

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

XLIV Congreso de la Sociedad Extremeña de Cardiología

Mérida, Badajoz, 4 y 5 de abril de 2025

ÁCIDO BEMPEDOICO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: ¿MENOR EFECTIVIDAD EN PRESENCIA DE LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA?

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Celia González-Peramato Muro, Ana Macarro Soto, Elías Emilio Majluf Abdala y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: La consecución de objetivos de cLDL < 55 mg/dl es clave en cardiopatía isquémica para mitigar eventos cardiovasculares. La Lp(a) es un factor de riesgo aterogénico independiente cuya medición facilita la estratificación en pacientes con terapia hipolipemiente intensiva. El ácido bempedoico es una opción de tercera línea en pacientes con cLDL elevado pese a estatinas de alta potencia y ezetimiba (EZT). Este estudio analiza su efectividad según los niveles de Lp(a).

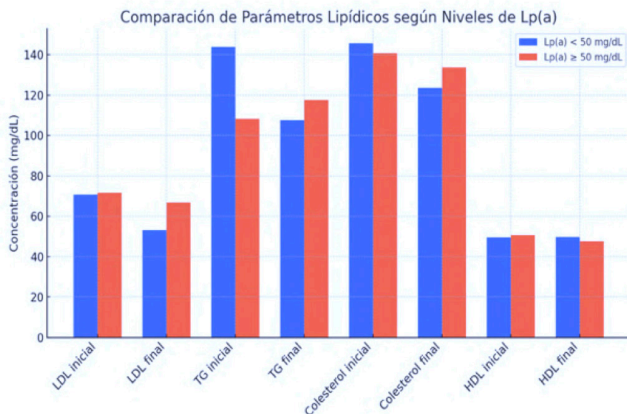
Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con cardiopatía isquémica tratados con estatinas de alta potencia + EZT, con cLDL > 55 mg/dl pese a la terapia optimizada. Se compararon dos grupos según Lp(a) ≥ 50 mg/dl o Lp(a) < 50 mg/dl, analizando la reducción de cLDL tras la adición de ácido bempedoico.

ración con Lp(a) ≥ 50 mg/dl (LDL final: 66,84 ± 25,01 mg/dl; p = 0,016). El resto de los resultados se presentan en la tabla.

Conclusiones: En pacientes con terapia hipolipemiente intensiva, la adición de ácido bempedoico logra una mayor reducción de cLDL en aquellos con Lp(a) < 50 mg/dl. En consonancia con la literatura existente, nuestros hallazgos sugieren que la presencia de niveles elevados de Lp(a) podría limitar la efectividad del bempedoico en la reducción del cLDL, resaltando la necesidad de estrategias terapéuticas dirigidas específicamente a la reducción de Lp(a) en este subgrupo de pacientes.

Parámetro	Lp(a) < 50 mg/dL (N=33/47)	Lp(a) ≥ 50 mg/dL (N=20/31)	p-valor
LDL inicial (mg/dL)	70,70 ± 14,27	71,60 ± 16,38	0,800
LDL final (mg/dL)	53,15 ± 14,27	66,84 ± 25,01	0,016
TG inicial (mg/dL)	143,79 ± 151,26	108,11 ± 59,83	0,360
TG final (mg/dL)	107,50 ± 59,14	117,35 ± 94,36	0,679
Colesterol inicial (mg/dL)	145,58 ± 28,54	140,68 ± 19,01	0,360
Colesterol final (mg/dL)	123,55 ± 21,17	133,65 ± 21,01	0,101
HDL inicial (mg/dL)	49,55 ± 13,13	50,64 ± 11,17	0,730
HDL final (mg/dL)	49,70 ± 15,22	47,58 ± 12,97	0,597

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TG: triglicéridos.



Resultados: La reducción de cLDL fue del 17% en pacientes con Lp(a) < 50 mg/dl y del 4% en aquellos con Lp(a) ≥ 50 mg/dl (p = 0,016). Se observó un mayor descenso de cLDL en los pacientes con Lp(a) < 50 mg/dl (LDL final: 53,15 ± 14,27 mg/dl) en com-

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SOBRE PARÁMETROS DIETÉTICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REHABILITACIÓN CARDIACA

Francisco José Rodríguez Velasco¹, Guadalupe Gil Fernández¹, Luis Miguel Lara Godoy², María Yuste Domínguez³, Julio Carmona Blesa⁴ y José Alberto Becerra Mejías⁵

¹Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz. ²Unidad de Cirugía Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz. ³Servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz. ⁴Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Cáceres.

⁵Centro Universitario de Plasencia, Universidad de Extremadura, Plasencia, Cáceres.

Introducción y objetivos: El control de los hábitos dietéticos en pacientes con enfermedad coronaria es fundamental para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares y mejorar su pronóstico a largo plazo. En este contexto, la educación para

