

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Cardioclínica 2025

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

Madrid, 24-26 de abril de 2025

O-01. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO PERIPROCEDIMIENTO DE LOS FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS SEGÚN EL GÉNERO? SUBANÁLISIS PREESPECIFICADO DEL REGISTRO REQXAA

María Anguita Gámez¹, David Vivas Balcones¹, Rafael González-Manzanares², María Asunción Esteve-Pastor³, Raquel Ferrandis⁴, Manuel Anguita², Jesús Igualada⁴, Marisol Echeverri⁴, Beatriz Nozal-Mateo⁵ y Francisco Martín Ortuño³

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

²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía,

Córdoba. ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario

Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ⁴Servicio de

Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Fe,

Valencia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

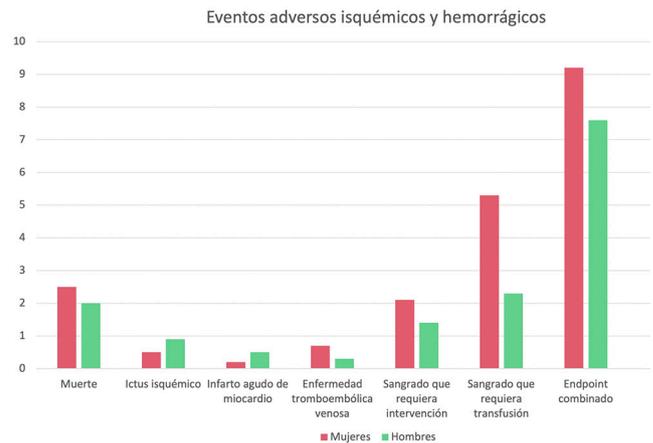
Introducción y objetivos: Existe una influencia del sexo en la fisiopatología cardiovascular relacionada con la trombosis, la función plaquetaria y la actividad de los factores de coagulación. Pese a que las mujeres presentan mayor riesgo trombótico, diversos estudios reportan una subutilización del tratamiento antitrombótico en «el mundo real» en esta población.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y multiespecialidad con seguimiento clínico de pacientes en tratamiento antitrombótico que precisen una intervención. El objetivo principal fue analizar las diferencias entre mujeres y varones en el manejo de los fármacos antitrombóticos periprocedimiento y en la incidencia de eventos adversos a los 30 días.

Resultados: De los 1.266 pacientes del registro, 433 eran mujeres (edad media 73,5 años). Las mujeres tenían mayor proporción de riesgo trombótico alto respecto a los varones (el 17,8 frente al 10,0%; $p < 0,001$), sin diferencias en el riesgo hemorrágico. El manejo periprocedimiento según las recomendaciones actuales fue idóneo en el 52,4% de las mujeres, inferior a los varones y a la población general. Las mujeres presentaron mayor incidencia de eventos adversos isquémicos y hemorrágicos (figura) siendo más frecuente en aquellas con un manejo inadecuado del tratamiento. Los varones con un manejo inadecuado del tratamiento antitrombótico presentaron una mayor incidencia del evento combinado primario (el 12 frente al 4,4%; $p < 0,001$).

Conclusiones: La implementación de protocolos de manejo antitrombótico periintervención es baja, incluso en poblaciones con mayor riesgo trombótico, como las mujeres. Las mujeres presentan mayor incidencia de eventos adversos. El

manejo inadecuado se asocia a un aumento de la incidencia de estos eventos adversos.



Comunicación O-01 Figura

O-02. PREVALENCIA E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DE LA MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO ASOCIADO A INFARTO DE MIOCARDIO

Ana Ledo Piñeiro, Julio Echarte Morales, André González García, David González Fernández, Andrés Antelo Abeijón, Saleta Fernández Barbeira, José Antonio Baz Alonso, Rodrigo Estévez Loureiro, Andrés Íñiguez Romo y Sergio Raposeiras Roubín

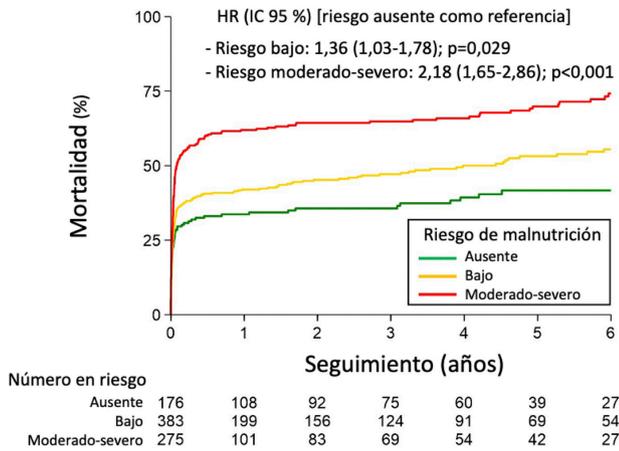
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra.

Introducción y objetivos: Se ha identificado una asociación entre la malnutrición y un pronóstico desfavorable en pacientes con enfermedades cardiovasculares; sin embargo, su impacto en el shock cardiogénico (SC) secundario a infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) no ha sido investigado. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y el impacto pronóstico de la malnutrición en pacientes con SC asociado a IAMCEST.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a 11.257 pacientes diagnosticados con IAMCEST en

Galicia entre junio de 2015 y mayo de 2024. De estos, 1.053 pacientes fueron diagnosticados con SC según los criterios del Shock Academic Research Consortium. Se excluyeron 219 pacientes por falta de datos para evaluar su estado nutricional. Los 834 pacientes restantes fueron clasificados según su riesgo de malnutrición utilizando la puntuación CONUT al ingreso en: ausente (0-1; n = 176; 21,1%), leve (2-4; n = 383; 45,9%) y moderado a grave (5-12; n = 75; 33%). Durante un seguimiento medio de 2,2 ± 2,7 años, 457 pacientes fallecieron (337 durante la hospitalización, 40,4%).

Resultados: La malnutrición se asoció con un aumento significativo del riesgo de mortalidad por todas las causas, especialmente en los pacientes con riesgo moderado a grave (HR 2,18 [IC 95%: 1,65-2,86]; p < 0,001), siendo más pronunciado en los primeros seis meses (figura). En el análisis multivariado, el riesgo moderado-grave de malnutrición se asoció con mayor mortalidad (HR ajustada 2,77 [IC 95%: 1,15-6,65]; p = 0,023). **Conclusiones:** En conclusión, la malnutrición es frecuente en pacientes con SC secundario a IAMCEST y se relaciona con un peor pronóstico.



Comunicación O-02 Figura

O-03. PACIENTE PENDIENTE DE REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA POR CATÉTER: ¿QUÉ PROBABILIDAD TIENE DE ACABAR EN LA SALA DE ARRITMIAS?

Irene Torres Chillerón¹, Guillermo Galeote Escalera¹, Gabriel Rivera Saltos¹, Tomás Cantón Rubio² y Marta Álvarez Sánchez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

²Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: El desarrollo de trastornos de conducción cardíaca (TCC) tras el reemplazo de válvula aórtica por catéter (TAVR) aumenta la incidencia de implantación de marcapasos (MCP). El objetivo de nuestro estudio es elaborar una calculadora de riesgo para estimar la probabilidad de implante de MCP en pacientes de forma anticipada al procedimiento de TAVR, por lo que nuestra calculadora incluirá únicamente predictores previos al implante.

Métodos: Estudio de cohortes ambispectivo, unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a TAVR en nuestro centro entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se recogerán datos clínico-demográficos y parámetros de imagen pre-TAVR. Se excluye a portadores de MCP. El análisis incluirá estadística descriptiva y modelos de regresión logística.

Resultados: Incluimos 130 pacientes, de los cuales precisaron de MCP pos-TAVR 24 pacientes (18,5%). La anchura del QRS y la relación entre el diámetro del tracto de salida del ventrículo izquierdo y el diámetro de la prótesis fueron identificadas como predictores independientes (p = 0,004 y p = 0,035, respectivamente). El score de riesgo (figura 1) presenta un área bajo la curva de 0,72 (IC 95%: 0,59-0,75) y tiene una sensibilidad del 68,4% y una especificidad del 73,6% (figura 2).

Conclusiones: Nuestra calculadora establece un modelo predictivo que estima el riesgo de implante de MCP tras TAVR. Esto proporciona una herramienta útil, accesible y rápida en el ámbito de la cardiología clínica para predecir una de las principales complicaciones de nuestros pacientes.

Mi paciente está pendiente de TAVI	
¿Cuánto mide el QRS de mi paciente en milisegundos?	100
¿Cuánto mide el tracto de salida de ventrículo izquierdo?	21
¿Cuánto mide el diámetro de la TAVI?	23
Relación TSVI/TAVI	0,913043
¿Qué probabilidad tiene de acabar en la sala de Arritmias?	14,72%
*Un porcentaje de 28,4% o más predice que sí necesitará MCP permanente con una sensibilidad del 68,4% y una especificidad del 73,6%	
*Un porcentaje de 28,3% o menos predice que no necesitará MCP permanente con una sensibilidad del 68,4% y una especificidad del 73,6%	

Figura 1. Calculadora que predice el riesgo de implantación de MCP tras TAVI. Creada a partir de un modelo de regresión logística, para calcular el riesgo únicamente necesitaremos la anchura del QRS basal, el diámetro de TSVI y el diámetro de la prótesis a implantar. En el código QR pueden acceder a nuestra calculadora.

Comunicación O-03 Figura 1

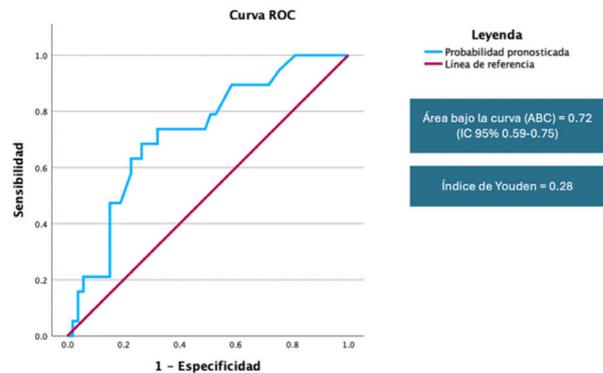


Figura 2. Curva ROC. Para elegir el punto de corte más específico, debemos buscar la mayor especificidad posible, lo que equivale a un menor valor de "1 - Especificidad". El umbral con mayor especificidad es 0.2840272, con una especificidad de 73.6% y una sensibilidad de 68.4%.

Comunicación O-03 Figura 2

O-04. EVOLUCIÓN DEL USO Y RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO DE LA INTERCONSULTA TELEMÁTICA DEL PROYECTO CARPRIMUR

Noelia Fernández Villa¹, Pedro José Flores Blanco², Juan Antonio Gómez Company³, Ramón Rubio Patón⁴, Roberto Castro Arias⁵, Esther Guerrero Pérez⁶, Alicia Mateo Martínez⁷, Francisco José Pastor Pérez¹, Alejandro Lova Navarro⁸ y Sergio Manzano Fernández¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, Murcia.

³Subdirección General de Proyectos e Innovación del Servicio Murciano de Salud, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Santa Lucía, Cartagena, Murcia. ⁵Sección de Cardiología, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia. ⁶Sección de Cardiología, Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz, Murcia. ⁷Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ⁸Sección de Cardiología, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia.

Introducción y objetivos: La interconsulta telemática (IT) del proyecto CarPriMur ha presentado un crecimiento exponencial y unos excelentes resultados durante el primer año desde su implantación. Sin embargo, se desconoce la evolución y resultados a largo plazo, aspecto de gran interés para gestionar la asistencia ambulatoria. El objetivo es describir la evolución del uso y los resultados de esta modalidad de consulta a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio observacional en el que se incluyeron las IT realizadas desde Atención Primaria a Cardiología en la Región de Murcia entre enero de 2018 y diciembre de 2024. Se describió la evolución de la tasa poblacional por cada 10.000 habitantes, los tiempos de respuesta y el porcentaje que precisó derivación presencial.

Resultados: Se analizaron un total de 99.363 IT. La tasa poblacional aumentó exponencialmente durante los primeros años hasta estabilizarse en 140/10.000 habitantes a partir del año 2022 (figura A). El tiempo de respuesta fue aproximadamente de 24 horas a partir de 2020 (figura B). El porcentaje de IT que requirió derivación presencial fue inferior durante la fase inicial, estabilizándose en torno al 40% a largo plazo (figura C).

Conclusiones: La IT del proyecto CarPriMur mostró un crecimiento inicial exponencial que se estabilizó a los 5 años. Tanto a corto como a medio-largo plazo, más de la mitad de las IT no requirieron derivación presencial y a partir del tercer año, los tiempos de respuesta fueron < 48 horas. Estos resultados deberían ser tenidos en cuenta para el diseño y planificación de este tipo de programas.

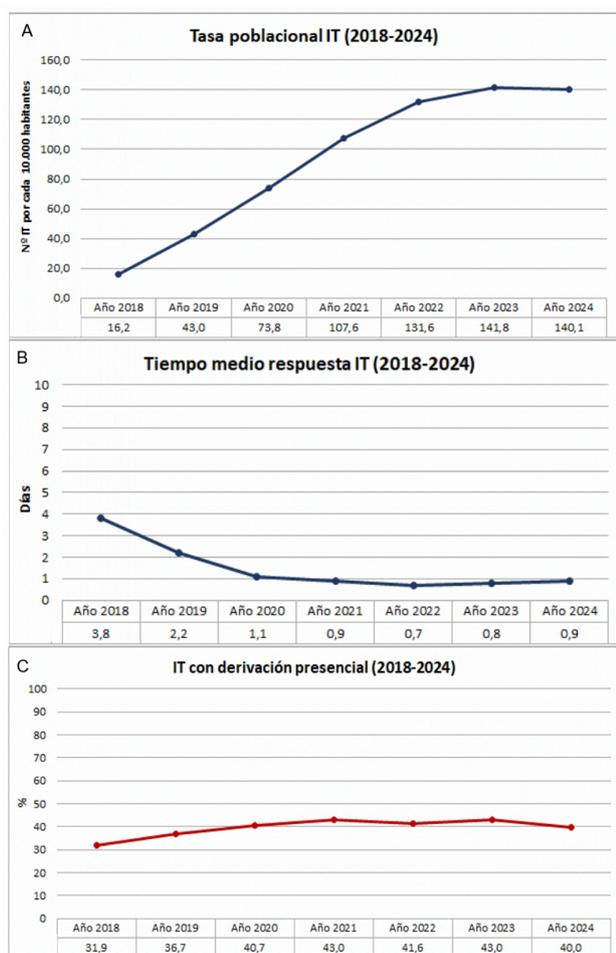


Figura 1. A) Evolución anual de la tasa poblacional de IT (2018-2024). B) Evolución de los tiempos de respuesta de las IT (2018-2024). C) Porcentaje de IT con derivación presencial (2018-2024).

Comunicación O-04 Figura

O-05. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA VULNERABILIDAD ECONÓMICA, SOCIAL Y CULTURAL EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Inés Ramos González-Cristóbal, Irene Marco Clement, Josebe Goirigolzarri Artaza, Juan Carlos Gómez Polo, Alejandra Restrepo Córdoba, Miguel Ángel Márquez Rivera, Gonzalo García Martí, Javier Higuera Nafría, David Vivas Balcones e Isidre Vilacosta

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El apoyo social y el contexto económico de los pacientes son factores determinantes en la evolución de patologías crónicas. El objetivo del presente estudio es valorar el impacto de los determinantes socioeconómicos en el pronóstico de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Se recogieron de forma prospectiva y consecutiva los pacientes ingresados por IC en el Servicio de Cardiología de un centro terciario entre 2021 y 2023. Se excluyeron los pacientes que no residían en la ciudad y se clasificaron en función del índice de vulnerabilidad (IV) registrado por distritos en el proyecto internacional Urban Audit. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y se realizó el seguimiento hasta 2024.

Resultados: Se recogieron 451 pacientes, 356 vivían en los distritos a estudio. Las características basales se describen en la tabla 1. El 41,9% (n = 149) de los pacientes tenían un IV económico por debajo de la media. Los pacientes con mayor IV económico tuvieron más reingresos por IC (n = 65, 31,4%) respecto a los pacientes con menor IV (33, 22,15%) (p = 0,05). Del mismo modo, también se observó una tendencia a mayor número de reingresos en los pacientes con mayor vulnerabilidad social y cultural (tabla 2). Por último, los pacientes con renta neta anual por debajo de la media de la ciudad tuvieron sensiblemente menor supervivencia libre de reingreso por IC o mortalidad cardiovascular (figura).

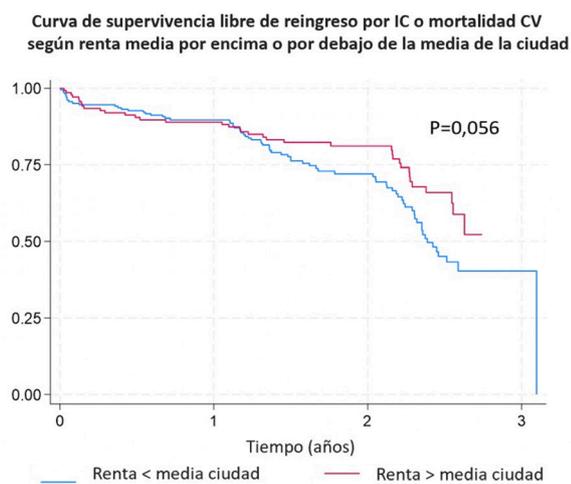
Conclusiones: La presencia de vulnerabilidad económica, social y cultural se relaciona con un impacto pronóstico negativo en la evolución de los pacientes con IC.

