripción de PP fue significativamente más frecuente en varones (30 [14%] frente a 2 [6%];  $p = 0,025$ ) y en aquellos con menor LDL ( $75 \pm 32$  frente a  $95 \pm 40$  mg/dl;  $p = 0,008$ ). La PP se asoció con menor número de FCV prescritos (5 [RIC: 4-6] frente a 6 [RIC: 5-8];  $p = 0,003$ ). El TMC se asoció de forma independiente a la no prescripción de PP (OR = 0,24 [IC95%: 0,07-0,87];  $p = 0,031$ ), a la diabetes (OR = 5,06 [IC95%: 2,53-10,11];  $p < 0,001$ ) y al tratamiento previo con estatinas (OR = 2,02 [IC95%: 1,00-4,07];  $p = 0,049$ ).

**Conclusiones:** La prescripción de PP fue poco frecuente tras un ingreso hospitalario por SCA, especialmente en mujeres o pacientes con cifras de colesterol elevadas. El uso de PP se asoció con un menor número de FCV y ausencia de TMC, lo que podría aumentar la adherencia al tratamiento.

#### P-69. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA. ¿LLEGAMOS A CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Raúl Calvo Córdoba, Ester Mínguez de la Guía, Aday Monzón Melián, Macarena López Vázquez, Sonia Cebrián López, Pablo Valentín García, Nuria Vallejo Calcerrada, Álvaro Pinar Abellán, Francisco Manuel Salmerón Martínez y Miguel José Corbí Pascual

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) tienen una alta tasa de eventos isquémicos durante el seguimiento. Conocer la prevalencia de

factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y las características de dichos eventos.

**Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de un total de 6.330 pacientes que ingresaron en nuestro centro entre los años 2012 y 2023.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 798 pacientes ingresados por SCA con antecedentes de CI. La edad media era 70 años  $\pm$  11,68, siendo la mayoría varones (82,3%). El 83,3% de los pacientes eran hipertensos; el 50,3% diabéticos; un 22,8% recibían insulina domiciliaria. El 80,7% eran dislipémicos con un LDL medio de 76 mg/dl a pesar de tratamiento hipolipemiante. El 23,6% de los pacientes eran fumadores, siendo 38,7% exfumadores. Durante el seguimiento murieron un 8,4% por causa cardiovascular, y reingresaron un 4,6% por SCA y un 3,5% por insuficiencia cardíaca. La etiología principal de ingreso (55,9%) fue el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST). La mayoría de los pacientes ingresados por SCACEST tuvieron afectación de un vaso (39,7%), optando por la revascularización percutánea (70,2%) por vía radial (85,5%) y siendo la arteria descendente anterior la responsable de más eventos (26,7%). El 15,5 y el 16,2% de los pacientes requirieron dobutamina y noradrenalina respectivamente, el 10,9% requirió VMNI.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes que sufren un nuevo episodio coronario presenta una alta carga de FRCV, de esta forma la anticipación en el control de dichos factores podría ayudar en la prevención de nuevos eventos.

#### P-70. PACIENTES NO DIABÉTICOS CON POSIBLE INDICACIÓN DE TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDA PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR TRAS UN INGRESO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Francisco Buendía Santiago, José Manuel Andreu Cayuelas, Antonio Meseguer Hernández, María del Rosario Mármol Lozano, María del Carmen Guirao Balsalobre, Eloy Jordano Mite Salazar, María Belén Villamarín Heredia, María Isabel Baños Maturano, Isidro Hernández Fernández y Juan Antonio Castillo Moreno