la salud (EPS) juega un papel clave dentro de los programas de rehabilitación cardiaca (RC), ya que proporciona a los pacientes el conocimiento y las herramientas necesarias para adoptar y mantener una dieta más saludable. El objetivo del estudio fue determinar el impacto de la EPS en los hábitos dietéticos de pacientes sometidos a RC.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo longitudinal en el que se realizaron sesiones de EPS con pacientes que participaban en un programa de RC de 9 semanas del Área de Salud de Badajoz. Se recopilaron variables sociodemográficas y se evaluaron los hábitos dietéticos mediante un cuestionario dietético de 3 días al inicio del programa (T0) y al finalizarlo (T1). Los datos dietéticos obtenidos fueron analizados con software propio del grupo GIBIPSO para determinar los nutrientes presentes en la dieta y se aplicó el índice de alimentación saludable (IAS) a los mismos. El umbral de significación para las pruebas estadísticas realizadas fue $p \leq 0,05$.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 109 pacientes cardiopatas (94 varones) con una edad media de $60,45 \pm 7,69$ años. Se obtuvieron diferencias pre-(T0)-pos-(T1) estadísticamente significativas en la cantidad de [ácidos grasos saturados (AGS)] consumidos ($\bar{x}_{T0} = 19,68$, $\bar{x}_{T1} = 17,89$, $p = 0,024$), en el [cociente entre la cantidad de ácidos grasos poliinsaturados (AGP) y saturados] consumidos ($\bar{x}_{T0} = 0,57$, $\bar{x}_{T1} = 0,65$, $p < 0,001$) y en la [puntuación obtenida en el IAS] ($\bar{x}_{T0} = 67,40$, $\bar{x}_{T1} = 71,28$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que la EPS tuvo un impacto positivo en los hábitos dietéticos de los participantes en el programa de RC, reduciendo la ingesta de AGS, aumentando el consumo de AGP y mejorando la calidad de la dieta.

INFUSIÓN DE ETANOL EN LA VENA DE MARSHALL: ¿PODEMOS MEJORAR LA ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE?

José Miguel Rojo Pérez, Eugenio Picazo Feu, Ramón Rubí Matamoros, Clara Nuevo Gallardo, Miguel Vallejo Ruiz, Ana Belén Merón Pino, José Ramón López Mínguez y Juan Manuel Durán Guerrero

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

Introducción y objetivos: La ablación de fibrilación auricular (FA) es un tratamiento eficaz, pero en FA persistente las tasas de recurrencia siguen siendo elevadas. La vena de Marshall (VM) contiene inervación autonómica actuando como desencadenante de FA que puede ser modulado mediante la infusión retrógrada de etanol, lo que podría mejorar los resultados de la ablación en pacientes con FA persistente. El objetivo de este estudio es describir los resultados a 6 meses tras modulación con alcohol de la VM añadida a la ablación con radiofrecuencia habitual.

Métodos: Se incluyeron 51 pacientes consecutivos con FA persistente sometidos a ablación con modulación de VM. Se analizaron variables clínicas, electrofisiológicas y procedimentales. El criterio de éxito primario fue la presencia de RS a los 6 meses.

Resultados: La edad media fue de 61,86 años (IC95%: 59,59-64,14), con predominio masculino (84,3%). El 72,5% presentó FA persistente > 6 meses. El diámetro auricular izquierdo medio fue 42,80 mm (IC95%: 41,57-44,04) y el índice de masa corporal promedio 29,42 kg/m² (IC95%: 28,19-30,65). El tiempo medio de modulación de VM fue de 25,08 minutos. Se realizó bloqueo del istmo mitral y se utilizó sedación superficial en todos los casos. A los 6 meses, el 69,8% (IC95%: 56,0-83,5%) mantenía RS, mientras que el resto persistía en FA. El 19,6% de los casos se trató de una reintervención tras ablaciones fallidas.

Conclusiones: La ablación con modulación de la VM en pacientes con FA persistente se asoció con una tasa de mantenimiento de RS del 69,8% (IC95%: 56,0-83,5%) a 6 meses. Estos hallazgos sugieren que la modulación con etanol de VM podría mejorar los resultados de la ablación en esta población. Se requirieron estudios con mayor seguimiento y grupos control para validar estos hallazgos a largo plazo en nuestro centro.

APROXIMACIÓN AL ESCENARIO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR

Sandra Pérez Frías, Elena María Hurtado Algar, Javier Martínez Salto, Magdalena Monteiro Paiva Chaves, Begoña Pérez Gómez, Inmaculada Gómez Sánchez, Ernesto Martín Dorado y Carlos Palanco Vázquez

Servicio de Cardiología, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz.

Introducción y objetivos: La FA es la arritmia cardiaca más prevalente en el mundo, afecta hasta al 5,5% de la población total y proporciona un elevado riesgo de morbimortalidad que debe tenerse presente en la práctica clínica.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo observacional, tomando como muestra 206 pacientes ingresados en nuestra unidad entre mayo de 2021 y mayo de 2023 con el diagnóstico de FA. Analizamos las características basales y clínicas, así como el pronóstico, con una mediana de seguimiento de 20 meses.

Resultados: El 51,46% de los pacientes eran varones. La edad media fue de 75,74 años (mujeres 79,16 años; varones 72,51 años). Se observó elevada presencia de FRCV, siendo el 76,47% hipertensos, el 54,41% dislipémicos y el 33,17% diabéticos. La puntuación media en la escala CHA₂DS₂-VASc fue 3,93. Tenían cardiopatía isquémica el 21,82%. Presentaban insuficiencia cardiaca el 59,22% de los pacientes, siendo con FEVI preservada el 67,96%, ligeramente deprimida el 10,19% y reducida el 21,84%. Media de NT-proBNP al ingreso 6.238,49. La frecuencia cardiaca media al ingreso es de 109,8 latidos por minuto, al alta 71,5. Se detectó insuficiencia mitral en el 50,49% de los casos; estenosis mitral en el 6,31% y estenosis aórtica en el 9,71%. Respecto a la anticoagulación, el 19,42% de los pacientes tomaban antivitamina K (media de tiempo en rango terapéutico 35,84%), realizándose cambio a anticoagulante oral de acción directa al 20%. En el 69% de los casos no reingresan. La mortalidad fue del 15,12% (sin diferencias por sexo [$p = 0,116$] ni por FEVI [$p = 0,59$]).