Características basales	
Edad	76,40 SD 11,9
Distritos	23
Varones	205 (56%)
HTA	270 (73,4%)
DM	131 (35,8%)
Dislipemia	212 (57,9%)
Obesidad	56 (15,3%)
Alcohol	36 (9,8%)
EPOC	44 (12%)
SAOS	22 (6%)
FA	159 (43,4%)
Cáncer	30 (18,6%)
ERC	70 (19,1%)
Renta neta media anual/hogar	43266 (IC)
Índice vulnerabilidad social	4,52 SD 0,49
Índice vulnerabilidad cultural	5,05 SD 1,42
Índice vulnerabilidad económico	4,72 SD 1,42

Comunicación O-05 Tabla 1

Características basales	IV económico bajo (n= 212)	IV económico alto (n=154)	p
Edad	75,6 (SD 12,1)	77,2 (SD 11,7)	0,001
Varones	88 (42,9%)	117 (57,1%)	0,710
NYHA III-IV	7 (35%)	13 (65%)	0,483
Reingresos	33 (22,15%)	65 (31,4%)	0,054
Días ingreso	8 (IC 6,9- 9,1)	7 (IC 5,7-8,3)	0,916
Exitus	44 (46,8%)	50 (53,2%)	0,293
Características basales	IV social bajo (n=156)	IV social alto (n=210)	p
Edad	75,5 (SD 12,2)	77,1 (SD 11,7)	0,213
Varones	90 (57,7%)	115 (54,7%)	0,576
NYHA III-IV	7 (4,76%)	13 (6,70%)	0,450
Reingresos	34 (22,5%)	64 (31,2%)	0,069
Días ingreso	8 (IC 6,9-9,1)	7 (IC 5,9-8,1)	0,849
Exitus	44 (28,2%)	50 (23,9%)	0,293
Características basales	IV cultural bajo (n=158)	IV cultural alto (n=208)	p
Edad	75,3 (SD 12,1)	77,2 (SD 11,7)	0,129
Varones	90 (57,7%)	115 (54,7%)	0,576
NYHA III-IV	7 (4,76%)	13 (6,70%)	0,450
Reingresos	34 (22,5%)	64 (31,2%)	0,069
Días ingreso	7 (IC 5,6-8,4)	8 (IC 6,9-9,1)	0,903
Exitus	46 (29,1%)	48 (23,1%)	0,200

Comunicación O-05 Tabla 2



Comunicación O-05 Figura

P-001. SEMAGLUTIDA. ¿TIENE SU ESPACIO EN REHABILITACIÓN CÁRDICA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

Álvaro Velasco de Andrés, Celia Denche Sanz, Pablo Rodríguez Alonso, Ignacio Pascual Ramos, Sofía Capdeville, Rocío Tello de Meneses y Jorge Solís

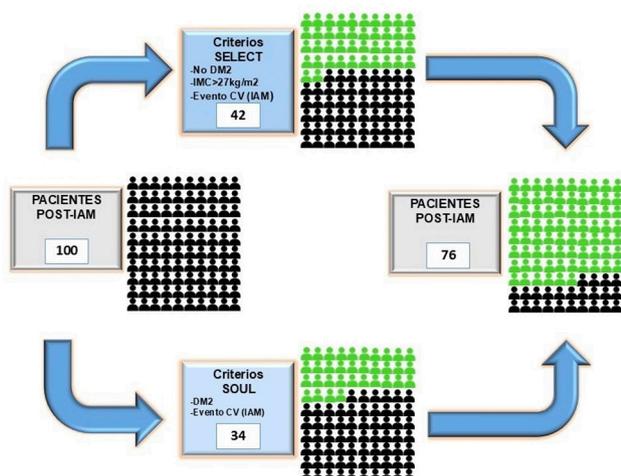
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha demostrado que la semaglutida tiene un importante beneficio cardiovascular. En este sentido, el estudio SELECT, que incluyó 17.604 pacientes no diabéticos, con IMC > 27 kg/m² (índice de masa corporal) y enfermedad aterosclerótica establecida, demostró una reducción del 18,2% del *endpoint* primario (muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio [IAM] e ictus no fatal). En la misma línea, el recientemente publicado ensayo SOUL incluyó 9.650 pacientes que presentaban diabetes tipo 2 sumado a enfermedad aterosclerótica establecida o enfermedad renal crónica. El objetivo primario fue análogo y se redujo un 14%. Nuestro objetivo fue determinar cuántos pacientes se beneficiarían de semaglutida satisfaciendo estos criterios, y describir las características de esta población.

Métodos: El estudio fue observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos incluidos en programa de rehabilitación cardíaca tras IAM.

Resultados: La muestra incluyó 100 pacientes con una edad media de 62 (± 8,2) años. Cuarenta y dos pacientes cumplían los criterios SELECT y 34, los criterios SOUL. Sumando ambos, se creó un nuevo grupo, formado por 76 pacientes (figura). Al compararlos con los 24 que no cumplían criterios SELECT ni SOUL los primeros presentaron mayor insulinoresistencia, dislipemia aterogénica e IMC.

Conclusiones: La semaglutida tiene gran potencial en la rehabilitación cardíaca post-IAM. Serán necesarios, por lo tanto, mayores estudios en vida real y protocolos concretos de cara a la implantación.



Comunicación P-001 Figura

Distribución de los pacientes tras IAM que presentan criterios de prescripción de semaglutida. CV: cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; IAM: infarto agudo de miocardio; IMC: índice de masa corporal.

P-002. EL SCORE INTERTAK NO PREDICE BIEN LA PROBABILIDAD DE TAKO-TSUBO EN LOS VARONES

Irene Rilo Miranda¹, Juan Ramón Beramendi Calero¹, Irene Cortines Tejado¹, Laura Quintas Ovejero², Ainhoa Rengel Jiménez¹, Ainhoa Benegas Arostegui¹, Miren Tellería Arrieta¹ y Ramón Querejeta Iraola¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Mendara, Mendara, Guipúzcoa.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de la miocardiopatía del estrés comienza con la evaluación de la probabilidad pre-test. El grupo del registro internacional InterTAK desarrolló un score con 5 variables que pueden ser recogidas en la historia clínica y 2 variables del electrocardiograma. El InterTAK Diagnostic Score estima la probabilidad de presencia de síndrome de tako-tsubo y permite distinguir entre el mismo y un SCA con una alta sensibilidad y especificidad. El objetivo es valorar el valor predictivo positivo del score InterTAK para la discriminación del síndrome tako-tsubo frente a síndrome coronario agudo de acuerdo con el género.

Métodos: Analizamos los datos de la población por el síndrome de tako-tsubo entre 2016 y 2021 en nuestro hospital. Calculamos la posibilidad *a priori* de padecer tako-tsubo en pacientes posteriormente ingresados por este motivo, de acuerdo con el score InterTAK, analizando el valor predictivo positivo de este cálculo en nuestros pacientes, discriminando por género.

Resultados: En la población de nuestra muestra de pacientes hay un total de 90 personas, de las cuales 79 son mujeres (87,8%) y 11 varones (12,2%). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el score InterTAK; la media de puntuación en mujeres fue de $56,3 \pm 12,73$, mientras que en los varones fue de $28,63 \pm 11,17$. Por lo tanto, la probabilidad media de tener STK en mujeres, según este score, es de 43,51% y en varones del 3,26%.

Conclusiones: Podemos afirmar que el score InterTAK tiene un valor predictivo positivo muy bajo en el caso de los varones en nuestra muestra.

P-003. CARACTERÍSTICAS DE NUESTRAS PACIENTES CON SÍNDROME TAKO-TSUBO. UNA ENFERMEDAD MAYORITARIAMENTE DE MUJERES

Irene Rilo Miranda¹, Irene Cortines Tejado¹, Juan Ramón Beramendi Calero¹, Laura Quintas Ovejero², Ainhoa Rengel Jiménez¹, Ainhoa Benegas Arostegui¹, Miren Tellería Arrieta¹, José Juan Onaindia Gandarias³ y Ramón Querejeta Iraola¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Mendara, Mendara, Guipúzcoa. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Galdakao Usansolo, Galdakao, Vizcaya.

Introducción y objetivos: El síndrome de tako-tsubo es una entidad de etiología y epidemiología inciertas, que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas. El objetivo fue conocer las características epidemiológicas de las pacientes con síndrome de tako-tsubo que ingresaron en nuestro hospital entre los años 2015 y 2021.

Métodos: Estudio descriptivo de la población ingresada por síndrome de tako-tsubo en nuestro hospital entre 2016 y 2021.

Resultados: Se analizan 90 pacientes (79 mujeres [87,8%] y 11 varones [12,2%]). La edad media es de 70,75 años \pm 11,38 años, el mínimo de edad es de 32 años y el máximo de 82 años, con un rango de 57 años. El 96,6% de la población son mayores de 50 años. En cuanto al análisis disgregado por sexo, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en los niveles de CK-Mb (mayores en mujeres, 11,12 ng/ml de media frente a 3,77 ng/ml en varones), parámetros leucocitarios (87,5% de leucocitosis en mujeres, 12,5% en varones), presencia de patología neurológica (7,5% en mujeres y 27% en varones) y psiquiátrica (36% en mujeres y 18% en varones), y en el score InterTAK calculado *a priori* (56,3 de media en mujeres y 28,63 en varones).

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes con síndrome de tako-tsubo son mujeres. La presencia de patología neurológica previa es significativamente más frecuente en varones. La presencia de patología psiquiátrica previa es significativamente más frecuente en mujeres. El score InterTAK calculado *a priori* es significativamente más alto en mujeres respecto a los varones con este diagnóstico.

P-004. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NUESTRA POBLACIÓN DE PACIENTES CON TAKO-TSUBO

Irene Rilo Miranda¹, Irene Cortines Tejado¹, Juan Ramón Beramendi Calero¹, Laura Quintas Ovejero², Ainhoa Rengel Jiménez¹, Ainhoa Benegas Arostegui¹, Miren Tellería Arrieta¹, José Juan Onaindia Gandarias³ y Ramón Querejeta Iraola¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Mendara, Mendara, Guipúzcoa. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Galdakao Usansolo, Galdakao Usansolo, Vizcaya.

Introducción y objetivos: La prevalencia actualmente se estima entre el 1 y el 2% de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. El objetivo fue conocer las características clínicas de nuestros pacientes con síndrome de tako-tsubo.

Métodos: Análisis retrospectivo de nuestros pacientes con tako-tsubo entre 2016 y 2021.

Resultados: Se analizaron 90 personas, de las cuales 79 eran mujeres (87,8%) y 11 varones (12,2%). Un 53,3% de los pacientes tenían HTA, el 31,3% tenían dislipemia y el 16,7% diabetes mellitus (DM). El 17,8% eran fumadores, el 14,4% exfumadores. El 4,4% de los pacientes presentaban otros hábitos tóxicos. El

principal motivo de consulta fue el dolor torácico (80%), el 23,3% tenían disnea, el 42,4% presentaban cortejo vegetativo y el 8,9% síncope: 3,3% de los pacientes debutaron con shock cardiogénico. El desencadenante fue estrés psicológico en el 38,9% de los casos frente al 17,8% en los que se identificó un desencadenante físico. En un 84% de los pacientes NTproBNP fue superior a 1.000 pg/ml. El 12,64% presentaron troponina T > 1.000 ng/l, el 27,5% < 150 ng/l, el 59,86% restante oscilaban entre 150 y 1.000 ng/l. Dos pacientes presentaron TnT < 14 ng/l. Qtc > 450 ms, se observó en 62 pacientes (el 68,8% de los casos). La media del QTc fue de 468 ± 44,12. La media de ingreso fue 6,76 ± 2,9 días. No hubo fallecidos en nuestra serie.

Conclusiones: Es una enfermedad predominantemente femenina. El principal síntoma es el dolor torácico. La presentación como shock cardiogénico es infrecuente (el 3,3% de los pacientes). El estrés psicológico es desencadenante en > 1/3 de los pacientes.

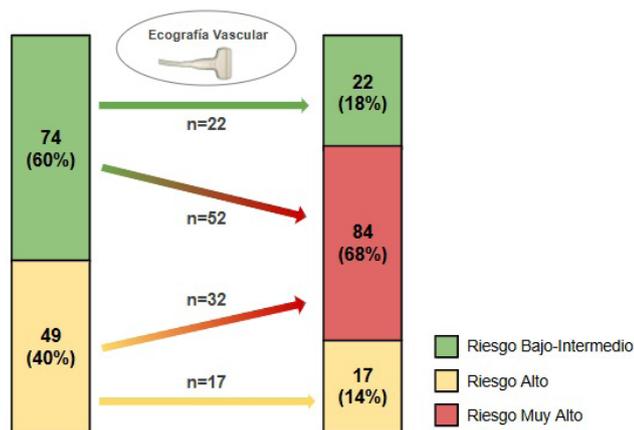
P-005. ECOGRAFÍA VASCULAR COMO RECLASIFICADOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: BUSCANDO LA PRECISIÓN MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS

Álvaro Velasco de Andrés¹, Sofía Capdeville¹, Rocío Tello¹, Javier Sanz², Leticia Fernández-Friera² y Jorge Solís³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Atria Clinic, HM CIEC Madrid, HM Montepíncipe, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Atria Clinic, Madrid.

Introducción y objetivos: Las guías europeas incluyen la detección de aterosclerosis mediante ecografía vascular (VUS, vascular ultrasound) como modificador del riesgo cardiovascular, aunque sin proporcionar recomendaciones específicas. El último consenso multidisciplinar español ha propuesto emplear la VUS para detectar aterosclerosis subclínica, clasificando como riesgo cardiovascular muy alto a aquellos con «estenosis vascular > 50%, presencia de 3-4 placas o enfermedad multiterritorio». El objetivo fue valorar el impacto de la VUS basado en el nuevo consenso multisociedad.

Métodos: Se incluyeron 123 pacientes asintomáticos evaluados con VUS en territorio carotídeo y femoral de forma bilateral en prevención primaria. Se obtuvieron datos clínicos a partir de la historia clínica electrónica, escalas de riesgo SCORE-2/SCORE-2OP y datos de la VUS (presencia, número y localización de placas).



Comunicación P-005 Figura

Resultados: La media de riesgo fue 4,5 ± 2,3%, siendo 74 (60,1%) pacientes de riesgo bajo-intermedio y 49 (39,8%) de riesgo alto.

La VUS mostró placas en 101 (82,1%) participantes: 85 (69,1%) con placas carotídeas y 81 (65%) femorales. Tras la VUS y los criterios del consenso, 84 (68,3%) pacientes fueron reclasificados a riesgo muy alto. Por lo tanto, la población de estudio quedó dividida en 3 grupos: 22 (18%) pacientes de riesgo intermedio/bajo, 17 (14%) de riesgo alto y 84 (68%) de riesgo muy alto (figura y tabla).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la aplicación de la VUS reclasifica a la categoría de muy alto riesgo a una gran cantidad de pacientes que inicialmente fueron considerados de riesgo intermedio-bajo, lo que impacta considerablemente en la estrategia terapéutica.

	TOTAL	RIESGO BAJO-INTERMEDIO SCORE2/ SCORE2-OP	RIESGO ALTO SCORE2/ SCORE2-OP	RIESGO MUY ALTO <small>Ecografía vascular con 3-4 placas o >1 territorio afectado</small>	Valor de p
Número de pacientes, n	123 (100%)	22 (17,8%)	17 (13,8%)	84 (68,3%)	
Características basales					
Hombres, n	70 (56,91%)	9 (40,9%)	10 (58,8%)	51 (60,7%)	0,24
Edad, años	60,3±10,2	51,7±8,7	54±11,2	63,6±8,7	<0,01*
Fumadores, n	8 (6,5%)	0 (0%)	1 (5,9%)	7 (8,3%)	<0,01*
Ex-fumadores, n	19 (15,4%)	1 (4,5%)	3 (17,6%)	15 (17,8%)	<0,01*
HTA, n	57 (46,3%)	4 (18,2%)	3 (17,6%)	50 (59,5%)	<0,01*
Dislipemia, n	67 (54,5%)	11 (50%)	1 (5,9%)	55 (65,5%)	<0,01*
Riesgo según escala SCORE2/SCORE2-OP					
Riesgo cardiovascular	4,5 ± 2,25	2,85 ± 1,1	3,2 ± 1,5	5,15 ± 2,5	<0,01*
Ecografía vascular					
Pacientes con placas, n	101 (82,1%)	0 (0%)	17 (100%)	84 (68,3%)	<0,01*
Placas de ateroma totales por paciente, n	3 [1-4]	0 [0-0]	2 [1-2]	4 [3-4]	<0,01*

Comunicación P-005 Tabla

P-006. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE HEPARINA NO FRACCIONADA COMO ANTICOAGULANTE EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

María Fumanal Gracia, Elena Alarcía Salas, Pablo Revilla Martí, José Antonio Linares Vicente, Julia Pilar Asensio Alonso, Cristina Álvarez Marco, Luis René Puglla Sánchez, Javier Mario Valcuerdo Rosique, David Méndez Portuburu y José Ramón Ruiz Arroyo

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La heparina no fraccionada (HNF) es el tratamiento anticoagulante estándar en el intervencionismo coronario percutáneo primario (ICP) para el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST). Sin embargo, no existen datos sólidos sobre su administración precoz en el momento del diagnóstico. Este estudio evalúa la eficacia y seguridad de la administración precoz de HNF frente a su uso durante el procedimiento.

Métodos: Registro observacional retrospectivo (septiembre 2021-septiembre 2022) con pacientes con IAMCEST tratados con ICP primario, clasificados según el momento de la administración de la HNF. Se analizaron variables clínicas, características del infarto y del procedimiento. La eficacia se definió como flujo TIMI ≥ 1 en la inyección inicial y TIMI 3 al

final del procedimiento. Se registraron mortalidad y sangrados según *Bleeding Academic Research Consortium* (BARC).