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

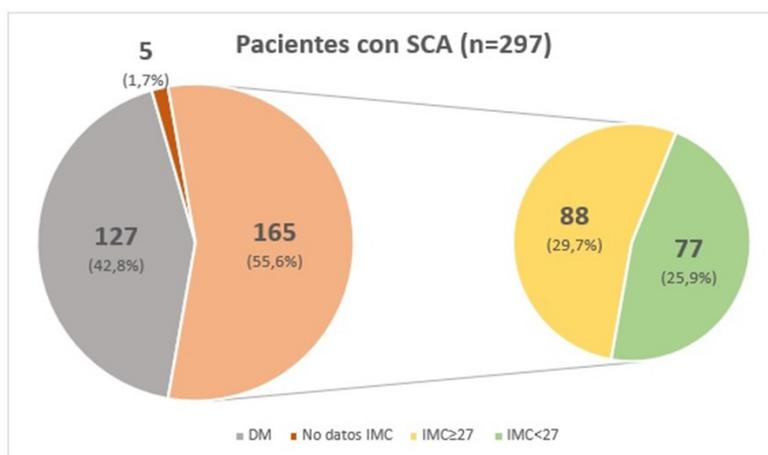


Figura 1. Distribución de pacientes y grupos de comparación en nuestra cohorte.

	IMC $\geq$ 27 (n=88)	IMC<27 (n=77)	Total (n=165)	p
Edad (años)	62,9 $\pm$ 11,4	65,6 $\pm$ 13,0	64,2 $\pm$ 12,2	0,169
Sexo (varón)	69 (78,4%)	58 (75,3%)	127 (77,0%)	0,639
Hipertensión arterial	58 (65,9%)	43 (55,8%)	101 (61,2%)	0,186
Dislipemia	37 (42,0%)	33 (42,9%)	70 (42,4%)	0,916
Tabaquismo activo	34 (28,6%)	31 (41,3%)	65 (39,9%)	0,726
Glicohemoglobina (%)	5,9 [5,4-6,1]	5,5 [5,3-5,8]	5,6 [5,4-6,0]	0,002
Triglicéridos (mg/dL)	156 [100-201]	109 [85-144]	117 [92-168]	0,002
Colesterol total al ingreso (mg/dL)	179 [149-209]	165 [141-193]	171 [146-202]	0,076
Colesterol LDL al ingreso (mg/dL)	106 [79-138]	101 [75-124]	104 [76-130]	0,209
Colesterol HDL al ingreso (mg/dL)	40 [34-46]	42 [35-50]	41 [35-48]	0,161
Tasa de filtrado glomerular (mL/min/1,73m <sup>2</sup> )	79 $\pm$ 22	84 $\pm$ 20	82 $\pm$ 20	0,127
SCAEST	51 (58,0%)	50 (65,8%)	101 (61,6%)	0,304
Enfermedad multivasa	13 (14,8%)	12 (15,6%)	25 (15,2%)	0,885
FEVI al alta (%)	55 [46-60]	54 [43-61]	55 [45-60]	0,553

**Tabla 1.** Comparación entre las características clínicas de los pacientes según IMC $\geq$ 27. Valores en número (porcentaje), media $\pm$ desviación estándar o mediana [RIC]. \*Tasa de filtrado glomerular medida con fórmula CKD-EPI.

Comunicación P-70 Tabla

**Introducción y objetivos:** Recientemente se ha demostrado el beneficio clínico de la semaglutida en la reducción de eventos cardiovasculares en prevención secundaria para pacientes no diabéticos (DM) con sobrepeso definido como índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  27 kg/m<sup>2</sup>. Estos resultados podrían conducir a la recomendación de este tratamiento en próximas guías clínicas. Nuestro objetivo es analizar qué porcentaje y características de los pacientes no DM que podrían ser candidatos a este tratamiento por criterio de IMC tras un ingreso por síndrome coronario agudo (SCA).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de un registro de pacientes consecutivos ingresados por SCA. Se recogieron variables clínicas, que incluían el diagnóstico de diabetes, el peso y la talla. De acuerdo con el criterio del estudio SELECT, se consideró sobrepeso y obesidad el índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  27 kg/m<sup>2</sup>.

**Resultados:** De 297 pacientes ingresados por SCA, 127 (42,8%) eran diabéticos. De los 170 (57,2%) no diabéticos, seleccionamos los 165 en los que se disponía del IMC. En este grupo, la media de IMC fue 28  $\pm$  5 kg/m<sup>2</sup> y 88 (53%) tenían IMC  $\geq$  27 kg/m<sup>2</sup>. Los pacientes no diabéticos con sobrepeso y obesidad presentaron niveles mayores de glicohemoglobina y triglicéridos, así como una tendencia no significativa a mayores cifras de colesterol total.