Conclusiones: La caracterización de los pacientes diagnosticados de FA nos ayuda a conocer mejor la enfermedad para un abordaje más optimizado y completo. La edad, los factores de riesgo cardiovascular, el riesgo de ACV, etc., son factores a tener en cuenta, a los que se añaden en la práctica clínica la presencia de insuficiencia cardiaca, valvulopatías o la estrategia de anticoagulación, entre otros.

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Rocío Soledad González Garay, Estrella Martínez Bermúdez, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Ana Macarro Soto, Celia González-Peramato Muro, María Victoria Mogollón Jiménez y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: La lipoproteína (a) [Lp(a)] es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascu-

lar aterosclerótica. Convencionalmente se ha establecido que el riesgo cardiovascular aumenta a partir de Lp(a) > 50 mg/dl, aunque en estudios se ha sugerido que valores superiores a 30 mg/dl ya se asocian con un incremento del riesgo de cardiopatía isquémica (CI). El objetivo es evaluar la relación entre niveles de Lp(a) > 30 mg/dl y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con CI.

Métodos: Se realizó un análisis en 357 pacientes con diagnóstico de CI en seguimiento en nuestras consultas, estableciendo la asociación entre Lp(a) > 30 mg/dl y los siguientes factores: FRCV clásicos: hipertensión arterial (HTA), dislipemias (DLP), diabetes mellitus tipo 2 (DM2); edad de inicio de la CI < 55 años; extensión de la enfermedad coronaria: número de vasos afectados y gravedad de la CI: número de stents farmacoadactivos implantados.

Resultados: Expuestos en la tabla.

Conclusiones: Niveles superiores a 30 mg/dl se asocian con un inicio más precoz de la CI y mayor extensión de la enfermedad coronaria. Se observó la relación inversa entre los niveles séricos de Lp(a) y la presencia de DM2.

Tabla			
FRCV clásicos	Lp(a) < 30	Lp(a) > 30	p
Hipertensión arterial	48,1% (76)	42,6% (84)	0,30
Diabetes mellitus tipo 2	34,4% (55)	23,9% (47)	0,03
Dislipemias	87,5% (140)	87,8% (173)	0,93
Factores clínicos	Lp(a) < 30	Lp(a) > 30	p
Edad debut CI < 55,6 años	57,2% (91)	71,6% (141)	0,04
+1 de un evento CI	25,2% (40)	24,1% (47)	0,82
Afectación 1 vaso	45,6% (73)	53,6% (104)	0,14
Afectación + de 2 vasos	18,1% (29)	27,3% (53)	0,04
Implante 1 stent	41,9% (67)	53,6% (104)	0,20
Implante + de 2 stents	21,9% (35)	29,2% (57)	0,12

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE PACIENTES QUE DEBUTAN CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ANTES DE LOS 55 AÑOS

Ana Macarro Soto, Celia González-Peramato Muro, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica (CI) está tradicionalmente asociada a la edad avanzada y factores de riesgo cardiovascular clásicos. Su debut en pacientes jóvenes podría asociarse a factores de riesgo atípicos o más agresivos que deben ser abordados para implementar estrategias preventivas a una edad temprana. El objetivo de este trabajo es identificar las características asociadas al inicio precoz de la cardiopatía isquémica.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, que incluyó 369 pacientes con cardiopatía isquémica crónica atendidos en consulta de cardiología entre 2016 y 2023, a los que se les realizó estudio genético por tener la enfermedad a edad temprana, cifras elevadas de LDL y/o antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística se obtuvieron mediante la prueba t de Student para variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados: En los varones, el debut es más frecuente por debajo de los 55 años (86,9% vs. 69,9%, p < 0,0001), mientras que

las mujeres debutan más frecuentemente después de esta edad (13,1% vs. 30,1%, p < 0,0001). La extensión de su enfermedad, así como la probabilidad de recurrencia, se analizan en la tabla 1. La dislipemia es más frecuente en pacientes por encima de los 55 años (84,5% vs. 92,3%, p < 0,024), aunque existen diferencias significativas en la distribución del perfil lipídico, descritas en la tabla 2. Se analiza el impacto del riesgo genético en la tabla 3.

Conclusiones: En pacientes que debutan con cardiopatía isquémica antes de los 55 años existe una mayor extensión de la enfermedad y riesgo de recurrencia; los niveles de colesterol total y de LDL son más bajos que en edades más avanzadas, mientras que los niveles de lipoproteína (a) se encuentran más elevados; existen factores de riesgo genéticos asociados.

Tabla 1. Análisis descriptivo y estadístico de la extensión de la enfermedad

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
> 1 evento	31,8%	14,2%	< 0,0001
Vasos afectados			
> 1 vaso	52,9%	45,5%	0,16
> 2 vasos	23,5%	16%	0,004
Tratamiento utilizado			
> 1 stent	48,8%	40,4%	0,11
> 2 stents	30,1%	19,2%	0,012

Tabla 2. Análisis descriptivo y estadístico de valores máximos alcanzados de perfil lipídico

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
Colesterol total máx.	257,9 ± 63,98	267,63 ± 54,27	0,014
LDL máx.	164,55 ± 50,38	178,65 ± 45,18	0,021
HDL máx.	53,87 ± 13,25	60,13 ± 15,39	0,002
Triglicéridos máx.	365,62 ± 293,87	276,6 ± 328,85	0,136
Lp(a) máx.	63,93 ± 65,51	46,7 ± 44,21	0,001

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a).