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes (edad media 64,27 ± 13,64 años, 22,2% mujeres), 42 (20,3%) recibieron HNF al diagnóstico (114,40 ± 61,89 minutos antes del procedimiento). No hubo diferencias en características basales ni riesgo hemorrágico. Se observó una tendencia no significativa a mayor flujo TIMI ≥ 1 inicial (el 42,9 frente al 31,1%; $p = 0,19$) y TIMI 3 final (el 97,6 frente al 88,8%; $p = 0,13$) en el grupo de administración precoz. No hubo sangrados BARC ≥ 3, pero sí más BARC 1-2 (el 19 frente al 3,2%; $p < 0,01$). La mortalidad intrahospitalaria no mostró diferencias (0 frente a 4,5%; $p = 0,349$). **Conclusiones:** La administración precoz de HNF muestra una tendencia no significativa a mejor flujo TIMI inicial y final sin aumentar sangrados mayores ni mortalidad.

P-007. TRATAMIENTO CON TRASTUZUMAB Y CARDIOTOXICIDAD: ¿QUÉ CAMBIOS SE OBSERVAN EN LA ECOCARDIOGRAFÍA?

Lucía Villafáfila Martínez, Eva García Camacho, Joan Ramon Enseñat, Patricia del Valle Tabernero, Natalia Navarro Pelegrini, José Manuel Martínez Palomares y Ainhoa Aguinaga Mendibil

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: Los anti-HER2 se emplean, entre otros, en el tratamiento del cáncer de mama cuando expresan estos marcadores. Entre sus efectos adversos se encuentra la cardiotoxicidad, que, a diferencia de la producida por las antraciclinas, es reversible con la suspensión del tratamiento. El objetivo de este estudio es conocer la variación de parámetros ecocardiográficos y el desarrollo de insuficiencia cardiaca en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con trastuzumab.

Métodos: Se empleó una muestra de 77 pacientes con cáncer de mama y tratamiento con trastuzumab y valores de sus ecocardiografías basal y cada 3 meses hasta el año de tratamiento. **Resultados:** Ninguna de las pacientes desarrolló insuficiencia cardiaca. Entre la ecografía basal y a los 12 meses, el diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo varió 3,5 puntos ($p = 0,08$). En cuanto a las variaciones en el tamaño del ventrículo derecho y la FEVI no se observaron diferencias durante el seguimiento. Tampoco se objetivaron cambios estadísticamente significativos en el SLG de ventrículo izquierdo, aunque tiende a disminuir durante el seguimiento.

Conclusiones: Durante el primer año de tratamiento con trastuzumab se observa un aumento del tamaño del ventrículo izquierdo, sin cambios significativos en su función. El SLG tiende a disminuir. Necesitaríamos una muestra de mayor tamaño.

P-008. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y TRATAMIENTO CON TRASTUZUMAB

Lucía Villafáfila Martínez, Eva García Camacho, Joan Ramon Enseñat, Patricia del Valle Tabernero, José Manuel Martínez Palomares, Ainhoa Aguinaga Mendibil y Natalia Navarro Pelegrini

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivo: Los pacientes en tratamiento oncológico, según qué tratamiento reciban, tienen un incremento del riesgo de padecer, entre otras complicaciones cardiológicas, enfermedad coronaria. Por ello es importante que, además de tratar su enfermedad de base, intentemos controlar los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio

es conocer el control de los factores de riesgo cardiovascular en una población de pacientes con cáncer de mama en tratamiento con anti-HER2.

Métodos: Seleccionamos 77 pacientes mujeres con cáncer de mama en tratamiento con trastuzumab entre enero y septiembre de 2024 en nuestro centro.

Resultados: La media de edad de las pacientes fue de 56,41 años. Según sus antecedentes, el 17,1% eran hipertensas, el 10,2% padecían dislipemia y el 11,3% tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Un 30,3% de las pacientes son o han sido fumadoras. El IMC medio es de 26,27 kg/m². En cuanto al tratamiento, solo el 14,3% reciben tratamiento con IECA, ARAII o ARNI y el 4,3% con betabloqueantes. El 9,8% están en tratamiento con hipolipemiantes. El 9,8% reciben tratamiento con antidiabéticos orales, ninguna de ellas con iSGLT2.

Conclusiones: En nuestra muestra se refleja cómo las pacientes están infratratadas para hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus. Además, llama la atención la ausencia de uso de iSGLT2 pese a los datos que sugieren cardioprotección en pacientes en tratamiento oncológico.

P-009. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS

Lucía Villafáfila Martínez, Álvaro Serrano Blanco, Joan Ramon Enseñat, Patricia del Valle Tabernero, Ainhoa Aguinaga Mendibil, Natalia Navarro Pelegrini, José Manuel Martínez Palomares y Joaquín Sánchez-Prieto Castillo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos lo están debido a que su condición es grave o tiene el potencial de volverse grave, lo que requiere una monitorización estrecha. Las tasas de mortalidad en estas unidades son más altas que en las habitaciones hospitalarias estándar. El objetivo de este estudio es identificar los predictores de mortalidad en los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Cardiacos.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados en nuestra unidad entre enero y agosto de 2024.

Resultados: En nuestra muestra, la mayor mortalidad se asoció con el sexo femenino (OR 2,39; $p = 0,025$), la edad (OR 1,05; $p = 0,002$), el shock cardiogénico (OR 9,1; $p < 0,001$), peor función renal (OR 1,659; $p = 0,009$), niveles más altos de lactato al ingreso (OR 1,02; $p = 0,34$) y la necesidad de reingreso (OR 8,95; $p < 0,001$). La historia previa de diabetes mellitus tipo 2 y de insuficiencia cardiaca, aunque tendía a una mayor mortalidad, no mostró resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: En nuestra muestra, el sexo femenino y la edad fueron factores base asociados con un mal pronóstico. Al ingreso, el shock, los niveles elevados de lactato y la insuficiencia renal se asociaron con la mortalidad; sin embargo, esto es indicativo de mayor gravedad y el resultado era esperado. Se necesitan más estudios para identificar otros factores relacionados con la mortalidad.

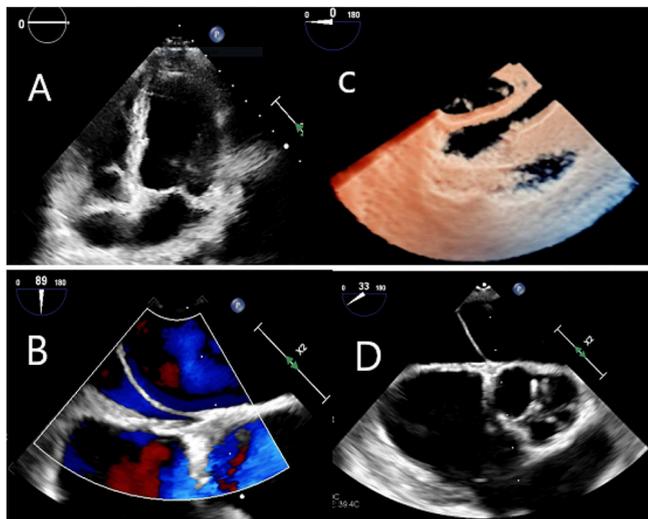
P-010. COR TRIARIATUM DEXTER: HALLAZGO EXCEPCIONAL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Daniel Gaitán Román y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: El *cor triatriatum* es una rara cardiopatía congénita con un curso clínico variable. Nuestro objetivo es revisar la evidencia científica sobre su diagnóstico, clínica y manejo a raíz de un caso incidental en nuestro centro.

Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 46 años donante renal que acude para ecocardiografía pretrasplante, diagnosticándose por ecocardiografía transtorácica y posteriormente transesofágica *cor triatriatum dexter* (CTD), con manejo conservador por estar asintomática. Realizamos una revisión bibliográfica empleando los términos: «*cor triatriatum*», «*cor triatriatum dexter*» y «*cor triatriatum diagnosis*». Analizamos los casos descritos desde 1968 hasta hoy, centrándonos en 130 pacientes.



Comunicación P-010 Figura

Resultados: La edad media de presentación fue de 26 años, con una prevalencia del 0,1%. De los casos reportados, un 16% se asociaron a anomalías congénitas derechas como hipoplasia del ventrículo derecho, estenosis pulmonar o anomalía de Eibstein. Algunos síntomas referidos fueron palpitaciones (22%), disnea (7%), insuficiencia cardiaca derecha (3%) o hemoptisis (1,3%), cursando en la mayoría de los casos de forma asintomática. La ecocardiografía constituye la principal arma diagnóstica, siendo también útiles la RM y TC. En los pacientes asintomáticos se optó por manejo conservador (92%), siendo la corrección quirúrgica del defecto y en ocasiones su rotura percutánea el tratamiento de elección en pacientes, con excelente evolución clínica.

Conclusiones: El *cor triatriatum dexter* es una cardiopatía congénita excepcional con presentación variable en la que un abordaje diagnóstico multimodal resulta necesario. Su tratamiento debe individualizarse, pasando desde manejo conservador hasta corrección quirúrgica o percutánea, frecuentemente con buen pronóstico.

P-012. FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO: CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN REAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Candy Ceballos Gómez, Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Joaquín Cano Nieto y Cristóbal Urbano Carrillo

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

Introducción y objetivos: El foramen oval permeable (FOP) es la causa más frecuente de ictus criptogénico en jóvenes. El

Doppler transcraneal (DTC) es la técnica de cribado y el ETE aporta información anatómica del FOP. Aunque muchos pacientes precisarán cierre percutáneo, es fundamental individualizar. Pretendemos describir las características de una población ingresada en nuestro centro con ictus criptogénico y FOP, y analizar nuestra experiencia inicial de manejo.

Métodos: Se recogen datos de 65 pacientes jóvenes intervenidos de cierre de FOP tras ictus criptogénico en nuestro centro entre 2018 y 2024.

Resultados: El 52,3% eran varones, con una edad de 46 ± 11 años. El 41,3% fumaban y el 7,9% consumían alcohol. El 15,9% eran hipertensos, el 4,8% diabéticos y el 22,2% dislipémicos. El 3,2% padecían trombofilia, 20,6% migraña, 19% ACV recurrente y ninguno FA. El 11,5% de las mujeres tomaban anticonceptivos. A todos se les realizó DTC, resultando positivo en todos (patrón ducha 45% y cortina 25%), y ETE, detectándose aneurisma del septo interauricular en el 68,3%, válvula de Eustaquio en el 34,9%, red de Chiari en el 2%, túnel largo en el 42%, paso espontáneo de burbujas en el 18% y tras Valsalva en el 63%. La escala RoPE promedio fue $6,5 \pm 1,8$. El dispositivo de cierre más empleado fue Figulla (91%) y la antiagregación, AAS + clopidogrel (84%). No hubo complicaciones intraprocedimiento, ni recidivas de ACV en el seguimiento.

Conclusiones: El manejo de FOP requiere un abordaje multidisciplinar, debiendo sospecharse en jóvenes con ictus criptogénico. El cierre percutáneo es un procedimiento seguro y eficaz, cuya indicación debe individualizarse.

P-013. MANEJO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES JÓVENES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO: EXPERIENCIA COMBINADA INICIAL ENTRE CARDIOLOGÍA Y NEUROLOGÍA EN NUESTRO CENTRO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Joaquín Cano Nieto y Cristóbal Antonio Urbano Carrillo

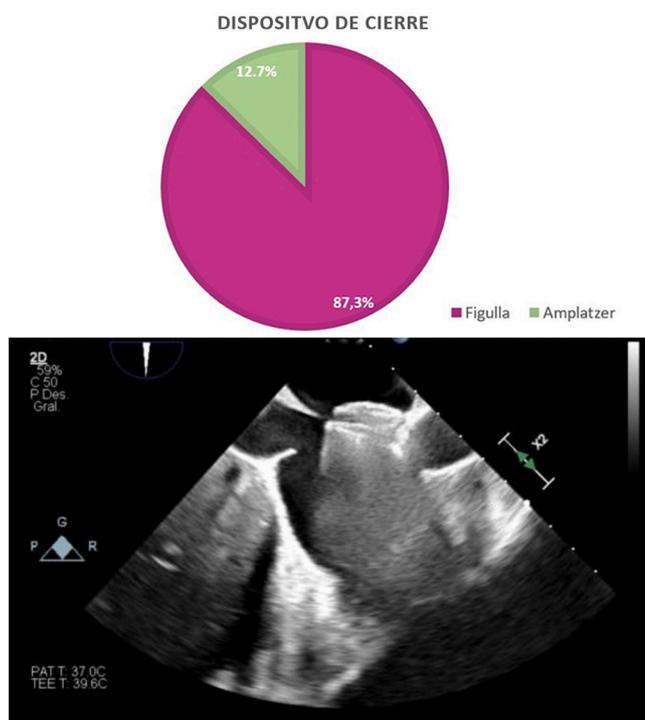
Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: El foramen oval permeable (FOP) es la causa más frecuente de ictus en menores de 55 años y su diagnóstico constituye un desafío. Nuestro objetivo es analizar la eficacia de nuestro algoritmo diagnóstico-terapéutico y describir nuestra experiencia.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 64 pacientes con ictus criptogénico, FOP y cierre del mismo desde 2019 hasta noviembre de 2024, recopilando datos clínicos y técnicos.

Resultados: El 52,7% eran varones, con edad media de 48 años, 14% hipertensos y un 0% de FA. Neurología realizó RMN cerebral, angio-TC de TSA y DTC a todos los pacientes, con el DTC como cribado. En los que obtenían un resultado positivo en DTC (50%) con un score RoPE alto se les realizaba ETT y ETE para despistaje, describiéndose datos de alto riesgo (aneurisma del septo interauricular 62%, válvula de Eustaquio prominente 39% y paso de burbujas 81%). Los pacientes con DTC y ETT negativo y baja sospecha no precisaron más estudios. En los pacientes jóvenes con ictus, FOP, RoPE elevado y características de alto riesgo se efectuó cierre con dispositivo Figulla en un 87,3% seguido de AAS y clopidogrel en el 88%. La tasa de complicaciones fue del 0%.

Conclusiones: El manejo del FOP en pacientes con ictus debe abordarse de forma multidisciplinar, siendo el trabajo conjunto entre neurología y cardiología fundamental. El DTC constituye la mejor técnica de cribado, debiendo completarse con ETT y ETE. El cierre percutáneo es la técnica de elección en pacientes adecuadamente seleccionados.



Comunicación P-013 Figura

P-014. DESPISTAJE DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES JÓVENES NO DIABÉTICOS TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

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

Introducción y objetivos: La resistencia a la insulina (RI) puede ser evaluada mediante el índice triglicéridos (TG)-glucosa (TyG), un parámetro relacionado con riesgo cardiovascular. Se calcula mediante el logaritmo neperiano de (glucosa × TG)/2. Pretendemos detectar la RI mediante este índice en pacientes jóvenes tras un síndrome coronario agudo (SCA) y determinar su asociación con la obesidad.

Métodos: Recogimos datos de 52 pacientes incluidos en rehabilitación cardíaca tras SCA entre octubre de 2023 y abril de 2024, excluyendo diabéticos conocidos. Para correlacionar el valor del índice TyG con obesidad, realizamos el test de correlación de Pearson ($p < 0,05$).

Resultados: El 73,1% eran varones, con una edad de 58 ± 7 años. El 65,4% eran fumadores, el 57,7% hipertensos y el 50% dislipémicos. El IMC fue $26,5 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$ (el 19,2% obesidad y el 50% sobrepeso). El perímetro abdominal fue $97,7 \pm 10,4 \text{ cm}$ en varones y $90,2 \pm 11,5 \text{ cm}$ en mujeres, con índice cintura-estatura de $0,56 \pm 0,6$. Respecto al perfil lipídico (mg/dl), presentaban CT $135,6 \pm 42$, HDL $46 \pm 12,5$, LDL 70 ± 34 , TG $109 \pm 44,7$, Lp(A) 77 ± 128 , apoB $74,5 \pm 26,8$ y cociente LDL/apoB $0,9 \pm 0,2$ (partículas pequeñas y densas). La glucosa en ayunas fue $88 \pm 13 \text{ mg/dl}$ y la HbA1c $5,8 \pm 0,6\%$. El índice TyG fue de $4,5 \pm 0,3$, resultando $> 4,5$ en el 59,6% (RI). Al correlacionarlo con la obesidad obtuvimos una relación lineal positiva moderada, tanto con IMC ($R = 0,35$) como con el perímetro abdominal ($R = 0,47$) y el índice cintura-estatura ($R = 0,41$) ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestra serie detectamos un importante número de pacientes con RI según el índice TyG, mostrando una relación directa con la obesidad, por lo que podría ser un marcador a considerar en el seguimiento para implementar estrategias de intervención personalizadas.

P-015. LA IMPORTANCIA DE LAS ESCALAS DE RIESGO EN LA UBICACIÓN DEL PACIENTE

Esmeralda Capín Sampedro, Raúl Ludeña, Raquel Flores, Luis Gutiérrez de la Varga, María Isabel Soto Ruiz y Pablo Avanzas Fernández

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

Introducción y objetivos: Analizar las características clínicas, biomarcadores séricos, clasificación funcional, repercusión hemodinámica, tratamiento, pronóstico, complicaciones y mortalidad en una cohorte de pacientes con SCASEST ingresados en la unidad de coronarias comparando con cohorte de pacientes con SCASEST admitidos en una unidad de hospitalización.

Métodos: Análisis descriptivo de 1.380 pacientes diagnosticados de SCA entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2024, divididos en 2 grupos de estudio (pacientes ingresados en la unidad de coronarias y pacientes ingresados en la unidad de hospitalización). Los pacientes fueron indexados según 2 escalas de riesgo (GRACE y TIMI) (tabla).