**Conclusiones:** En nuestro medio, más de la mitad de los pacientes no diabéticos ingresados por SCA tienen sobrepeso u obesidad, y de persistir tras un programa de rehabilitación cardiaca podrían beneficiarse en el futuro del tratamiento con semaglutida. Estos pacientes presentan más frecuentemente un perfil analítico propio del síndrome metabólico.

## P-71. CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES JÓVENES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Irene Rilo Miranda<sup>1</sup>, Coro Velasco Gametxogoikoetxea<sup>1</sup>, Juan Ramón Beramendi Calero<sup>1</sup>, Laura Quintas Ovejero<sup>2</sup>, Miren Telleria Arrieta<sup>1</sup>, Ainhoa Rengel Jiménez<sup>1</sup> y Ramón Querejeta Iraola<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Donostia, San Sebastián. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de Mendara, Mendara, Guipúzcoa.

**Introducción** Estudio observacional de nuestros pacientes menores de 45 años con infarto agudo de miocardio.

**Métodos:** Se incluyeron 187 casos de IAM en pacientes  $\leq$  45 años o tratados en nuestro hospital desde enero de 2016 hasta diciembre de 2021.

**Resultados:** Se trató de una muestra con un 94,1% de varones con una media de edad de 40,99 años. Los factores de riesgo más frecuentes en orden decreciente fueron: sexo masculino (94,1%), tabaquismo (69,52%), dislipemia (41,18%), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (21,4%), diagnóstico psiquiátrico previo (19,79%), sobrepeso (19,2%) e hipertensión arterial (18,7%). Del total, 13 casos se trataban de reinfartos, 5 de estos habían suspendido la antiagregación y 3 fueron por reestenosis de *stent*. El dolor opresivo centrotorácico junto con dolor irradiado fue la presentación clínica más frecuente (42,8%). El infarto tipo 1 fue el primero en frecuencia en el 85% de los casos, como también lo fue la presencia de elevación del ST (68,4%) y el patrón angiográfico de vaso único (74,9%). La FEVI al alta más frecuente fue la conservada (70,6%). El tratamiento en la gran mayoría de casos (86,6%) fue angioplastia primaria. El pronóstico a corto plazo fue bueno, con un 2,1% de mortalidad en el evento agudo. En cuanto al

cálculo del riesgo cardiovascular previo al evento, un 66,3% de casos se clasificaron como bajo riesgo y un 18,7% como riesgo moderado.

**Conclusiones:** Las escalas de riesgo actuales no son válidas para predecir eventos en este grupo de población.

### P-73. PROYECTO IMACORN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS (MINOCA)

Joaquín J. Alonso Martín, Paula Awamleh García, Alfonso Fraile Sanz, María Álvarez Bello, Bárbara Izquierdo Coronel, Rebeca Mata Caballero, María Jesús Espinosa Pascual, Silvia Humanes Ybáñez, Miguel de la Serna Real de Asúa y María Martín Muñoz

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid.

**Introducción y objetivos:** El objetivo fue analizar la clínica y pronóstico de los MINOCA comparados con infartos de mio-

cardio con enfermedad coronaria obstructiva (MICAD) del estudio IMACORN.

**Métodos:** El proyecto IMACORN estudia el MINOCA utilizando una cohorte prospectiva con todos los IAM consecutivos con coronariografía ingresados en nuestro centro desde 2016. El diagnóstico MINOCA fue revisado por expertos de acuerdo a las guías ESC 2020 y AHA.

**Resultados:** (Tabla 1). Se analizaron 915 pacientes con una mediana de seguimiento de 45 [21-65] meses. De los 108 MINOCA, el 58% presentaba coronarias lisas y el 39% irregularidades < 50%. Se realizó resonancia magnética cardiaca en el 52% y fue útil para el diagnóstico en el 46% de ellos. Destaca que los MINOCA eran más jóvenes, más frecuentemente mujeres, con menos tabaquismo, diabetes y enfermedad renal en comparación con MICAD. Los síntomas al ingreso no diferían, aunque los MINOCA tenían menos alteraciones en ECG, era más frecuente el SCASEST y el tamaño del infarto menor (troponina T hs pico 176 frente a 860 ng/l,  $p < 0,001$  y CK 179 frente a 435 U/l,  $p < 0,001$ ). Durante la hospitalización presentaban menos complicaciones: inotrópicos (0 frente a 8%,  $p = 0,003$ ), shock (0 frente a 6,4%,  $p = 0,007$ ) o DSVI (11,1 frente a 29,6%,