Tabla 3. Análisis descriptivo y estadístico de resultados de análisis genéticos y de polimorfismos

	Debut < 55 años	Debut > 55 años	p significación
Antecedentes familiares de CI precoz	67,1%	71,2%	0,41
Riesgo genético coronario			
Bajo	6,4%	6,1%	0,9
Alto	51,32%	57,7%	0,22
Estudio genético de hipercolesterolemia familiar			
Negativo	75,4%	76,9%	
No concluyente	20,7%	20,5%	0,69
Positivo	4,2%	2,6%	
Polimorfismos de lipoproteína (a)			
rs1045872	24,9%	16%	0,04
rs3798220	9,62%	8,9%	0,82

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ANALÍTICAS DE PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Miguel Ángel Silva Cerpa, José Javier Gómez Barrado, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, Estrella Martínez Bermúdez y Rocío Soledad González Garay

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

Introducción y objetivos: La arteriopatía periférica (AP) y la cardiopatía isquémica (CI) están íntimamente relacionadas. Son manifestaciones de la enfermedad arterial aterosclerótica y comparten múltiples factores de riesgo. La coexistencia de ambas patologías indica un mayor compromiso del sistema vascular, aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas y analíticas de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica y su relación con la arteriopatía periférica, identificando los factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal en el que se incluyeron 1.674 pacientes con CI crónica atendidos en consulta de cardiología durante los años 2016-2025. Se recogieron variables clínicas, demográficas y analíticas. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística ($p < 0,05$) se calcularon mediante la prueba t de Student para variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados: El 7,2% de los pacientes con CI crónica presentaban AP, predominando en varones (8,4% vs. 1,7%; $p < 0,0001$). La mortalidad fue mayor en pacientes con AP (17,3% vs. 10,5%; $p < 0,0001$). Los pacientes con AP mostraron menor filtrado glomerular y niveles más bajos de cHDL. Se observó asociación significativa entre AP y la presencia de hipertensión, dislipemia, tabaquismo y diabetes mellitus. El análisis descriptivo de variables continuas se observa en la tabla 1, así como la comparación de los factores clínicos en la tabla 2.

Conclusiones: Los pacientes con AP y CI presentan mayor presencia de factores de riesgo cardiovascular. Además, su mortalidad es significativamente superior. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un control más estricto y estrategias de prevención secundaria para mejorar su pronóstico y reducir complicaciones.

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra

Variable	AP (+) (n = 120)	AP (-) (n = 1.554)	p valor
Edad de inicio de CI (años)	59,8 ± 11,4	59,1 ± 11,6	0,501
IMC (kg/m ²)	28,2 ± 4,7	28,5 ± 4,2	0,487
Perímetro abdominal (cm)	102,5 ± 12,9	100,9 ± 11,7	0,141
Filtrado glomerular (ml/min)	65,7 ± 26,8	77,8 ± 19,6	< 0,001
Colesterol total más alto (mg/dl)	217,0 ± 52,9	224,3 ± 49,0	0,123
LDL más alto (mg/dl)	134,5 ± 45,4	139,0 ± 42,9	0,272
HDL mínimo (mg/dl)	32,2 ± 15,9	35,2 ± 10,6	0,005
Triglicéridos más elevados (mg/dl)	232,9 ± 139,8	229,1 ± 186,9	0,825

AP: arteriopatía periférica; CI: cardiopatía isquémica; HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2. Asociación entre arteriopatía periférica y factores clínicos

Factor de riesgo	AP (+) (%)	AP (-) (%)	p valor
Sexo masculino	95,8	81,2	< 0,0001
Hipertensión	75,8	56,3	< 0,001
Dislipemia	80,8	70,5	0,016
Tabaquismo activo	15,8	13,7	0,01
Diabetes mellitus	56,7	32,1	< 0,001

AP: arteriopatía periférica.

DIABETES MELLITUS Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA

Celia González-Peramato Muro, Ana Macarro Soto, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: Presentamos un estudio epidemiológico y de parámetros lipídicos en pacientes diabéticos que sufren cardiopatía isquémica. La diabetes y la cardiopatía isquémica están estrechamente relacionadas debido al impacto que tiene la hiperglucemia crónica en el sistema arterial coronario y vascular. Siendo la diabetes uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables se exponen aquí otros factores con los que se relaciona, como la dislipemia y la enfermedad renal crónica.

Tabla 1. Características clínicas

Características clínicas	Pacientes con diabetes (%)	Pacientes sin diabetes (%)	Valor de p
Total de pacientes con cardiopatía isquémica	568 (33,9%)	1107 (66,1%)	—
Sexo			0,475
Masculino	33,5%	—	
Femenino	35,7%	—	
Dislipemia	78,8%	67,4%	< 0,0001
Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz	36,9%	39,3%	0,45
Hipertensión arterial (HTA)	73,6%	49,6%	< 0,0001
Edad de inicio de la cardiopatía isquémica (en años)	60,53 ± 11,78	58,38 ± 11,46	< 0,0001
IMC	29,21 ± 4,54	28,03 ± 4,05	< 0,0001
Perímetro abdominal (en cm)	103,86 ± 12,02	99,50 ± 11,33	< 0,0001
FG (en ml/min)	72,65 ± 22,84	79,19 ± 18,67	< 0,0001