Tabla Comunicación P-015			
	UCC/UCI	Hospitalización	p
Edad (años)	64,3 (15,4)	73,6 (13,2)	0,012*
Sexo (varón/mujer)	60/90	570/660	0,642**
FRCV (sí/no)	60/90	120/1.100	0,005**
Clase Killip I-II/III-IV	10/140	700/520	< 0,001**
Historia previa de IC (sí/no)	20/90	50/1.140	0,108**
TIMI alto riesgo	560 (34)	46 (20)	0,408***
NTproBNP	433 (7.808)	1023 (3.300)	0,376***
GRACE alto riesgo (141/312)	4,45 (0,32)	4,2 (1,65)	0,075***
Troponina	0,1 (0,12)	0,01 (0,05)	0,002***
Inestabilidad hemodinámica (sí/no)	6/8	8/112	< 0,001**
Coronariografía urgente (sí/no)	60/80	0/1.240	< 0,001**
Exitus (sí/no)	10/140	110/1.060	1**

*t Student; **prueba de Chi2 de Pearson/prueba exacta de Fisher; ***Mann Whitney.
 FRCV: factores de riesgo cardiovascular; IC: insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con SCA-SEST admitidos en la UCC eran más jóvenes, presentaban FRCV (HTA, DM, dislipemia) con más frecuencia y se clasificaron como de alto riesgo de acuerdo a las escalas GRACE y TIMI. Estos pacientes presentan con más frecuencia inestabilidad hemodinámica y aumento de ciertos biomarcadores séricos, como la troponina T, pero sin diferencias significativas en la mortalidad. La aplicación sistemática de escalas de riesgo puede ayudarnos al manejo individual de cada paciente para ofrecerle la mejor terapéutica disponible.

P-016. DIFERENCIA POR GÉNEROS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA NO REVASCULARIZABLE

Esmeralda Capín Sampedro, Raquel Flores Belinchón, Luis Gutiérrez de la Varga, María Isabel Soto Ruiz y Pablo Avanzas Fernández

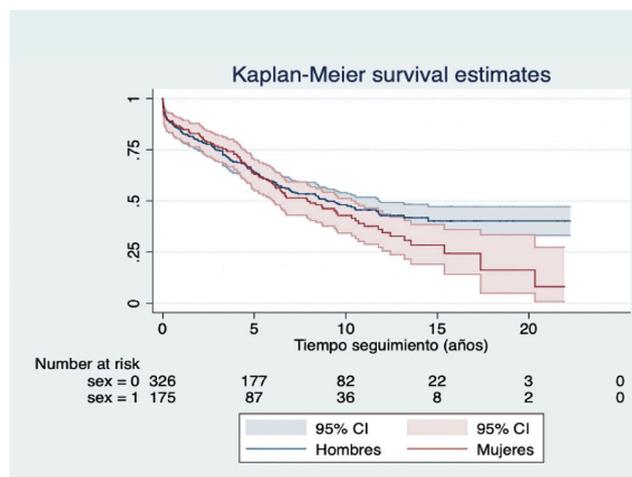
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: Este estudio tiene como objetivo identificar predictores de mortalidad en pacientes con enfermedad de tres vasos no revascularizable y analizar las diferencias de género.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo (1998-2015) de 509 pacientes con enfermedad coronaria difusa. Se recopilan datos sociodemográficos, clínicos, ecocardiográficos, analíticos, tratamientos, de hospitalización y de seguimiento. Las diferencias entre sexos se evalúan mediante comparaciones de medias, proporciones y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier a 5 y 20 años. Además, se evalúan los predictores de mortalidad a 5 y 20 años mediante modelos de regresión de Cox validados por el índice C de Harrell.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla.

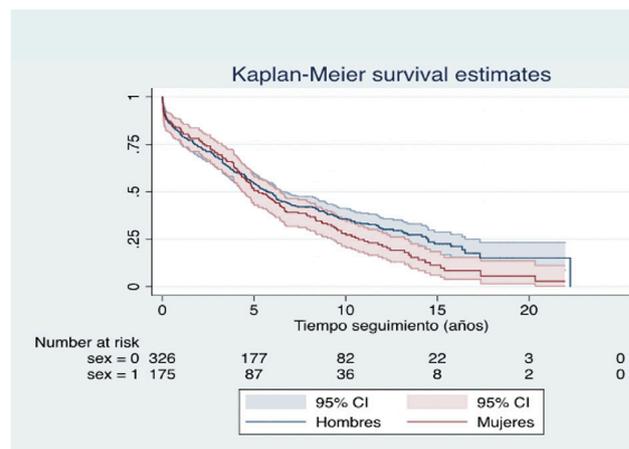
Conclusiones: Existen diferencias significativas en el perfil del paciente en análisis por género. Los varones presentan mayores índices de tabaquismo, infarto previo, enfermedad vascular periférica y disfunción ventricular, mientras que las mujeres tienen presentación más tardía, más frecuencia de hipercolesterolemia y de anemia. No existen diferencias en la mortalidad total y cardiovascular entre ambos sexos a los 5 años. Sin embargo, en el análisis a los 20 años las mujeres muestran marcada tendencia cercana a la significación en mortalidad total.



Log-rank test: 0,208

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier comparativa de mortalidad cardiovascular a 20 años según género.

Comunicación P-016 Figura 1



Log-rank test: 0,065

Figura 2. Curva de Kaplan-Meier comparativa de mortalidad total a 20 años según género.

Comunicación P-016 Figura 2

Tabla Comunicación P-016

Características basales	Varones (n = 332)	Mujeres (n = 177)
Edad	68,6	72,3
Diabetes mellitus	183	110
Hipertensión	233	136
Dislipemia	202	126
Tabaquismo	202	42
Infarto previo	138	67
Vasculopatía periférica	83	29
Fibrilación auricular	87	43
Hemoglobina < 12	141 (42,4)	89
Filtrado glomerular	67,2 ± 0,26	55,86
Bloqueo de rama izquierda	60 (17,9)	33
Enfermedad del tronco	119 (35,8)	55
FEVI < 35%	87 (26,2)	26
Insuficiencia mitral ≥ 3	12 (3,7)	13

P-017. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA. ¿SON EL MISMO PACIENTE?

Mateo Jiménez García, Álvaro Rodríguez-Lescure González, Raúl Calvo Córdoba, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Isabel López Neyra, Ester Mínguez de la Guía, Macarena López Vázquez, Sonia Cebrián López, Aday Monzón Melián y Miguel José Corbí Pascual

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

Introducción y objetivos: Sufrir un síndrome coronario agudo (SCA) conlleva mayor riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes. El objetivo es comparar los pacientes con SCA sin cardiopatía isquémica (CI) previa y aquellos con CI previa.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un total de 7.277 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos en nuestro centro entre 2012 y 2024.

Resultados: Se incluyeron 4.756 pacientes ingresados por SCA, de los cuales 892 tenían CI previa. La edad media era $65,38 \pm 13,24$ en el grupo sin CI previa frente a $70,21 \pm 11,55$. En ambos grupos predominaban varones. Encontramos mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipemia y fibrilación auricular en el grupo con CI previa. El SCA con elevación del ST fue la presentación más frecuente en el grupo sin cardiopatía previa (69,7%), predominando el SCA sin elevación del ST en el grupo con CI previa (53,5%). En ambos el acceso más empleado fue el radial, con un mayor uso del femoral en CI previa (el 2,5 frente al 5,4%). La enfermedad de un vaso fue más frecuente en el grupo sin CI previa (el 55 frente al 38,9%), encontrando más afectación de tres vasos en el grupo con CI previa (el 14,4 frente al 24,2%). Destaca mayor necesidad de ventilación mecánica no invasiva en el grupo con CI previa (el 4,9 frente al 10,3%). Se observó menor mortalidad cardiovascular durante seguimiento en el grupo sin CI (el 4,1 frente al 7,8%).

Conclusiones: Los pacientes con CI previa presentan mayor número de factores de riesgo cardiovascular, que predisponen a enfermedad coronaria más extensa y mayor mortalidad cardiovascular.

P-018. IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL POTASIO EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Daznia Berroteran¹, Carles Muñoz Alfonso¹, Francisca Esteve Claramunt², Andrea Arroyo Álvarez¹, Guillermo Barreres Martín¹, Daniela Maidana¹, Miguel González Rico³, Marco Montomoli³, José Luis Gorri³ y Clara Bonanad Lozano⁴

¹Servicio de Cardiología, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico de Valencia, Valencia. ²Departamento de Cardiología, Universitat de Valencia, Valencia. ³Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: Las alteraciones en los niveles de potasio, como la hiperpotasemia y la hipopotasemia, son frecuentes en pacientes sometidos a diálisis peritoneal (DP). Sin embargo, su impacto pronóstico sobre la morbimortalidad cardiovascular sigue siendo un tema de debate. El objetivo es analizar la prevalencia y consecuencias clínicas de estas alteraciones, así como la posible creación de un score pronóstico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en 223 pacientes con DP del Hospital Clínico Universitario de Valencia, incluidos en el Registro Levante de Diálisis Peritoneal. Se analizaron datos clínicos y analíticos de 2013 a 2018, clasificando a los pacientes en tres grupos según su nivel de potasio: hipopotasemia ($< 3,5$ mEq/l), normopotasemia (3,5-5 mEq/l) e hiperpotasemia (> 5 mEq/l). Se evaluó la asociación entre estas alteraciones y variables clínicas, reingresos cardiovasculares y mortalidad.

Resultados: La prevalencia de hiperpotasemia fue del 11,2% y la de hipopotasemia del 12,1%. Se observó una mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en pacientes con alteraciones del potasio. Aunque ni la hiperpotasemia ni la hipopotasemia se asociaron significativamente con un mayor riesgo de reingresos cardiovasculares, la hipopotasemia sí se relacionó con un aumento en el riesgo de mortalidad, especialmente de origen cardiovascular.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la hipopotasemia es un marcador de mal pronóstico en pacientes en DP, asociándose con una mayor mortalidad, mientras que la hiperpotasemia no mostró una relación significativa con eventos cardiovasculares. Se destaca la importancia de la monitorización de los niveles de potasio y la posible utilidad de un score que integre alteraciones electrolíticas en esta población.

P-019. MÁS ALLÁ DE LAS LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD: EFECTOS DE INCLISIRÁN EN EL COLESTEROL NO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD Y LAS PARTÍCULAS RICAS EN TRIGLICÉRIDOS

Juan José Hurtado Mendoza, Ramón Bover, Fernando Macaya Ten, Juan Gómez Polo, Leopoldo Pérez de Isla, María de Jesús Colino, María Monserrat, Miriam Martín Manso y Raquel Cuadrado

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El colesterol no-HDL y las partículas remanentes ricas en triglicéridos (RLP) son marcadores de riesgo cardiovascular que complementan el C-LDL en la evaluación aterogénica. Inclisirán ha demostrado eficacia en la reducción del C-LDL, pero su impacto en otros parámetros lipídicos en vida real no ha sido explorado en profundidad. Nuestro objetivo fue analizar su efecto en biomarcadores distintos al C-LDL en una cohorte de pacientes en vida real.

Métodos: Registro de pacientes consecutivos tratados con inclisirán en la unidad de rehabilitación cardíaca de un hospital

Comunicación P-019. Cambios en los parámetros lipídicos

Variable	Valor basal (N = 46)	Seguimiento (N = 46)	p
C-LDL (mg/dl)	113,5 (96,3-133,7)	59 (29,5-87,5)	< 0,001
Triglicéridos (mg/dl)	132 (78,5-185,5)	100 (65-135,5)	0,003
C-no HDL (mg/dl)	135 (119,3-168,6)	83,5 (54,0-110,0)	< 0,001
RLP (mg/dl)	26,0 (16,0-36,5)	20,0 (14,0-26,0)	0,004
Tipo de LDL	2,0 (1,1-3,8)	1,5 (0,9-3,1)	0,234

terciario desde la introducción del fármaco hasta este análisis. Se evaluaron niveles basales y en seguimiento de C-LDL, triglicéridos (TG), C-no HDL, HDL, Lp(a), RLP y tipo de LDL (estimado con la relación TG/HDL, siendo ≥ 2 de riesgo aterogénico).

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes consecutivos. Se observó una reducción significativa del C-no HDL y RLP tras la primera dosis. Además, el tipo de C-LDL migró de un predominio de partículas pequeñas y densas a un perfil de C-LDL grandes y menos aterogénicas, sugiriendo un efecto más amplio en el metabolismo lipídico.

Conclusiones: Inclisirán podría tener un impacto ateroprotector más allá de la reducción del C-LDL, modificando otros biomarcadores aterogénicos claves.

P-020. EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA ETIOLOGÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPACTO EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE

Hadi Nagib Raya, Jesús Gabriel Sánchez Ramos, Diego Segura Rodríguez, Cristina Cánovas Galindo, Ángel Prades Sánchez, Sara Corpas Pérez, Ana Vallejo Yuste, Ignacio Arroyo Crespo, Daniel Montes Chacón y Eduardo Moreno Escobar

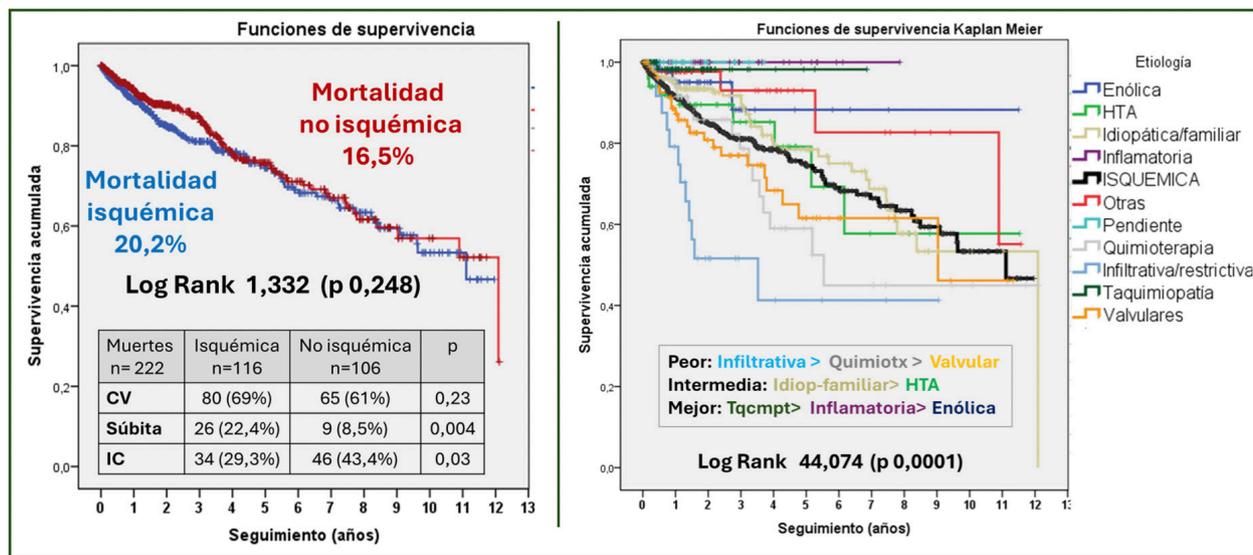
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La evaluación etiológica de la insuficiencia cardiaca es fundamental para un manejo terapéutico óptimo y mejora de resultados. Nuestro objetivo es describir los resultados en el diagnóstico etiológico de un protocolo sistemático de evaluación y analizar diferencias en mortalidad.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo de pacientes con IC atendidos en una unidad especializada desde 2012. Análisis descriptivo etiológico, comparación de características clínicas e impacto en la supervivencia.

Resultados: Se analizaron 1.218 pacientes. La etiología se distribuyó igualmente en cardiopatía isquémica y no isquémica (el 47,2 frente al 52,8%), siendo las causas no isquémicas más frecuentes: idiopática/familiar (17,2%), valvular (7,2%), taquimiopatía (5,7%) e hipertensiva (4,2%). Sin diferencias en mortalidad tras una mediana de seguimiento de 23 meses, pero sí en las causas de muerte: mayor muerte súbita en isquémica (el 22,4 frente al 8,5%, $p = 0,004$) y mayor insuficiencia cardiaca en no isquémica (el 29,3 frente al 43,4%, $p = 0,03$). El análisis de Kaplan-Meier mostró grandes diferencias en supervivencia según la etiología no isquémica (tabla).

Conclusiones: En una unidad especializada de pacientes con IC y FEVI reducida existe una proporción similar de etiología isquémica y no isquémica. No existen diferencias en mortalidad entre ambas, pero sí en la supervivencia según la etiología no isquémica.



Comunicación P-020 Figura

Tabla Comunicación P-020

Etiología	Isquémica n = 629	No isquémica n = 652	p
Edad	71,1 ± 11	67,8 ± 13	0,0001
Sexo (mujer)	114 (20,4%)	228 (36,3%)	0,0001
FEVI inicial	32,4 ± 7	31,4 ± 9	0,05
DM	218 (37,9%)	146 (22,7%)	0,0001
Dislipemia	358 (62%)	227 (35%)	0,0001
Dispositivos	169 (29%)	160 (25%)	0,09
DAI	128 (22%)	89 (14%)	0,0001
Resincro	87 (15%)	121 (19%)	0,098

DAI: desfibrilador automático implantable; DM: diabetes mellitus; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

P-021. PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE LA UNIDAD DE LÍPIDOS VIRTUAL EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO

Joan Ramon Enseñat, Joaquín Sánchez-Prieto Castillo, Lucía Villafáfila Martínez, Gabriel Rivera Saltos, Guillermo Galeote Escalera, Irene Torres Chillerón, Alejandro Berenguel Senén y Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: En el Hospital Universitario de Toledo anualmente ingresan 1.200 pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica, tratados con estatinas de alta potencia y/o ezetimiba al alta. El 60% están fuera de objetivos, debido a la inercia terapéutica en su seguimiento. La derivación a la Unidad de Lípidos Virtual para valoración telemática 4-6 semanas tras el alta podría mejorar el control. El objetivo es establecer un flujo uniforme para la optimización del tratamiento, reduciendo el riesgo residual precozmente.

Métodos: Implementar cambios en la ruta asistencial, así como aplicar aspectos de telemedicina con el objetivo de agilizar el seguimiento y control; entregar analítica al alta; incluir nivel objetivo de C-LDL y ajustar tratamiento según guías al alta; analizar niveles telemáticamente a las 4-6 semanas del alta y ajustar tratamiento si precisa. Si ajuste, entregar analítica para nueva valoración telemática a las 4-6 semanas.