Tabla 1: características basales de los pacientes con MINOCA y MICAD			
	MINOCA (108)	MICAD (807)	P
Edad (años)	64.50 [52-73.75]	68 [57-77]	0.01
Sexo femenino (n (%))	46 (43)	178 (22.3)	<0.001
Fibrilación auricular (n (%))	13 (12)	66 (8.2)	0.18
Tabaquismo (n (%))	53 (53)	512 (72.2)	<0.001
Diabetes (n (%))	26 (24.1)	274 (34.1)	0.04
Dislipemia (n (%))	52 (48.6)	440 (55)	0.21
Hipertensión arterial (n (%))	71 (65.7)	482 (60.2)	0.26
Enfermedad renal crónica (n (%))	6 (5.6)	94 (11.7)	0.05
Patología psiquiátrica (n (%))	15 (13.9)	90 (11.3)	0.43
Enfermedad autoinmune (n (%))	11 (10.2)	55 (6.8)	0.21
Enfermedad del tejido conectivo (n (%))	5 (4.6)	10 (1.2)	0.01
Migraña (n (%))	12 (11.1)	23 (2.9)	<0.001
Estrés (n (%))	46 (55.5)	192 (34.1)	<0.001
Tratamiento previo con ácido acetilsalicílico (n (%))	18 (16.7)	231 (28.7)	0.008
Dolor torácico al ingreso (n(%))	92 (85.2)	708 (88.2)	0.16
ECG normal al ingreso (n(%))	35 (32.7)	94 (11.8)	<0.001
Diagnóstico de SCASEST (n(%))	81 (78.6)	428 (53.5)	<0.001
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida al ingreso (n (%))	12 (11.1)	237 (29.6)	<0.001
Frecuencia cardíaca (lpm)	79 [67-95]	79 [66-90]	0.55
Tensión arterial sistólica al ingreso (mmHg)	146 [124-168]	140 [121-160]	0.12
Troponina T hs (ng/L)	176 [37.25-430]	860 [187.50-2640.50]	<0.001
CK (U/L)	179 [86.75-342.75]	435 [159.50-1090]	<0.001
Creatinina al ingreso (mg/dL)	0,9 [0.7-1.1]	1 [0.8-1.1]	0.02
Proteína C reactiva (mg/L)	3 [1-8]	4 [2-12]	0.049
Requerimiento de inotrópicos durante el ingreso (n (%))	0 (0)	61 (8)	0.003
Edema agudo de pulmón durante el ingreso (n (%))	1 (0.9)	35 (4.4)	0.08
Shock cardiogénico durante el ingreso (n (%))	0 (0)	51 (6.4)	0.007
Tratamiento con AAS al alta (n (%))	71 (65.7)	751 (96.2)	<0.001
Tratamiento doble antiagregante al alta (n (%))	58 (53.7)	723 (92.7)	<0.001
Tratamiento con IECAs al alta (n (%))	48 (44.4)	484 (62.1)	0.001
Tratamiento con betabloqueantes al alta (n (%))	57 (52.8)	657 (84.3)	<0.001
Tratamiento con estatinas al alta (n (%))	86 (79.6)	755 (96.7)	<0.001
Muerte durante la hospitalización (n (%))	0 (0)	25 (3.1)	0.06
Muerte durante el seguimiento (n (%))	9 (10.7)	108 (15.5)	0.25

Las variables cualitativas se expresan mediante porcentajes y número de casos. Las variables cuantitativas se expresan mediante la mediana y rango intercuartílico.

$p < 0,001$ ). No encontramos diferencias significativas en eventos en el seguimiento MACE (25,3 frente a 34,7%,  $p = 0,086$ ) pero sí una tendencia a menor mortalidad (10,7 frente a 15,5%,  $p = 0,25$ ) y reingreso (19 frente a 28,7%,  $p = 0,06$ ).