IMC: índice de masa corporal; FG: filtrado glomerular.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio unicéntrico y transversal, en el que se han incluido 1.675 pacientes con cardiopatía isquémica crónica atendidos en la consulta de cardiología entre los años 2016-2024. A dichos pacientes se les ha estudiado y han sido clasificados según características clínicas (tabla 1), como son la edad, el sexo, la presencia o no de hipertensión

arterial y los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. También se han clasificado según parámetros analíticos (tabla 2), como son las distintas mediciones lipídicas. Se realizó un análisis descriptivo y los valores de significación estadística se calcularon mediante la prueba t de Student para variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

Resultados: Los resultados se expresan en las tablas 1 y 2. La prevalencia de diabetes en nuestra población con cardiopatía isquémica crónica es de 33,9%. Los pacientes con diabetes asocian más frecuentemente hipertensión arterial y dislipemia con unos valores de p significativos. Asimismo, hay relación significativa entre la diabetes y el IMC, el perímetro abdominal y la disminución del filtrado glomerular. No se han encontrado diferencias significativas entre la asociación de diabetes y sexo, lipoproteína a, o niveles de HDL en sangre.

Conclusiones: En los pacientes con cardiopatía isquémica diabética, la diabetes se asocia fuertemente con otros factores de riesgo cardiovascular. Además, los niveles lipídicos son en general menores en los pacientes diabéticos. Debido a esto, es crucial un enfoque terapéutico integral que contemple el control glucémico, lipídico y tensional.

Tabla 2. Parámetros analíticos

Parámetros analíticos	Pacientes con diabetes	Pacientes sin diabetes	Valor de la p
Colesterol máx. (mg/dl)	218,44 ± 47,43	226,54 ± 50,02	< 0,0001
LDL máx. (mg/dl)	130,80 ± 40,63	142,74 ± 43,73	< 0,0001
HDL máx. (mg/dl)	56,23 ± 16,92	59,02 ± 23,68	0,014
Triglicéridos máx. (mg/dl)	277,66 ± 237,49	205,41 ± 146,32	< 0,0001
LPA (mg/dl)	40,42 ± 51,31	44,73 ± 52,65	0,131

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; LPA: lipoproteína A.

ESTUDIO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ASOCIADA A PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER EN NUESTRO CENTRO

Natalia Torrijos López, Andrea Alonso Campana, Clara Nuevo Gallardo, José Miguel Rojo Pérez, Estrella Suárez Corchuelo, Juan Manuel Nogales Asensio, María Reyes González Fernández y José Ramón López Mínguez

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

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula aórtica transcáteter (TAVI) constituye una complicación infrecuente. No obstante, con el aumento de estos procedimientos se anticipa un incremento de pacientes en riesgo. Nuestro objetivo fue estudiar a los pacientes con EI sobre TAVI en nuestro centro y los factores predisponentes.

Métodos: Analizamos retrospectivamente 629 pacientes consecutivos sometidos a implante exitoso de TAVI en nuestro centro entre 2013 y 2025. Analizamos las variables basales al ingreso y la evolución de los pacientes con EI sobre TAVI.

Resultados: En los pacientes con implante de TAVI, la edad media fue de 80,6 ± 5,4 años, con un 54,5% de mujeres. En 232 se implantó una prótesis autoexpandible. Durante el seguimiento (media de 49 meses), 13 pacientes presentaron EI sobre TAVI. De estos, la edad media fue 77,3 ± 6,00, siendo EI

23,1% mujeres. En 3 pacientes (23,1%) la EI fue precoz (< 60 días), en 3 (23,1%) tardía (60 días y 1 año) y en 7 (53,8%) muy tardía (> 1 año). El microorganismo más frecuente fue *Enterococcus faecalis* (46,15%), predominando la ausencia de foco (61,54%). En 2 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico (15,4%). El desarrollo de complicaciones se dio en un 61,54% de los casos, falleciendo 2 pacientes (25%). En el análisis multivariante, las variables basales y durante el ingreso asociadas de forma independiente al desarrollo de EI sobre TAVI en el seguimiento fueron el sexo masculino (OR 3,61; IC95% 0,97 a 13,45; p = 0,056) y la situación crítica preimplante de TAVI (OR: 8,09; IC95%: 2,00 a 32,69; p = 0,003).

Conclusiones: La incidencia de EI sobre TAVI en nuestra cohorte fue infrecuente, predominando un desarrollo muy tardío. La mayoría de pacientes recibió tratamiento médico y se dio un elevado porcentaje de complicaciones. El sexo masculino y una situación crítica preimplante se asociaron a una mayor incidencia de EI sobre TAVI.

EVENTOS CARDIOVASCULARES A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y ENFERMEDAD DE TRONCO CORONARIO

Elías Emilio Majluf Abdala, David Chipayo González, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, María Victoria Mogollón Jiménez y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en insuficiencia cardiaca (IC). Sin embargo, la revascularización ha demostrado resultados contradictorios. Actualmente, el beneficio de la revascularización coronaria en pacientes con enfermedad de tronco coronario (TC) y disfunción ventricular izquierda no está claro. Los objetivos fueron comparar la prevalencia de un endpoint primario (muerte CV, infarto agudo de miocardio o reingreso por IC) entre los pacientes con enfermedad de TC y disfunción ventricular izquierda que reciben solo terapia médica óptima (TMO), TMO + ICP o TMO + CRC. Como objetivo secundario comparamos la prevalencia ajustada de un endpoint secundario de muerte CV, IAM, ingreso por IC o revascularización no planificada.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo en pacientes con disfunción ventricular con FEVI < 40% y estenosis > 50% del TC. Se realizó una base de datos de los pacientes que cumplían dichas características vistos entre 2015 y 2020. Se excluyeron los pacientes que habían tenido ICP previas, SCA como presentación o seguimiento menor a 3 años.