Resultados: Tras evaluar 1.345 pacientes en un año, se observó un aumento del 33% de pacientes tratados con estatinas de alta intensidad y/o ezetimiba tras la consulta virtual ($p < 0,001$). Además, se mostró una mejoría de 15 puntos porcentuales de control lipídico tras la intervención ($p < 0,001$).

Conclusiones: Destacar el papel de la consulta virtual en la optimización del tratamiento. El incremento en el uso de estatinas de alta intensidad y/o ezetimiba refleja una mejor adherencia a las guías, lo que, a su vez, se tradujo en una mayor proporción de pacientes alcanzando objetivos. La telemedicina puede ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad del tratamiento, reduciendo barreras de acceso y facilitando el seguimiento.

P-022. EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL DEL USO DEL CHALECO DESFIBRILADOR EN UN HOSPITAL TERCIARIO. PERFILES CLÍNICOS Y RESULTADOS

Pau Aracil Boïgues, Javier Moya Fernández, María Lourdes Andreu Sempere, Miguel Antonio Benedito Pallarés, Alberto Carrión Caveró, Josep Melero Ferrer, Verónica Vidal Urrutia, Francisco Ridocci, Lorenzo Fácila Rubio y Rafael Payá Serrano

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: Con la aplicación de las guías de práctica clínica actuales existen grupos específicos de alto riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) que no se encuentran protegidos por el implante de un DAI. Nuestro objetivo fue describir la experiencia inicial del chaleco desfibrilador (CD) en nuestro hospital en estos pacientes.

Métodos: Al tratarse de una población heterogénea se elaboró un protocolo interno con el objetivo de seleccionar a los candidatos que más pudieran beneficiarse del CD. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los pacientes seleccionados.

Resultados: Un total de 15 pacientes recibieron un CD desde el año 2020 (13 en 2023-2024). El 80% de los pacientes fueron varones, con una edad media de 58 años. Los motivos principa-

les para su prescripción fueron IAM, IC y otros, siendo la cardiopatía isquémica con intervención coronaria percutánea (ICP) < 90 días y con FEVI $\leq 30\%$ (el 26,7% del total) el motivo más frecuente. De los pacientes con indicación de DAI en la ventana temporal correspondiente, finalmente 3 no lo recibieron por mejora de FEVI durante el uso del CD. No se registró ningún evento durante el seguimiento que requiriese aplicación de terapias por parte del CD.

Conclusiones: El uso de CD puede permitir evitar el implante de DAI en algunos pacientes, además de garantizar la protección frente a la MSC en el periodo de más vulnerabilidad. Es necesaria una cuidadosa selección de los pacientes que más se pueden beneficiar del CD.

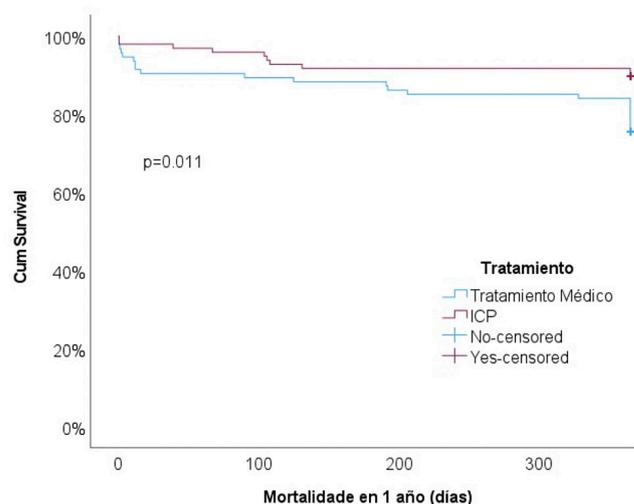
P-023. COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTO MÉDICO Y ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y ANTECEDENTES DE BYPASS CORONARIO

Filipe Silva Vilela, Carla Oliveira Ferreira, Bárbara Rocha, João Faria, Ana Sofia Fernandes, Mónica Dias, Inês Conde, Carlos Galvão Braga, Jorge Marques y António Gaspar

Servico de Cardiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: Los pacientes con antecedentes de cirugía de revascularización coronaria (CABG) que presentan síndrome coronario agudo tienen malos resultados y la estrategia de tratamiento óptima para esta población sigue sin estar clara. Nuestro objetivo fue describir los resultados de pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) y antecedentes de CABG, comparando tratamiento médico frente a invasivo.

Métodos: Se seleccionaron 191 de 4.400 pacientes con IAMSEST ingresados entre 2010 y 2023, con antecedentes de CABG. Los resultados analizados incluyeron mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio recurrente y hospitalización por causas cardiovasculares a 1 año.



Comunicación P-023 Figura

Resultados: De los 191 pacientes, 94 recibieron tratamiento médico (TM) y 97 se sometieron a intervención coronaria percutánea (ICP). No se encontraron diferencias significativas en características demográficas o clínicas entre los grupos. La

mortalidad a 1 año fue significativamente más alta en el grupo de TM (24,5%) en comparación con el grupo ICP (10,3%) ($p = 0,010$). Tras ajustar por factores de confusión, la ICP se asoció con una reducción del 62,5% en el riesgo de muerte ($aHR = 0,375$, $p = 0,014$). Los resultados fueron consistentes después de ajustados por el *propensity score matching*, con tasas más altas de mortalidad a 1 año en el grupo de TM (23,5%) frente a ICP (9,4%) ($p = 0,019$).

Conclusiones: Este estudio sugiere que la ICP ofrece mejores resultados, incluida una menor mortalidad, en comparación con el tratamiento médico. Sin embargo, se requiere más investigación porque posibles factores de confusión pueden no estar contemplados en los modelos ajustados.

P-024. EVALUACIÓN LONGITUDINAL DEL TRATAMIENTO Y MORTALIDAD EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SUPRA-ST

Filipe Silva Vilela¹, Marta Sousa², Carla Oliveira Ferreira¹, Bárbara Rocha¹, João Faria¹, Ana Sofia Fernandes¹, Mónica Dias¹, Inês Conde¹, Carlos Galvão Braga¹ y António Gaspar¹

¹Serviço de Cardiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal. ²Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: En nuestro hospital se implementaron varios cambios estructurales para mejorar el manejo del

infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMGEST), pero el impacto pronóstico de estos cambios sigue siendo desconocido. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución del tratamiento y la mortalidad hospitalaria durante 18 años y correlacionar las variaciones en la mortalidad con los cambios locales.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico con 3.827 pacientes consecutivos (el 21,2% mujeres y el 78,8% varones) ingresados con IAMGEST entre 2005 y 2022. **Resultados:** De los 3.827 pacientes, 90 fallecieron. Se observó una disminución significativa en la mortalidad ($p < 0,001$) a lo largo de los 18 años, con una reducción anual del 0,167%. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria con la implementación de un sistema de vía rápida coronaria 24 horas al día, la presencia de técnicos en cardioneumología durante 12 horas, el cambio de hospital ni la iniciación de ticagrelor. Sin embargo, la presencia de técnicos durante 24 horas redujo significativamente la mortalidad ($p = 0,031$). Los factores predictivos de mortalidad fueron la edad, la fracción de eyección, la presión arterial sistólica, la clase Killip ≥ 2 y el bloqueo auriculoventricular. El tiempo dependiente del paciente fue menor cuando el primer contacto médico se realizó a través del servicio de emergencias médicas.

Conclusiones: En los últimos años se observó una disminución en la mortalidad hospitalaria en pacientes con IAMGEST. Los cambios implementados optimizaron la gestión de los pacientes, reduciendo los retrasos y la mortalidad.

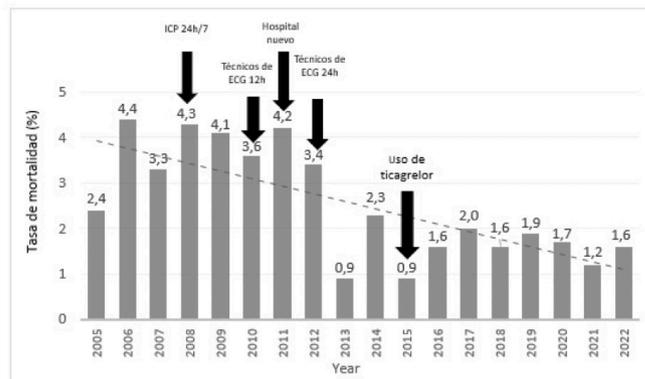


Gráfico 1: Análisis de la evolución de las tasas de mortalidad hospitalaria en pacientes con IAMGEST desde 2005 hasta 2022, indicando el año de implementación de los cambios realizados en el Hospital durante este periodo.

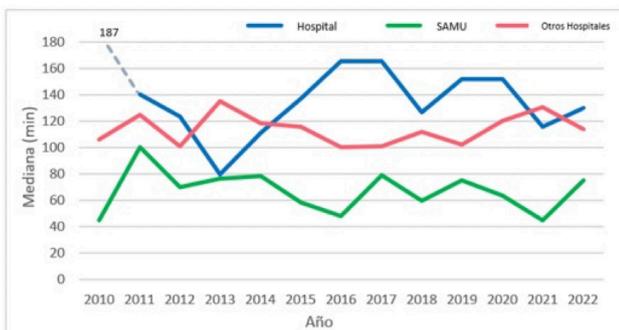


Gráfico 2: Evaluación longitudinal del tiempo dependiente del paciente, según el lugar donde se realizó el primer contacto médico. (Hospital, SAMU, Otros Hospitales).

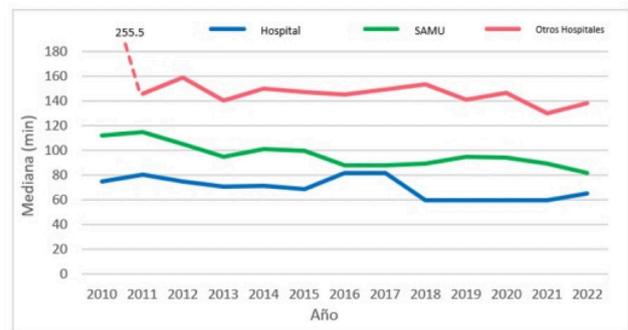


Gráfico 3: Evaluación longitudinal del tiempo dependiente del sistema, según el lugar donde se realizó el primer contacto médico (Hospital, SAMU, Otros Hospitales).

P-025. OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA POSALTA. PROYECTO OPTAVANCE

Javier Moya Fernández, Lorenzo Fácila Rubio, Vicente Montagud Balaguer, Ángel Sánchez Montagud, Pau Aracil Boígues, María Lourdes Andreu Sempere, Miguel Antonio Benedito Pallarés, Irene Serrano Pastor, Lidia Gómez-Elegido Tenés y Rafael Payá Serrano

Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca con FE reducida (IC-FER) representa un reto en la práctica clínica, con altas tasas de reingreso y mortalidad. La cuádruple terapia (ARNI, iSGLT2, betabloqueantes y ARM) ha demostrado mejorar el pronóstico; sin embargo, su instauración sigue siendo subóptima. Este proyecto tuvo como objetivo optimizar el tratamiento posalta en pacientes con IC-FER, asegurando una adecuada continuidad asistencial.

Métodos: Se desarrolló un protocolo de derivación a la UIC acompañado de sesiones formativas para el personal sanitario. Se incluyeron 63 pacientes con IC-FER dados de alta sin tratamiento optimizado con ARNI. La estrategia de optimización incluyó visitas telefónicas, comunicación con médicos de atención primaria y cardiólogos de centros de especialidades, así como consultas presenciales.

Resultados: Se logró iniciar cuádruple terapia en 37 pacientes (65% del total). Fallecieron 16 pacientes (33%), 4 tenían contraindicación renal y 6 no acudieron. Aunque los datos de impacto en reingresos aún no son concluyentes, se prevé una reducción basada en la optimización terapéutica. La iniciativa fue valorada positivamente por los equipos sanitarios y los pacientes.

Conclusiones: El proyecto ha demostrado la viabilidad de implementar un enfoque estructurado para la optimización po-

salta en pacientes con IC-FER. Se ha logrado una mejora en la adherencia a la cuádruple terapia y una mejor coordinación entre niveles asistenciales. Pese a la mortalidad elevada en la cohorte, el éxito en la optimización terapéutica sugiere un impacto clínico relevante. Se recomienda continuar con el seguimiento a largo plazo y evaluar la sostenibilidad del modelo en otras unidades.

P-026. FIB-4 EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: RELACIÓN CON LA EDAD, HIPERTENSIÓN Y TABAQUISMO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

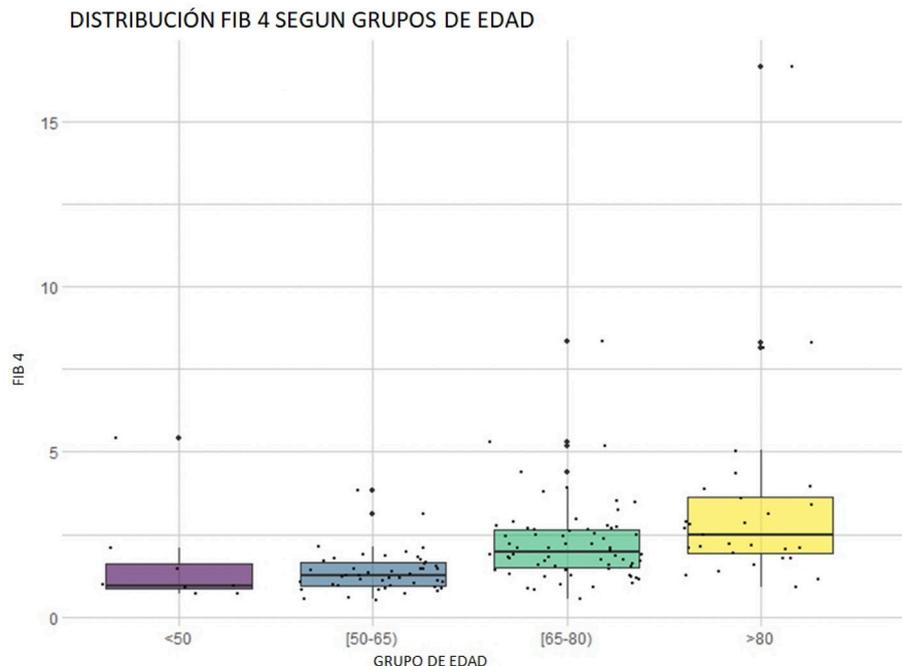
Daniela Maidana¹, Daznia Bompat¹, Carles Muñoz¹, Andrea Arroyo¹, Guillermo Barreres¹, Francisca Esteve², Gema Torres³ y Clara Bonanad⁴

¹Servicio de Cardiología, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico de Valencia, Valencia. ²Departamento de Cardiología, Universitat de Valencia, Valencia. ³Servicio de Documentación, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El índice FIB-4, desarrollado originalmente para evaluar la fibrosis hepática, se ha identificado como un indicador útil en la estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente en aquellos con cardiopatía isquémica.

Métodos: Este estudio retrospectivo analizó la relación entre el FIB-4, la edad y factores de riesgo como la hipertensión y el tabaquismo en 147 pacientes de un hospital de referencia.

Resultados: Los resultados indican una correlación positiva significativa entre el FIB-4 y la edad, con los niveles más altos observados en pacientes mayores de 80 años. El tabaquismo se asoció con valores más bajos de FIB-4 en fumadores



Comunicación P-026 Figura

activos comparados con exfumadores y no fumadores. Aunque no se encontraron asociaciones significativas entre FIB-4 y el perfil lipídico, creatinina o proteína C reactiva, sí se observó una prevalencia elevada de hipertensión en pacientes con valores de FIB-4 superiores a 2,6. La figura muestra la distribución de FIB-4 por grupos de edad en un diagrama de cajas, evidenciando una tendencia creciente con la edad, con valores más elevados en los mayores de 80 años y menor dispersión en los grupos más jóvenes.

Conclusiones: En conclusión, los niveles de FIB-4 aumentan con la edad y son más elevados en no fumadores y exfumadores. Su asociación con la hipertensión respalda su utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con ECV.

P-027. RELACIÓN ENTRE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, SEPTO INTERVENTRICULAR Y ANILLO VALVULAR AÓRTICO EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN INTRAVENTRICULAR TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER

Gabriel Rivera Saltos, Irene Torres Chillerón, Guillermo Galeote Escalera y Marta Álvarez Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: La TAVI se asocia al desarrollo de TCIV debido al implante de prótesis autoexpandible o expandible con balón y su proximidad con el sistema de conducción. El objetivo es analizar si el TSVI, el SIV y el anillo valvular aórtico se relacionan con el desarrollo de TCIV tras el implante de TAVI Allegra.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo desde enero de 2021 a diciembre de 2023. Se excluyeron pacientes con TCIV previo. Se analiza si el TSVI y el SIV en milímetros del ecocardiograma y el anillo valvular aórtico en milímetros cuadrados de la tomografía computarizada se relacionan con el desarrollo de TCIV en el electrocardiograma y/o la monitorización electrocardiográfica mediante la prueba t de Student.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, mediana de 84 años, 55% sexo femenino, 88% HTA, 61% dislipemia, 33% DM tipo II, mediana de 20 mm TSVI, 15 mm SIV y área anillo valvular aórtico 370 mm². El 59% desarrollaron TCIV, lo más frecuente el BCRI (43%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el diámetro del TSVI, el SIV y el anillo valvular aórtico con el desarrollo de TCIV (tabla). La edad se relacionó con el desarrollo de TCIV ($p = 0,035$).

Conclusiones: El diámetro del SIV, el TSVI y el anillo valvular aórtico no se asocian con el desarrollo de TCIV tras el implan-

te de TAVI Allegra, siendo lo más frecuente el desarrollo de BCRI. Sin embargo, la edad del implante sí se relacionó significativamente con el desarrollo de TCIV.