**Conclusiones:** El perfil clínico del MINOCA es diferente al MI-CAD (menos FRCV, más jóvenes y mujeres), el tamaño del infarto y las complicaciones durante el ingreso menores. A largo plazo no hubo diferencias significativas, pero sí tendencia a menos reingresos.

**P-75. EL ENTRENAMIENTO INTERVÁLICO DE ALTA INTENSIDAD MEJORA EL GLS EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO Y ALTO RIESGO DE INSUFICIENCIA CARDIACA**

Eva García Camacho<sup>1</sup>, Manuel Gallango-Brejano<sup>2</sup>, Alejandro Gadella Fernández<sup>1</sup>, Laura Jiménez-Álvarez<sup>2</sup>, Alfonso Moreno Cabañas<sup>2</sup>, Félix Morales Palomo<sup>2</sup>, Ricardo Mora Rodríguez<sup>2</sup> y Juan Fernando Ortega<sup>2</sup>

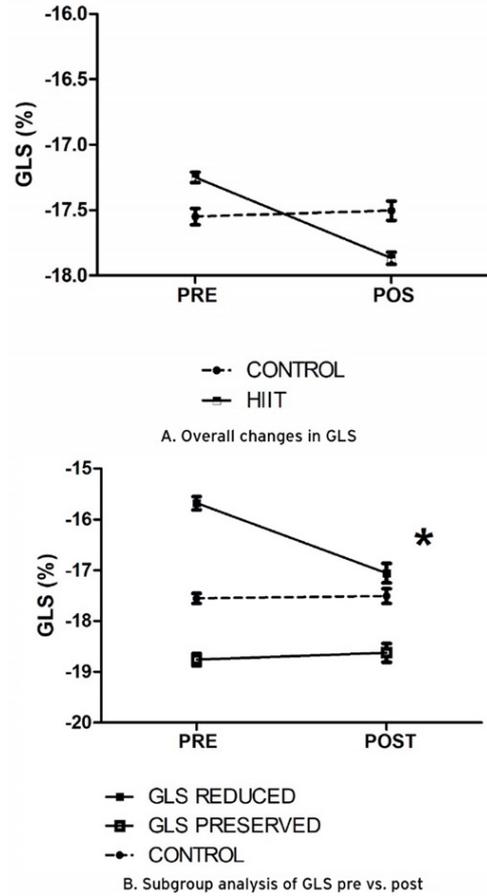
<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

<sup>2</sup>Laboratorio de Fisiología del Deporte, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo.

**Introducción y objetivos:** El síndrome metabólico (SM) se asocia a insuficiencia cardiaca con función sistólica preservada. En esta población se desconocen los efectos aislados del ejercicio en estos parámetros ecocardiográficos. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia del entrenamiento en intervalos de alta intensidad (HIIT) sobre la modificación en los parámetros de afectación subclínica de la función sistólica.

**Métodos:** Se aleatorizaron 81 voluntarios ( $62,2 \pm 4,3$  años) en dos grupos de intervención de 16 semanas, varones 88%. Un grupo HIIT, que entrenó bajo supervisión (50 minutos, 3 veces por semana), y un grupo control (CON) sin modificación en el estilo de vida. Se midieron antes y después de la intervención los parámetros de SM, el consumo máximo de oxígeno ( $VO_{2max}$ ) por ergoespirometría y parámetro de función sistólica por ecocardiograma. Las medias obtenidas se compararon usando análisis de varianza de modelo mixto (*split-plot ANOVA*, analizando la interacción grupo [HIIT frente a CON] x tiempo [Pre frente a Post]).

**Resultados:** El entrenamiento HIIT no modificó significativamente el GLS ( $p = 0,252$ ). Sin embargo, con el entrenamiento el  $VO_{2max}$  mejora significativamente ( $p < 0,001$ ). En el análisis



de subgrupos, se objetiva una mejoría significativa ( $p < 0,005$ ) en aquellos pacientes HIIT con SM y GLS deprimido.

**Conclusiones:** La disfunción miocárdica evaluada por GLS está presente en el SM incluso en ausencia de síntomas, disfunción diastólica o reducciones en la FEVI. El HIIT puede reducir el riesgo de desarrollo de insuficiencia cardiaca al mejorar los GLS en pacientes con SM y signos tempranos de disfunción miocárdica.