Resultados: Obtuvimos 275 pacientes, la edad media fue de 71 ± 11 años. El 78% eran masculinos. El 82% tenían HTA, el 35% DM2 y el 20% fibrilación auricular. La FEVI media fue de 32 ± 6,9%. El 49% de pacientes recibieron TMO + ICP, el 31,4% recibieron TMO + CRC y el 19,55% recibieron solo TMO. El 43,1% se presentaron como IC aguda. En el análisis retrospectivo la muerte CV en el grupo fue de 12,5%, la prevalencia de IAM fue de 4,9% y el reingreso por IC fue de 14,7%. La tabla muestra el hazard ratio total y ajustado por pareamiento por puntaje de propensión del endpoint primario y secundario. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el endpoint primario ni en sus componentes. Por otro lado, sí se encontró una mayor prevalencia de revascularización no planificada en el grupo de ICP + TMO comparado con el grupo de CRC + TMO y el grupo de solo TMO.

Conclusiones: En este estudio de vida real se ha encontrado que, en pacientes con disfunción ventricular y enfermedad de

TC, la revascularización coronaria (ICP o CRC) no está asociada con una reducción del riesgo del endpoint primario. La estrategia de ICP se asoció a un mayor riesgo de revascularización no planificada en el seguimiento.

Tabla		
	HR	HR (ajustado por PS)
Endpoint primario	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO
	0,46 (0,19-0,94) p = 0,023	0,87 (0,58-1,01) p = 0,053
	CRC + TMO vs. TMO	CRC + TMO vs. TMO
Muerte CV	0,61 (0,46 + 0,87) p = 0,023	0,94 (0,87-1,67) p = 0,081
	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. TMO
	0,7 (0,54-0,98) p = 0,061	0,8 (0,71-1,45) p = 0,165
	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO
	0,29 (0,19-0,94) 0,023	0,45 (0,23-1,05) p = 0,067
	CRC + TMO vs. TMO	CRC + TMO vs. TMO
Infarto agudo de miocardio	0,79 (0,46-0,87) p = 0,023	1,03 (0,78-1,45) p = 0,765
	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. TMO
	0,87 (0,54-1,06) p = 0,58	0,98 (0,87-1,93) p = 0,8
	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO
	1,05 (0,67-2,78) p = 0,93	0,87 (0,61-1,45) p = 0,57
	CRC + TMO vs. TMO	CRC + TMO vs. TMO
Reingreso por IC	0,67 (0,21-0,74) p = 0,082	0,39 (0,29-1,02) p = 0,082
	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. TMO
	0,49 (0,54-0,68) 0,41	0,85 (0,74-1,17) p = 0,55
	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO
	0,93 (0,81-1,98) p = 0,09	0,87 (0,69-1,69) p = 0,1
	CRC + TMO vs. TMO	CRC + TMO vs. TMO
Revascularización no planeada	0,87 (0,64-1,22) p = 0,18	0,58 (0,64-1,22) p = 0,052
	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. TMO
	0,77 (0,54-1,19) p = 0,35	0,70 (0,64-1,78) p = 0,27
	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO
	0,61 (0,12-0,72) p = 0,021	0,81 (0,47-0,91) p = 0,041
	CRC + TMO vs. TMO	CRC + TMO vs. TMO
	0,49 (0,27-0,72) p = 0,018	0,78 (0,64-1,01) p = 0,057
	ICP + TMO vs. TMO	ICP + TMO vs. TMO
	1,53 (1,12-1,8) 0,028	1,21 (1,07-1,62) 0,047
	CRC + TMO vs. ICP + TMO	CRC + TMO vs. ICP + TMO

FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO COMO ESTRATIFICADOR PRONÓSTICO EN NUESTROS PACIENTES ISQUÉMICOS

Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Celia González-Peramato Muro, Ana Macarro Soto, Carla Guillem Ferrer y José Javier Gómez Barrado

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

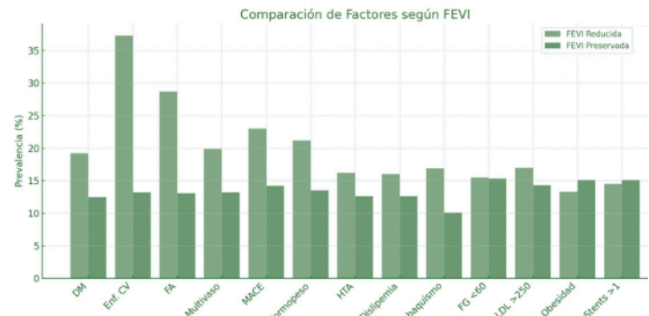
Introducción y objetivos: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un marcador clave en la estratifi-

cación del riesgo y pronóstico de la cardiopatía isquémica, asociado a mayor morbimortalidad cuando está reducida. Este estudio analiza la relación entre FEVI y factores clínicos y ateroscleróticos, incluyendo enfermedad coronaria multivaso, dislipemia, diabetes mellitus (DM), fibrilación auricular (FA) y eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE).