P-028. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE ADULTOS JÓVENES Y DE MEDIANA EDAD IMPLANTADOS CON UN MARCAPASOS POR BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR AVANZADO

Ana Díaz Rojo, Gerard Álvaro Loughlin Ramírez, Charlotte Boillot, Andrea González Pigorini, Ainhoa Aguinaga Mendibil, Natalia Navarro Pelegrini, José Manuel Martínez Palomares, Irene Torres Chillerón, Gabriel Rivera Saltos y Guillermo Galeote Escalera

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: Existe evidencia limitada sobre el perfil e historia natural de adultos jóvenes y de mediana edad con marcapasos por bloqueo auriculoventricular (BAV). Describimos las características y evolución de pacientes entre 18 y 70 años con un marcapasos por BAV avanzado.

Métodos: Estudio de cohorte unicéntrico y descriptivo. Incluimos pacientes entre 18 y 70 años con implante de marcapasos entre 2005 y 2015 por BAV avanzado. Analizamos características clínico-demográficas basales y hallazgos cardiovasculares durante el ingreso y seguimiento. Caracterizamos la mortalidad e ingresos por causa cardiovascular con análisis de Kaplan-Meier. Evaluamos predictores de eventos cardiovasculares (muerte cardiovascular o ingreso por causa cardiovascular) mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 126 pacientes cuyas características basales se encuentran en la tabla. La edad media fue de 63 ± 7 años. Se siguió a los pacientes una mediana de 11 años (rango intercuartílico 6,5-15 años). Se detectó cardiopatía estructural o eléctrica en 48 pacientes (39,1%). Solo 39 pacientes (31,5%) tuvieron seguimiento clínico por un cardiólogo. A 5 y 10 años la mortalidad por cualquier causa fue del 3,5 y del 8,9% y la combinación de muerte cardiovascular o ingreso por causa cardiovascular fue del 10,4 y el 20,7%. El diagnóstico de cardiopatía estructural en el ingreso índice fue el único predictor independiente de eventos cardiovasculares en el seguimiento (OR ajustado 1,25; IC95% 1,06-1,48).

Conclusiones: Los adultos jóvenes y de mediana edad implantados con un marcapasos por bloqueo AV presentan una morbimortalidad cardiovascular sustancial a medio-largo plazo y frecuentemente son diagnosticados de cardiopatía estructural en el seguimiento. En adición al seguimiento del dispositivo, debe considerarse el seguimiento clínico estrecho.

Contraste T de muestras independientes ▼

Contraste T para Muestras Independientes

	t	gl	p	Diferencia de Medias	Diferencia del Error Típico
pre_TSVI	-0.791	21	0.438	-0.615	0.778
pre_SIV	-1.637	37	0.110	-1.389	0.848
Área_AnilloVA	1.038	32	0.307	30.326	29.212

Nota. Contraste t de Student.

Tabla Comunicación P-028. Características basales de adultos jóvenes y de mediana edad implantados con un marcapasos por bloqueo AV avanzado

	N = 126 pacientes		N = 126 pacientes
Edad (años: media \pm DE)	63 \pm 7	Grado de bloqueo AV que motiva el implante	
Varones (N, %)	83 (65,9%)	BAV completo (N, %)	42 (33,3%)
Alternaciones en ECGs previas		BAV completo paroxístico (N, %)	44 (34,9%)
BAV de primer grado (N, %)	29 (22,8%)	BAV 2:1 (N, %)	35 (27,8%)
Hemibloqueo de rama izquierda (N, %)	15 (11,8%)	BAV avanzado (N, %)	5 (4%)
Bloqueo de rama izquierda (N, %)	18 (14,2%)	FEVI (media \pm DE)	54,4 \pm 12,7%
Bloqueo de rama derecha (N, %)	15 (11,8%)	Diagnóstico de cardiopatía estructural durante ingreso de implante	22 (17,5%)
Bloqueo bifascicular (N, %)	12 (9,5%)	Dispositivo implantado	
Antecedentes familiares de cardiopatía o muerte súbita (N, %)	4 (3,2%)	Marca pasos monocameral (N, %)	12 (9,5%)
Cardiopatía pre-existente (N, %)	40 (31,7%)	Marca pasos bicameral (N, %)	105 (83,4%)
Presentación clínica		Marca pasos tricameral (N, %)	9 (7,2%)
Síncope (N, %)	51 (40,5%)	Seguimiento cardiológico reglado tras implante (N, %)	39 (30,7%)
Presíncope (N, %)	34 (27%)	Tiempo de seguimiento (años, mediana, rango intercuartílico)	11,0 (6,5-15,0)
Ritmo sinusal (N, %)	121 (96%)		

P-029. IMPACTO GEOGRÁFICO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Sara Rioja Abad, Ignacio Hernández González, Andreea Catalina Cristea, María Pérez Díaz, Cristina Tapia Ballesteros, María Jesús Rollán Gómez, María del Mar Ángela de la Torre Carpena, Jordi Candela Ferré, Gino Graciani Rojas Lavado y Juan Carlos Muñoz San José

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción y objetivos: El control de los factores de riesgo cardiovascular es imprescindible para la prevención de eventos cardiovasculares, así como la realización de rehabilitación cardiaca para evitar un nuevo evento. El objetivo principal de este estudio es demostrar que los pacientes del ámbito rural presentan menor control de los factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Se trata de un estudio analítico retrospectivo en el que se ha seleccionado a 65 pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Se comparó el perfil de riesgo previo, las características del evento y la evolución posterior, incluyendo la inclusión en rehabilitación cardiaca y la adherencia al tratamiento.

Resultados: En total, se incluyeron 31 del área metropolitana y 34 de áreas rurales. La edad media fue 69 años y 19 (29%) pacientes fueron mujeres. El perfil de riesgo previo era similar entre ambos grupos, destacando mayor prevalencia de diabetes mellitus en el área urbana (el 42 frente al 18%; $p = 0,032$). Sin embargo, durante el seguimiento, se confirmó un peor control lipídico en los pacientes del ámbito rural (LDL en primera visita de seguimiento, el 69,7 frente al 84%; $p = 0,022$), a pesar de no hallarse diferencias en la adherencia al tratamiento (el 86 frente al 84%; $p = NS$).

Conclusiones: A pesar de que no hubo diferencias significativas en los factores de riesgo entre ambos grupos (excepto mayor prevalencia de diabetes en el ámbito rural), el control de LDL fue significativamente peor en el ámbito rural. Esto sugiere la necesidad de estudiar la causa e implementar estrategias de control lipídico en zonas rurales.

P-030. EVOLUCIÓN EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: COMPARACIÓN ENTRE DOS COHORTES (2014-2019 FRENTE A 2024)

Javier Moya¹, Lorenzo Fácila¹, Nuria Vicente², Amparo Valls³, Raquel López⁴, Rafael de la Espriella⁵ y Julio Núñez⁵

¹Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. ²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) es una causa frecuente de hospitalización y mortalidad. En la última década, la terapia cuádruple (iSRAA, betabloqueantes, ARM e iSGLT2) ha mejorado el manejo de la enfermedad, aunque su implementación sigue siendo un reto. Este estudio compara características clínicas y tratamientos al alta en pacientes con FEVI $\leq 40\%$ en dos periodos: 2014-2019 y 2024.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca en dos periodos distintos: 2014-2019 (4.812 pacientes) y 2024 (1.180 pacientes). Se evaluaron las características clínicas y la prescripción al alta de tratamientos clave en ICFER.

Resultados: En la cohorte más reciente, los pacientes eran mayores (77 \pm 8,2 frente a 74,2 \pm 11,2 años) y presentaban más enfermedad renal crónica (el 31 frente al 24,9%) y enfermedad cerebrovascular (el 21 frente al 10,8%). Sin embargo, la hipertensión arterial y la EPOC fueron menos frecuentes en 2024 (el 76 frente al 79,4% y el 16 frente al 24,9%, respectivamente). La prevalencia de diabetes mellitus se mantuvo similar (el 42 frente al 43,5%) (tabla).

Conclusiones: Los resultados muestran un aumento significativo en la prescripción de terapia cuádruple en 2024, con mayor uso de sacubitril/valsartán e iSGLT2, reflejando una mejor adherencia a las guías clínicas y un manejo optimizado de la ICFER.

Tabla Comunicación P-030. Tratamiento al alta en pacientes con ICFer

Fármaco	Cohorte 2014-2019 (%)	Cohorte 2024 (%)	Diferencia (%)
ISRAA	73%	89%	+16%
ARNI	No disponible	37%	+37%
Betabloqueantes	78%	90%	+12%
ARM	67%	78%	+11%
iSGLT2	No indicado	91%	Nueva incorporación

P-031. TRASTORNOS DEL RITMO TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER AUTOEXPANDIBLE: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA POBLACIÓN REAL

Mateo Jiménez García, Álvaro Rodríguez-Lescure González, Raúl Calvo Córdoba, Macarena López Vázquez, Pablo Valentín García, Nuria Vallejo Calcerrada, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Sofía Calero Núñez, Jesús María Jiménez Mazuecos y Miguel José Corbí Pascual

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

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha posicionado como tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes con estenosis aórtica grave. El objetivo fue conocer la prevalencia de trastornos del ritmo posimplante.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo incluyendo a todos los pacientes en los que se realizó el implante con válvula autoexpandible CoreValve Evolut en nuestro centro entre 2012 y 2024. Se excluyeron los portadores de marcapasos previo.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes, excluyéndose 14 (7,9%) por marcapasos previo. De los 164 pacientes analizados, la edad media era $81 \pm 4,7$, siendo la mayoría varones (57,3%). El 86% de los pacientes eran hipertensos, el 38,2% diabéticos y el 72,5% dislipémicos. Respecto al electrocardiograma (ECG) preprocedimiento, en 121 pacientes (68%) era normal, 20 pacientes (11,3%) presentaban bloqueo completo de rama derecha (BCRDHH), 10 (5,7%) bloqueo completo de rama izquierda (BCRIHH) y 13 (7,3%) únicamente segmento PR largo. Tras el procedimiento, 62 pacientes (34,8%) mantuvieron un ECG normal, mientras que 12 (6,8%) mostraban un BCRDHH y 56 (30,9%) un BCRIHH. Respecto a la conducción aurículo-ventricular, 40 pacientes (22,5%) tenían un bloqueo de primer grado, mientras que 31 (17,6%) desarrollaron bloqueos de segundo y tercer grado. En total precisaron de implante de marcapasos definitivo durante todo el ingreso 33 pacientes (20,12%), necesitando 17 (10,3%) estimulación continua por bloqueo completo desde el procedimiento.

Conclusiones: Es conocido que los trastornos del ritmo son las complicaciones más frecuentes tras un procedimiento de TAVI, siendo el BCRIHH el más frecuente en nuestra población, con una tasa de implante de marcapasos definitivo del 20%.

P-032. EVOLUCIÓN A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LAS VISITAS PRESENCIALES Y LA ACCESIBILIDAD A CARDIOLOGÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO CARPRIMUR

Noelia Fernández Villa¹, Pedro José Flores Blanco², Juan Antonio Gómez Company³, Juan Antonio Castillo Moreno⁴, Cristina Cánovas González⁵,

Francisco José Pastor Pérez¹, Francisco Cambrero Sánchez⁶, Matías Pérez Paredes⁷, Domingo Andrés Pascual Figal¹ y Sergio Manzano Fernández¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, Murcia.

³Subdirección General de Proyectos e Innovación del Servicio Murciano de Salud. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Santa Lucía, Cartagena, Murcia. ⁵Sección de Cardiología, Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz, Murcia. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁷Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción y objetivos: CarPriMur es un proyecto de continuidad asistencial entre atención primaria y cardiología que se implantó en la Región de Murcia en octubre de 2017. Sus principales actividades incluyen rutas de derivación consensuadas, consultas de alta resolución y un sistema de interconsulta telemática. El objetivo del estudio es analizar la evolución de las visitas presenciales a cardiología tras su implementación.

Métodos: Estudio observacional en el que se describió la evolución de la tasa poblacional de las visitas presenciales y la demora de las primeras visitas desde enero de 2018 hasta diciembre de 2024. Como análisis exploratorio, se compararon los datos registrados en 2017, periodo previo a la implantación del proyecto, con los obtenidos en los años posteriores.

Resultados: Se realizaron 114.513 primeras visitas y 404.696 visitas sucesivas. La tasa poblacional de primeras visitas experimentó una reducción del 30,9% en 2024 respecto a 2017 (152,6/10.000 habitantes frente a 105,3/10.000 habitantes), mientras que la tasa poblacional de consultas sucesivas disminuyó un 7,5% (417,7/10.000 habitantes frente a 386,5/10.000 habitantes) (figuras A y B). La espera media de las primeras visitas se redujo de 46,9 días en 2017 a 31,3 días en 2024, suponiendo una reducción absoluta de 15,6 días y relativa del 33% ($p < 0,001$) (figura C).

Conclusiones: Tras la implantación del proyecto CarPriMur, la necesidad de acudir presencialmente a consulta disminuyó significativamente, sobre todo a expensas de una reducción de las primeras visitas. Además, la accesibilidad a las consultas mejoró a corto y medio-largo plazo.

P-033. TRANSFORMANDO LA HIPERTENSIÓN PULMONAR: PRIMEROS CINCO AÑOS DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María Angullo Gómez, Víctor Manuel Becerra Muñoz, Jorge Rodríguez Capitán, Ada del Mar Carmona Segovia, Juan Robledo Carmona y Manuel Luna Morales

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad poco prevalente con diversas etiologías. Aunque incurable, la supervivencia ha mejorado en los últimos registros. El diagnóstico y tratamiento tempranos modifican su evolución, siendo esenciales las unidades especializadas.

Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte unicéntrica de pacientes atendidos en la consulta de HP en los primeros 5 años tras su implantación. Se incluyeron 284 pacientes con HP (edad 66 ± 23 años, 70% mujeres). Se diagnosticaron 41 pacientes con HAP, 70 con HP grupo 2, 2 con HP grupo 3 y 28

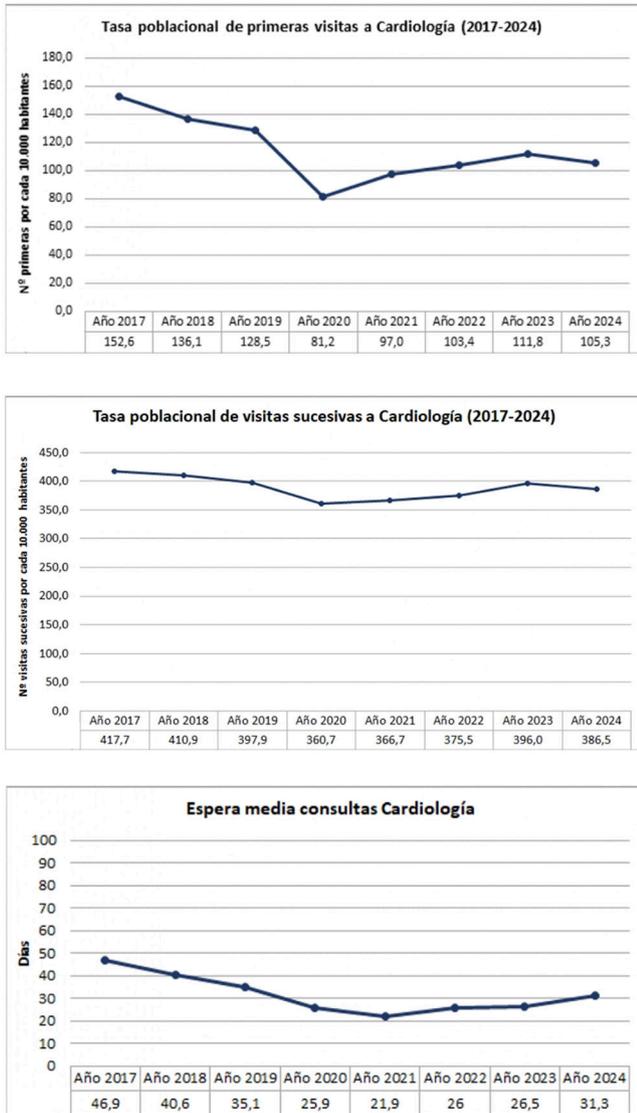


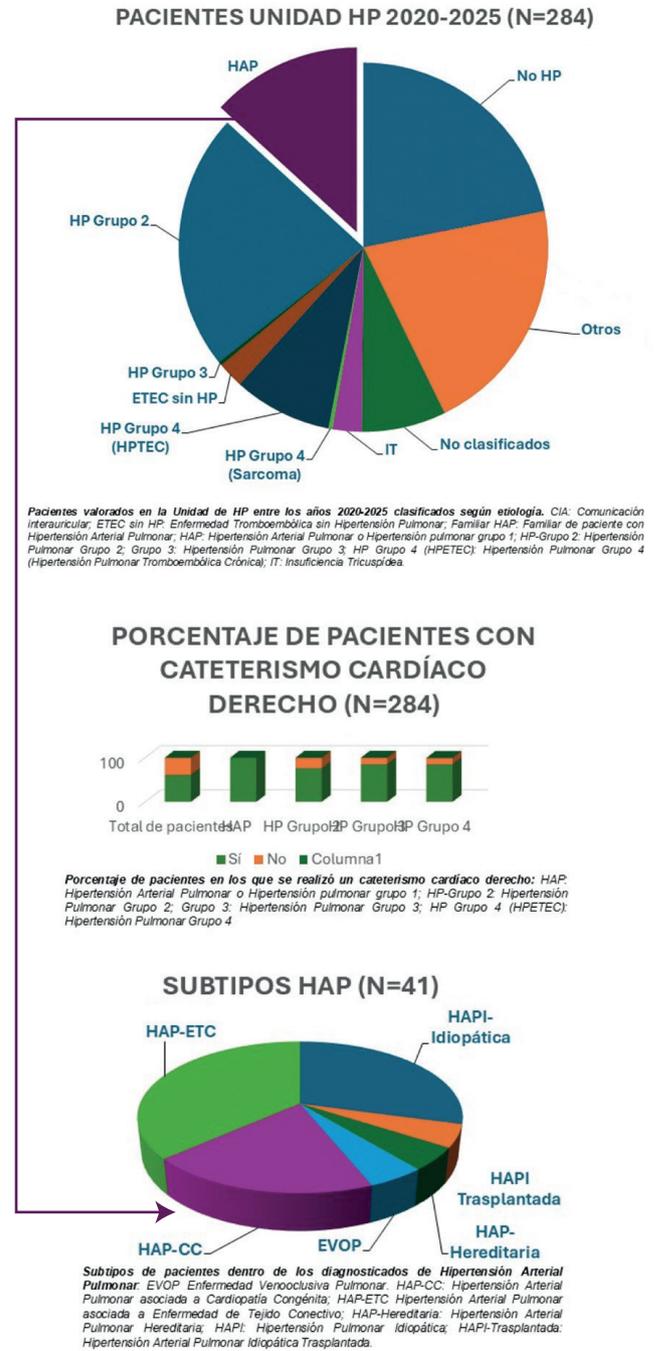
Figura 1. Evolución anual de la tasa poblacional de primeras visitas (A), visitas sucesivas (B) y demora de las primeras visitas atendidas en la consulta de Cardiología (C).

Comunicación P-032 Figura

con HP grupo 4; en 68 pacientes se descartó HP. El 73,6% de los pacientes estaban en CF OMS II-III, con un DTD del VD de 38 ± 7 mm y TAPSE de 20 ± 4 mm al diagnóstico. Se realizó cateterismo derecho en el 61% de los casos. El 100% de los pacientes con HAP hereditaria, idiopática y asociada a enfermedad venooclusiva pulmonar recibieron tratamiento vasodilatador pulmonar, con una tasa de triple terapia del 40%. En total, 56 pacientes recibieron iPDE5, 41 antagonistas del receptor de endotelina y 24 prostanoides; de estos, 5 requirieron prostaciclina sistémica. Fallecieron 32 pacientes (11,2%), de los cuales 7 tenían HAP (2 idiopática, 2 HAP-CC y 3 HAP-ETC).

Resultados: Las unidades de HP mejoran el diagnóstico y el enfoque terapéutico de los pacientes con HP. También ayudan a descartar la enfermedad en casos sospechosos. La mortalidad fue del 11,2%, y el uso de VDP se adaptó al fenotipo.

Conclusiones: Estos datos destacan cómo un enfoque multidisciplinario mejora el pronóstico respecto a registros clásicos.



Comunicación P-033 Figura 1

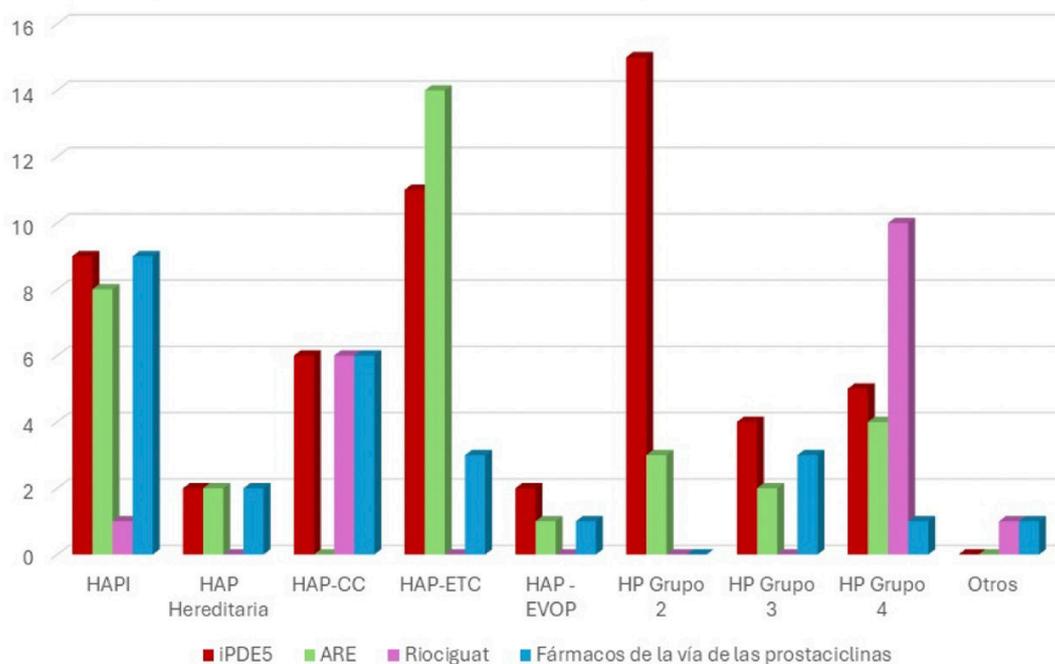
P-034. ARRITMIAS AURICULARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES

María Angullo Gómez, Juan Robledo Carmona, Jorge Rodríguez Capitán, Víctor Manuel Becerra Muñoz, Nelsa González Aguado y Manuel Luna Morales

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Se ha observado una prevalencia mayor de arritmias auriculares (AA) en pacientes con cardiopatías congénitas (CC) que en la población general. Estu-

Tratamiento vasodilatador pulmonar



Pacientes con tratamiento vasodilatador pulmonar clasificados según etiología. HAPI: Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática; HAP-Hereditaria: Hipertensión Arterial Pulmonar Hereditaria; HAP-CC: Hipertensión Arterial Pulmonar asociada a Cardiopatía Congénita; HAP-ETC: Hipertensión Arterial Pulmonar asociada a Enfermedad de Tejido Conectivo; HAP-EVIO: Hipertensión Arterial Pulmonar asociada a Enfermedad Venoclusiva Pulmonar; HP-Grupo 2: Hipertensión Pulmonar Grupo 2; Grupo 3: Hipertensión Pulmonar Grupo 3; HP Grupo 4: Hipertensión Pulmonar Grupo 4 (Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica); Otros: un paciente con hipertensión pulmonar secundaria a hiperflujo (alto gasto cardíaco). **iPDE5**: inhibidores de Fosfodiesterasa 5 (Sildenafil oral o Tadalafil oral); **ARE**: Antagonistas de Receptor de Endotelina (Bosentan oral; Ambrisentan oral; Macitentan oral); **Fármacos de la vía de las prostaciclina**: se han incluido tanto los pacientes con prostaciclina sistémica como inhalada y Selexipag (agonista no prostanoides de los receptores de la prostaciclina).

Comunicación P-033 Figura 2

dio retrospectivo de una cohorte unicéntrica de pacientes consecutivos con CC. El objetivo fue evaluar el diagnóstico de AA.

Métodos: Se incluyeron 569 pacientes con CC (edad 40,3 ± 17,6 años, 45% mujeres). 76 pacientes (13,4%) fueron diagnosticados de AA, siendo la fibrilación auricular (FA) la más común. De los pacientes con AA, el 44,6% eran mujeres con edad de 55,3 ± 14,8 años. El 91,8% se encontraban en el CF I-II. En cuanto a la reparación de la CC, el 22,4% no estaban reparadas, el 32,9% se repararon en la infancia, el 40,8% en la adultez y el 3,9% fueron paliadas. El 52,6% de los pacientes con AA tenían CC simple, el 32,9% moderada y el 14,5% compleja. Teniendo en cuenta la cardiopatía concreta, las AA presentaron la mayor prevalencia en el corazón univentricular (60%), la comunicación interauricular (29,2%) y en los defectos septales auriculoventriculares (24,3%).

Resultados: Excluyendo a los mayores de 60 años, encontramos una prevalencia de AA del 9,5%. En el análisis multivariante se encontraron como predictores de AA la edad, el corazón univentricular, la CIA, los defectos septales auriculoventriculares y la disfunción sistólica del ventrículo sistémico.

Conclusiones: Las AA en pacientes con CC son más prevalentes y tempranas, principalmente en el corazón univentricular, la CIA y en defectos septales auriculoventriculares. La edad y la disfunción ventricular fueron predictores de AA. Debemos realizar un despistaje apropiado de las mismas.

Datos basales	N=76
FA paroxística	18 (23,4%)
FA persistente o permanente	42 (55,2%)
Otras AA	17 (22,1%)
Sexo (varón)	42 (55,4%)
Edad (años)	55 (40-70)
Clase funcional I o II	70 (91,8%)
Clase funcional III	6 (7,9%)
No reparada	17 (22,4%)
Reparada en infancia	25 (32,9%)
Reparada en adulto	31 (40,8%)
Paliada	3 (3,9%)
CC simple	40 (52,6%)
CC moderada o compleja	36 (47,4%)
Disfunción sistólica ventrículo sistémico	12 (15,8%)

Comunicación P-034 Tabla 1

Variable	OR (IC95%)	p
Edad (años)	1,074 (1,054-1,0894)	<0,001
Clase funcional II/III	1,474 (0,742-2,927)	0,268
Reparación completa	2,252 (1,196-4,241)	0,012
Corazón univentricular	28,405 (6,232-129,463)	<0,001
Comunicación interauricular	3,885 (1,809-8,343)	<0,001
Defectos septales AV	4,901 (1,882-12,763)	0,001
Hipertensión arterial	1,194 (0,601-2,374)	0,613
Diabetes Mellitus	1,201 (0,483-2,986)	0,693
Disfunción tiroidea	1,273 (0,579-2,8)	0,548
Enf. pulmonar restrictiva	2,975 (0,526-16,816)	0,217
EPOC	0,67 (0,236-1,907)	0,453
SAHS	1,093 (0,359-3,329)	0,876
Disfunción sistólica VS	5,094 (2,058-12,611)	<0,001

Comunicación P-034 Tabla 2

P-035. MORTALIDAD EN NONAGENARIOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

María Lourdes Andreu Sempere, Lorenzo Fácila Rubio, Vicente Montagud Balaguer, Miguel Benedito Pallarés, Pau Aracil Boïgues, Javier Moya Fernández, Irene Serrano Pastor, Lidia Gómez-Elegido Tenés, Eva Rumiz González y Rafael Payá Serrano

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El envejecimiento poblacional ha incrementado el número de pacientes ancianos con SCA. Su estudio es clave para mejorar las decisiones terapéuticas y los resultados clínicos en este subgrupo. El objetivo principal fue analizar los factores asociados a mortalidad y rehospitalización en pacientes nonagenarios con SCA.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes nonagenarios con SCA sometidos a coronariografía desde enero de 2017 hasta diciembre de 2024.

Resultados: La muestra analizada incluyó 45 pacientes (edad media 91,8 años, 64,4% varones). El SCA más frecuente fue el IAMGEST (51,1%), con un 62,2% en clase Killip I. Las principales comorbilidades fueron: hipertensión arterial (88,9%), dislipemia e hipoproteinemia (62,2%) e IC con FEVI preservada (46,7%). Todos fueron sometidos a coronariografía, identificándose enfermedad multivazo en el 51,1%. Se realizó ICP en el 77,8%, con revascularización completa en el 53,3%. La estrategia antitrombótica fue la doble antiagregación (62,2%), con clopidogrel (80%). Analíticamente destacó: creatinina 1,48 mg/dl, HbA1c 6,34%, LDL 93,07 mg/dl, HDL 45,86 mg/dl y triglicéridos 114,55 mg/dl. Al alta, los tratamientos más fre-

cuentes fueron: antiagregantes (93,1%), estatinas (92,5%), betabloqueantes (75%) y diuréticos (42,5%). Durante el seguimiento, con una mediana de 330 días, la rehospitalización en el primer año fue del 24,4%, mientras que la mortalidad global alcanzó el 62,2%.

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios con SCA presentan una alta carga de comorbilidades. Aunque la ICP fue posible en la mayoría, las elevadas tasas de mortalidad y rehospitalización subrayan la necesidad de estrategias terapéuticas individualizadas para mejorar los resultados clínicos de esta población.

P-036. CONTROL DEL COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. MONITORIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DESDE UN CENTRO DE CONTROL

Miguel Antonio Benedito Pallarés, Lorenzo Fácila, Vicente Montagud, María Lourdes Andreu, Javier Moya, Pau Aracil, Lidia Gómez-Elegido, Irene Serrano y Rafael Payá

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El control de la dislipemia tras un infarto agudo de miocardio (IAM) es un pilar fundamental en la prevención secundaria de estos pacientes. Según estudios recientes, la consecución del objetivo de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) es deficiente pese al beneficio clínico que supone y las opciones terapéuticas disponibles.

Métodos: Estudio descriptivo unicéntrico. Creación de un centro de control donde se incluyeron los pacientes con diagnóstico principal de IAM con y sin elevación del segmento ST. Se recogieron los valores analíticos de C-LDL tras el episodio, clasificando a los pacientes en grupos según el último valor registrado (en mg/dl): 1) ≤ 55 , 2) 56-70, 3) 71-100 y 4) > 100 .

Resultados: Se incluyeron 1.216 pacientes desde enero de 2021 hasta febrero de 2025. En el grupo 1 (LDL ≤ 55 mg/dl) se encontraban 218 pacientes (18,1% del total), con una media de resultados de 46,65 mg/dl. El grupo 2 (LDL 56-70 mg/dl) se compuso de 290 pacientes (24,1%), con una media de 62,85 mg/dl. El grupo 3 (LDL 71-100 mg/dl) lo conformaron 489 pacientes (40,6%), con una media de 81,49 mg/dl. En el grupo 4 (LDL > 100 mg/dl) se encontraban 207 pacientes (17,2%), con una media de 132,6 mg/dl.

Conclusiones: En pacientes con diagnóstico de IAM, el objetivo de control de LDL no se alcanza en una mayoría de los casos, siendo el margen para la optimización terapéutica y consecución de objetivos amplio.

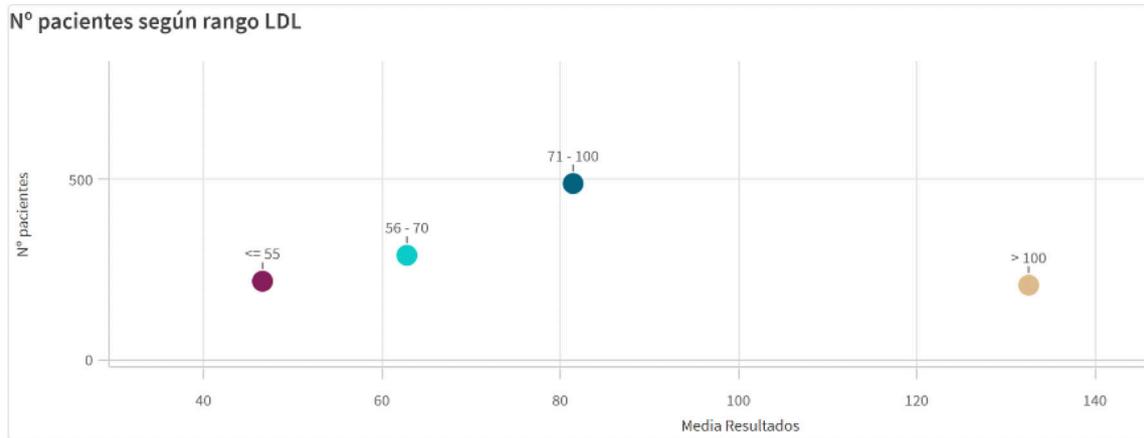
P-037. VARIACIÓN DE LA INSUFICIENCIA MITRAL PREEXISTENTE POSIMPLANTE DE UNA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Guillermo Galeote Escalera, Gabriel Andrés Rivera Saltos, Irene Torres Chillerón, Marta Álvarez Sánchez y Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: La insuficiencia mitral (IM) es frecuente en pacientes con estenosis aórtica que van a someterse al implante de una válvula aórtica transcáteter (TAVI), aunque su evolución tras el procedimiento es controvertida. Nuestro objetivo fue analizar la evolución de la IM tras la TAVI e identificar factores asociados a su mejoría.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con estenosis aórtica grave sometidos a TAVI en nuestro centro (enero 2021-diciembre 2023). Se recogieron datos clínico-demo-



Comunicación P-036 Figura

gráficos y parámetros de imagen pre y pos-TAVI. El análisis incluyó estadística descriptiva, chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: Incluimos 135 pacientes (edad media $81,45 \pm 7,3$ años). El 61,2% presentaban IM al menos ligera (95,4% origen orgánico y 4,6% mixto). Tras la TAVI, el 29,2% mejoraron (22,5% reducción de un grado y 6,7% de dos), el 54,2% no cambiaron y el 16,7% empeoraron. Los resultados sugieren que la mejoría es más frecuente en los que se implantó válvulas balón-expandibles ($p = 0,055$). Además, los pacientes con FEVI < 50% y ventrículo izquierdo más dilatado mostraron una mejor evolución ($p = 0,003$ y $p = 0,011$, respectivamente). Todos los que mejoraron presentaron una reducción significativa de la presión pulmonar (> 10 mmHg).

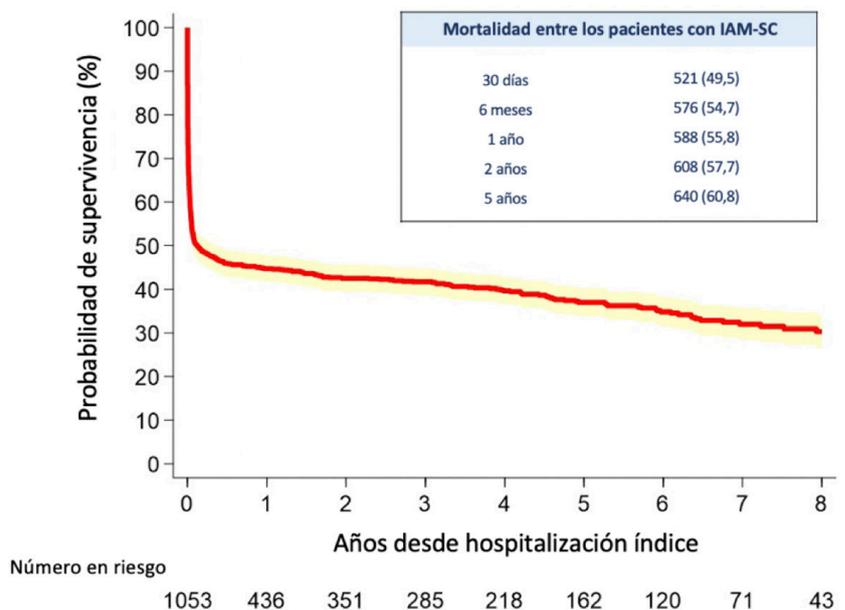
Conclusiones: La IM mejoró en el 29,2% de los pacientes. La mejoría fue más probable en los que se implantó una prótesis balón-expandible y en aquellos con una FEVI deprimida y con el VI más dilatado. Nuestros resultados sugieren que la IM, en los pacientes que mejoran, tiene un componente funcional y por ello responde mejor a la reducción de la poscarga tras TAVI.