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal con 949 pacientes con cardiopatía isquémica. Se estratificaron en dos grupos según FEVI conservada ($\geq 50\%$) o deprimida ($< 50\%$). Se analizaron asociaciones mediante pruebas de chi-cuadrado entre FEVI y factores clínicos relevantes, como HTA, DM, tabaquismo, dislipemia, FA, enfermedad cerebrovascular, función renal alterada (FG < 60 ml/min), extensión de la enfermedad coronaria y MACE.

Resultados: El 14,9% presentó FEVI reducida, asociándose significativamente con DM (p = 0,005), enfermedad cerebrovascular (p < 0,001), FA (p < 0,001), enfermedad coronaria multivaso (p = 0,012) y MACE (p = 0,001). También se observó menor frecuencia de normopeso en este grupo (p = 0,011). No hubo diferencias significativas con respecto a HTA, dislipemia, tabaquismo, insuficiencia renal crónica, obesidad, niveles de LDL elevados ni número de stents implantados (el resto de resultados se presentan en la tabla).

Conclusiones: La reducción de FEVI en pacientes con cardiopatía isquémica se asocia con mayor prevalencia de DM, FA, enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria avanzada. Su presencia también se correlaciona con una mayor carga de eventos cardiovasculares adversos, lo que resalta la importancia de una vigilancia estrecha y una optimización terapéutica en estos pacientes.



Figura

Variable	FEVI Reducida (%)	FEVI Preservada (%)	p-valor
Diabetes Mellitus	19,2%	12,5%	0,005
Enfermedad cerebrovascular	37,3%	13,2%	<0,001
Fibrilación auricular	28,7%	13,1%	<0,001
Enfermedad coronaria multivaso	19,9%	13,2%	0,012
Eventos cardiovasculares mayores (MACE)	23,0%	14,2%	0,001
Normopeso	21,2%	13,5%	0,011
Hipertensión arterial	16,2%	12,6%	0,142
Dislipemia	16,0%	12,6%	0,164
Tabaquismo (activo o exfumador)	16,9%	10,1%	0,080
FG < 60 ml/min	15,5%	15,3%	0,940
LDL > 250 mg/dL	17,0%	14,3%	0,333
Obesidad (IMC > 30)	13,3%	15,1%	0,453
Número de stents (>1)	14,5%	15,1%	0,812

Tabla

IMPACTO DE LA REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA POR ANGINA ESTABLE EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO PREVIO: ¿MÁS BENEFICIO O MAYOR RIESGO?

Carla Guillem Ferrer, Miguel Ángel Silva Cerpa, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Rocío Soledad González Garay, Estrella Martínez Bermúdez, José Javier Gómez Barrado y María Victoria Mogollón Jiménez

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

Introducción y objetivos: La revascularización coronaria inmediata es fundamental en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, algunos de estos pacientes requieren revascularizaciones posteriores por angina estable (AE), lo que plantea interrogantes sobre su impacto en la incidencia de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE). El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la revascularización por AE en pacientes que ya han tenido un evento (IAM) y la aparición de MACE, así como evaluar si el número de revascularizaciones por AE influye en la incidencia de estos eventos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en una cohorte de 951 pacientes con IAM previo revascularizado percutáneamente. Se evaluó la incidencia de MACE (definido como re-IAM no mortal, ictus no mortal, hospitalización/visita a urgencias por insuficiencia cardiaca) en función de la presencia o ausencia de revascularización por AE. Asimismo, se analizó la relación entre el número de revascularizaciones por AE y la aparición de MACE. Se emplearon pruebas t de Student y ANOVA para el análisis estadístico.

Resultados: Los pacientes con IAM previo que fueron revascularizados posteriormente por AE presentaron una mayor incidencia de MACE en comparación con aquellos que no tuvieron AE (28,6% vs. 17,2%, $p = 0,56$). Dentro del grupo de pacientes revascularizados por AE, la tasa de MACE fue del 33,3% en aquellos con 1 revascularización adicional, mientras que en pacientes con > 1 revascularización adicional fue del 0%, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,58$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con IAM previo, la revascularización por angina estable no mostró una asociación significativa con la aparición de MACE. Tampoco se encontró una relación significativa entre el número de revascularizaciones adicionales y la incidencia de eventos cardiovasculares. No obstante, la mayor incidencia de MACE en pacientes revascularizados por angina estable plantea la necesidad de reconsiderar la indicación del abordaje invasivo frente a estrategias más conservadoras.

LIPOPROTEÍNA (A) Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Rafael Cantisán Campillos, María Victoria Mogollón Jiménez y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es una partícula similar a la LDL, con una fuerte influencia genética y un papel clave en la aterosclerosis. Se ha identificado como un factor de riesgo cardiovascular independiente, asociado con mayor gravedad de la enfermedad coronaria y necesidad de intervenciones percutáneas. Este estudio analiza la asociación entre niveles elevados de Lp(a) y diversos desenlaces clínicos en pacientes con cardiopatía isquémica.

Métodos: Este estudio analiza la asociación entre los niveles de Lp(a) y eventos cardiovasculares en una cohorte de 369 pacientes. Se examina la presencia de enfermedad coronaria significativa, el uso de stents y el compromiso de vasos sanguíneos, considerando un umbral de Lp(a) > 50 mg/dl. Se realizó un análisis observacional retrospectivo mediante tablas cruzadas y pruebas de chi-cuadrado. Se compararon los grupos con Lp(a) ≤ 50 mg/dl y > 50 mg/dl en relación con variables como más de un evento cardiovascular, afectación de uno o más vasos y necesidad de intervenciones percutáneas con uno o más stents.