P-038. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA MORTALIDAD EN SHOCK CARDIOGÉNICO POSINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN GALICIA

Ana Ledo Piñeiro, Julio Echarte Morales, Andrés Antelo Abeijón, André González García, David González García, Saleta Fernández Barbeira, José Antonio Baz Alonso, Andrés Íñiguez Romo, Rodrigo Estévez Loureiro y Sergio Raposeiras Roubín

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra.

Introducción y objetivos: La insuficiencia ventricular izquierda tras un infarto agudo de miocardio es la causa más común de shock cardiogénico (SC). Pese a la generalización de estrategias de revascularización en pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMGEST) y los avances en el soporte circulatorio mecánico (SCM), la mortalidad intrahospitalaria asociada al SC sigue siendo alta. Este estudio pretende analizar



Comunicación P-038 Figura

la incidencia, tendencias, manejo y los resultados a corto y largo plazo de los pacientes con SC secundario a IAMCEST.

Métodos: Para ello, se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con 11.257 pacientes con IAMCEST en Galicia entre junio de 2015 y mayo de 2024. De esta cohorte, 1.053 (9,35%) pacientes fueron diagnosticados con SC según los criterios establecidos por el consenso del Shock Academic Research Consortium. La edad media fue de 68,4 años, con un 29,3% de mujeres. Un total de 527 (50%) pacientes fallecieron intrahospitalariamente. Los factores predictivos independientes de mortalidad incluyeron la edad, niveles de lactato, función ventricular izquierda < 40%, ventilación mecánica invasiva y complicaciones mecánicas.

Resultados: La mortalidad a 1 año fue del 55,8% y del 60,8% a los 5 años (figura). Durante el periodo del estudio, la mortalidad disminuyó ligeramente y aumentó el uso de SCM, SGLT-2 y ARM.

Conclusiones: En conclusión, 1 de cada 10 pacientes con IAMCEST evolucionan a SC y, aunque hubo pequeñas mejoras en la mortalidad a corto y largo plazo durante el estudio, las tasas siguen siendo altas, especialmente en los primeros 30 días.

P-039. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS EN CARDIOLOGÍA

Noelia Fernández Villa¹, Francisco José Pastor Pérez¹, Pedro José Flores Blanco², Alejandro Lova Navarro³, Francisca María Muñoz Franco⁴, Amparo López Martínez¹, Cristina Villa Vázquez¹, María Isabel Medina Quijada¹, Domingo Andrés Pascual Figal¹ y Sergio Manzano Fernández¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, Murcia.

³Sección de Cardiología, Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia.

⁴Sección de Cardiología, Hospital Comarcal del Noroeste, Caravaca de la Cruz, Murcia.

Introducción y objetivos: La pandemia por COVID-19 ha favorecido la expansión de diversas modalidades de consulta no pre-

sencial. El objetivo del estudio es describir la adaptación del modelo de atención ambulatoria en cardiología debido a la pandemia en un centro español y evaluar los resultados clínicos.

Métodos: Se evaluaron los resultados en un área de salud de 252.985 habitantes con un hospital, un centro de especialidades, 14 centros de salud y 32 consultorios. Se diseñó un estudio transversal para describir los cambios en el modelo de atención comparando los resultados entre marzo y julio de los años 2019 (periodo pre-COVID) y 2020 (periodo COVID). Adicionalmente, se llevó a cabo un diseño de cohorte retrospectiva con seguimiento a 3 meses para evaluar los eventos clínicos (muerte, asistencia a urgencias o ingreso hospitalario no programado).

Resultados: En 2019 se atendieron 4.636 pacientes y 7.872 consultas: 1.482 (18,8%) primeras visitas, 4.224 (53,7%) visitas sucesivas, 2.113 (26,8%) interconsultas telemáticas y 53 (0,7%) consultas telefónicas. En 2020 se atendieron 5.934 pacientes y 8.969 consultas: 1.559 (17,4%) primeras visitas, 3.939 (43,9%) visitas sucesivas, 2.434 (27,0%) interconsultas telemáticas y 1.037 (11,6%) consultas telefónicas. Los eventos clínicos registrados fueron similares en ambos periodos (figura).

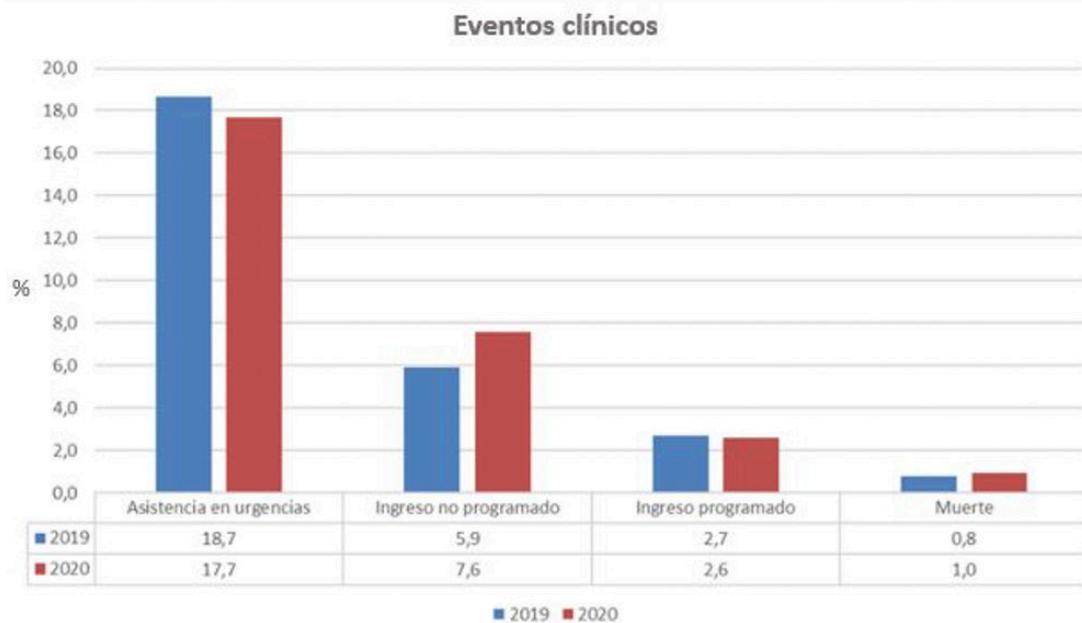
Conclusiones: Durante la primera ola de la pandemia por COVID-19, el modelo de atención en nuestro centro experimentó una transformación a expensas de un aumento de las consultas no presenciales. Este modelo fue seguro en cuanto a la aparición de eventos clínicos adversos a corto plazo.

P-040. EXPERIENCIA CON EL IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR HEART MATE III COMO TERAPIA DE DESTINO EN UN CENTRO TERCIARIO

Patricia Landín Jiménez, Josebe Goirigolzarri Alzarra, Alejandra Restrepo Córdoba, Irene Marco Clement, Jorge García Onrubia y Raquel Frías Lago

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: El dispositivo de asistencia ventricular izquierda Heart Mate III (HM3) ha demostrado ser una opción efectiva en insuficiencia cardíaca avanzada. El objeti-



Comunicación P-039 Figura

vo fue describir la experiencia con HM3 como terapia de destino en un centro terciario no trasplantador.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes sometidos a implante de HM3 entre diciembre de 2022 y febrero de 2025 en un centro terciario. Se analizaron características clínicas y ecocardiográficas, complicaciones posoperatorias precoces y evolución clínica posterior.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes, todos varones, con edad media de $68,5 \pm 1,29$ años. La etiología fue miocardiopatía dilatada isquémica en dos casos, un caso de origen no isquémico y una miocardiopatía chagásica. Tres pacientes estaban en situación de INTERMACS 3 y uno en INTERMACS 4. Tras un tiempo medio de $14,85 \pm 11,25$ meses de soporte, la supervivencia fue del 100%. El tiempo medio en UCI fue de $8 \pm 2,4$ días, sin necesidad de asistencia ventricular derecha u óxido nítrico inhalado. Un paciente precisó hemofiltración renal transitoriamente. En el seguimiento, se registraron dos infecciones superficiales del driveline, dos episodios de sangrado (uno digestivo y otro retroperitoneal) y ningún ictus. No se han objetivado complicaciones asociadas al HM3.

Conclusiones: El implante de HM3 como terapia de destino es una opción factible, con baja tasa de complicaciones y sin mortalidad asociada a la misma en el tiempo de seguimiento descrito. Esto refleja la importancia de una adecuada selección de pacientes para el éxito de esta terapia. Se requiere mayor experiencia y seguimiento para consolidar estos hallazgos.

P-041. ¿SUPONEN LAS LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD OBJETIVO < 55 MG/DL MEJOR CONTROL METABÓLICO Y MEJOR PERFIL CLÍNICO EN LOS PACIENTES REINGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Álvaro Rodríguez-Lescure González, Mateo Jiménez García, Raúl Calvo Córdoba, Macarena López Vázquez, Pablo Valentín García, Aday Monzón Melián, Miguel Ángel Simón García, Isabel López Neyra, Francisco Manuel Salmerón Martínez y Miguel José Corbí Pascual

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

Introducción y objetivos: El LDL se considera uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. El objetivo es conocer el impacto de la disminución del LDL objetivo sobre el control metabólico y las características clínicas del síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes reingresados con cardiopatía isquémica (CI) previa.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de 892 pacientes con CI previa que reingresaron en nuestro centro por SCA entre 2012 y 2024. Se compararon los grupos antes y después de la publicación de las nuevas recomendaciones de control de LDL de 2019.

Resultados: Se incluyeron 609 pacientes con LDL objetivo < 70 mg/dl y edad media de $70 \pm 11,74$ años, y 283 con umbral < 55 mg/dl, de edad media de $70,66 \pm 11,11$ años. Ambos grupos presentaron mayoría masculina (el 82,3 y el 82,7%). El primero presentó un LDL medio $80,42 \pm 36,49$ mg/dl con la consecución de su objetivo en el 41,7% respecto al segundo, con LDL medio $66,43 \pm 32,69$ mg/dl y consecución del 46,6%. Presentaron HTA el 85,7 y el 82,7%, respectivamente; DM el 48,6 y el 54,5%. La presencia de IAMCEST fue del 39,4 frente al 49,5%, sin diferencias en número de vasos afectados. Se emplearon dobutamina y noradrenalina en el 13,3 y el 14,3%, frente al 18,4 y el 17,3%. La tasa de éxitos fue mayor en el grupo de menor umbral: el 6,7 frente al 4,1%.

Conclusiones: La disminución del umbral LDL objetivo no supone un mejor control metabólico en pacientes reingresados por SCA con CI previa. Además, se observó en el grupo de menor umbral mayor presencia de IAMCEST, y mayor gravedad clínica y mortalidad.

P-042. DIFERENCIAS DE SEXO EN LA TITULACIÓN DE FÁRMACOS AL ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Irene Serrano Pastor, Lorenzo Fácila, Vicente Montagud, Lidia Gómez-Elegido, Javier Moya, Pau Aracil, Miguel Benedito, María Andreu y Rafael Payá

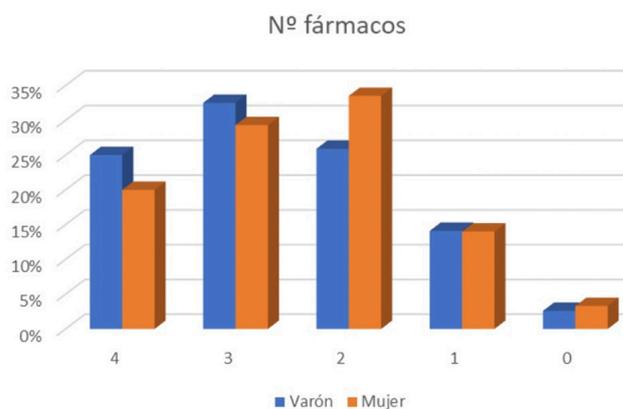
Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La titulación temprana e intensiva de la medicación pronóstica en insuficiencia cardiaca (IC) antes del alta reduce la mortalidad y las hospitalizaciones. Sin embargo, existen diferencias de sexo en este ámbito, estando las mujeres infrarrepresentadas en ensayos clínicos que demuestran su eficacia. El objetivo es describir una muestra de pacientes hospitalizados por IC con FEVI reducida (< 55%) y analizar si existen diferencias en cuanto a la titulación del tratamiento farmacológico en función del sexo.

Métodos: Este estudio observacional retrospectivo en un solo centro incluyó 760 pacientes hospitalizados por IC con FEVI reducida (< 55%) entre enero de 2020 y enero de 2025. Se recopilaron datos generales, así como información sobre los tratamientos modificadores de enfermedad. Posteriormente, se realizó un análisis de estas variables según el sexo de los pacientes.

Resultados: La edad media fue de 72,7 años, con un 71,7% de varones y un 28,3% de mujeres. Las mujeres eran significativamente mayores, con mayor obesidad e hipertensión. Los varones tenían más enfermedad renal crónica, tabaquismo y peor FEVI. Además, recibieron más inhibidores del receptor de angiotensina-nepirilina (el 58,9 frente al 50,7%; $p = 0,04$), sin diferencias en el resto de fármacos, y más frecuentemente cuatro y tres fármacos (el 25 frente al 20% y el 32,5 frente al 29%, respectivamente).

Conclusiones: Estos hallazgos reflejan diferencias en el perfil clínico y el manejo de la IC, con los varones dados de alta con mejor optimización terapéutica. Las diferencias en la edad, FEVI y comorbilidades podrían influir en estos resultados, destacando la necesidad de estudiar más a fondo las variaciones de tratamiento según el sexo para optimizar la atención en IC.



Comunicación P-042 Figura

	Varón (n=545)	Mujer (n=215)	p
Edad	71.46	76.04	<0.001
FA	57,20%	52,60%	0,239
Dislipemia	69,20%	67,80%	0,705
Diabetes	49,80%	50,20%	0,918
ECV previa	78,30%	74,80%	0,289
ERC	38,80%	30,80%	0,041
Obesidad	14%	20,10%	0,04
Exfumador	37,50%	7%	<0.001
Fumador	21,70%	9,80%	<0.001
HTA	73,60%	83,30%	0,017
Ingreso previo	53%	40,70%	0,002
FEVI	30,38%	33,47%	0,037
Creatinina	1.40	1.12	0,002
Hemoglobina	13.31	12.49	<0.001
TRATAMIENTOS			
Betabloqueantes	86,10%	85,60%	0,866
ARNI	58,90%	50,70%	0,04
ARM	50,60%	44,20%	0,109
iSGLT2	67,50%	68,40%	0,822
ARA2	14,30%	16,70%	0,398
IECA	6,10%	8,40%	0,25
Diuréticos	90,30%	87,90%	0,335

Comunicación P-042 Tabla

P-043. LUCES QUE PUEDAN GUIAR SOBRE LA NECESIDAD POSPROCEDIMIENTO DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Álvaro Rodríguez-Lescure González, Mateo Jiménez García, Raúl Calvo Córdoba, Ester Mínguez de la Guía, Sonia Cebrián López, Nuria Vallejo Calcerrada, Juan Gabriel Córdoba Soriano, Víctor Manuel Hidalgo Olivares, Francisco Manuel Salmerón Martínez y Miguel José Corbí Pascual

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

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha erigido como tratamiento de elección para la estenosis aórtica severa en la última década. El objetivo es conocer las diferencias clínicas entre los pacientes que requieren marcapasos definitivo posprocedimiento y aquellos que no.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de 166 pacientes que ingresaron en nuestro centro para realización de TAVI entre 2012 y 2024. Se compararon los pacientes que requirieron marcapasos definitivo posprocedimiento con aquellos que no.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, de los cuales 34 requirieron marcapasos definitivo posterior a TAVI, por 132 que no. No hubo diferencias de edad ($82 \pm 3,93$ años frente a $80,91 \pm 4,65$ años, respectivamente), pero sí en la representación de sexo masculino: el 82,4 respecto al 52,3%. Hubo menor presencia de factores de riesgo cardiovascular en el grupo marcapasos: HTA (el 82,4 y el 87,9%), DM (el 20,6 y el 42,4%) y dislipemia (el 61,8 y el 75,8%). También presentó menor proporción de electrocardiograma normal tanto previo como posterior al procedimiento (el 44 y el 0% frente al 80,3 y el 47%), en detrimento de mayor prevalencia de bloqueo completo de rama izquierda (el 2,9 y el 35,5% respecto al 6,8 y el 32,6%) y derecha (el 38,2 y el 5,9% ante el 5,3 y el 7,6%). Además, se objetivaron más pacientes en el grupo marcapasos con bloqueo auriculoventricular de segundo grado (el 11,8 y el 0%) y tercer grado (el 52,9 y el 3%) posprocedimiento.

Conclusiones: La realización de TAVI conlleva un aumento del riesgo de trastornos del ritmo y del requerimiento de MCP definitivo, especialmente en aquellos pacientes con electrocardiograma previo alterado.