Resultados: El 79,7% de la muestra eran varones y el 68,8% tenían antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Los datos descriptivos de ambos grupos se muestran en la tabla 1. No se encontró asociación significativa entre Lp(a) > 50 mg/dl y la recurrencia de eventos cardiovasculares. Se observó una correlación significativa entre Lp(a) elevada y el compromiso de uno o más vasos y el uso de uno o más stents, aunque la relación con el uso de más de dos stents no fue significativa (estos resultados se muestran en la tabla 2).

Conclusiones: La elevación de Lp(a) se asoció con enfermedad coronaria más extensa y necesidad de intervenciones percutáneas, aunque no con mayor incidencia de eventos cardiovasculares. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar Lp(a) en la estratificación de riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Análisis descriptivo y estadístico de características basales

	Lp(a) < 50	Lp(a) > 50	p significación
Prevalencia	56,4% (202)	43,6% (156)	-
Edad inicio CI	52,66 ± 9,411	51,95 ± 9,456	0,699
Colesterol total	258,036 ± 62,04	265 ± 58,22	0,533
LDL máx.	167,47 ± 46,7	173,51 ± 52,15	0,123
HDL máx.	55,1 ± 13,42	58,63 ± 15,73	0,046

CI: cardiopatía isquémica; HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a).

Tabla 2. Resultados del análisis estadístico comparativo

	Lp(a) < 50	Lp(a) > 50	p significación
Más de un evento CV	55,7%	44,3%	0,935
Más de un vaso	51,1%	48,9%	0,036
Más de 2 vasos	51,8%	48,2%	0,312
Más de 1 stent	50,9%	49,1%	0,053
Más de 2 stents	48,4%	51,6%	0,068

CV: cardiovascular.

MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ENFERMEDAD CORONARIA MULTIVASO EN TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DEL RECEPTOR DEL GLUCÓGENO TIPO 1

Rafael Cantisán Campillos, Marcos García Jambrina, Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Ana Macarro Soto, Celia González-Peramato Muro, María Victoria Mogollón Jiménez y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: Los análogos del GLP-1 (aGLP-1) son fármacos utilizados en el control glucémico de pacientes con

diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, sus beneficios cardiovasculares van más allá, sugiriendo efectos protectores en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. No obstante, las pruebas de su impacto en pacientes con un riesgo cardiovascular muy elevado, como los pacientes con DM2 y enfermedad coronaria multivazo (ECVM), son limitadas. Con el objetivo de evaluar la asociación entre el uso de aGLP-1 y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, se realiza este estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico en pacientes con DM2 y ECVM, con un seguimiento clínico mínimo de 1 año.

Métodos: Los pacientes se clasificaron en dos grupos: usuarios de aGLP-1 y no usuarios de aGLP-1. Se registraron las siguientes variables: mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio, hospitalización o atención urgente por insuficiencia cardiaca aguda e ictus. El seguimiento se realizó mediante revisión de las historias clínicas.

Resultados: Se exponen en las tablas 1, 2 y 3.

Conclusiones: En pacientes con DM2 y MVCAD, el tratamiento con aGLP-1 se asoció a una reducción significativa de la mortalidad por cualquier causa y de los episodios de insuficiencia cardiaca aguda. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia del aGLP-1 como estrategia terapéutica a considerar en este subgrupo de pacientes de alto riesgo. Se necesitan más estudios prospectivos para confirmar estos beneficios y explorar los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

REINFARTO NO MORTAL Y HOSPITALIZACIONES/ VISITAS A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDIACA COMO PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES

Carla Guillem Ferrer, Miguel Ángel Silva Cerpa, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambrina, Rafael Cantisán Campillos, Rocío Soledad González Garay, Estrella Martínez Bermúdez, José Javier Gómez Barrado y María Victoria Mogollón Jiménez

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

Introducción y objetivos: Los eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) constituyen una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con cardiopatía isquémica. Identificar factores predictores de MACE es crucial para optimizar el manejo terapéutico de nuestros pacientes y mejorar su pronóstico. El objetivo de este estudio es analizar si el número de re-IAM no mortales y/o la cantidad de hospitalizaciones/visitas a urgencias por insuficiencia cardiaca (IC) tienen relación con la incidencia de MACE en pacientes con cardiopatía isquémica crónica.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de 405 pacientes con cardiopatía isquémica crónica por infarto agudo de miocardio (IAM). Se analizó, por un lado, la relación entre el número de re-IAM no mortales y la tasa de MACE y, por otro lado, la relación entre el número de hospitalizaciones/visitas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	aGLP-1	No aGLP-1		aGLP-1	No aGLP-1
N	36%	64%	FA	5%	15%
Varones	66%	87%	ERC	22%	25%
HTA	83%	78%	Debut IAM	61%	68%
DLP	77%	78%	AP de ictus	5%	9%
Hábito tabáquico	61%	50%	EPOC	11%	6%

DLP: dislipemias; HTA: hipertensión arterial.

Tabla 2. Resultados de análisis univariado

	GLP-1	NO GLP-1	OR	p
Muerte por todas las causas	2 pacientes	12 pacientes	0,703 (0,514-0,963)	0,041
Mortalidad CV	0 pacientes	5 pacientes	0,897 (0,719-0,979)	0,048
IAM	2 pacientes	4 pacientes	0,895 (0,81-1,47)	0,303
IC	1 paciente	9 pacientes	0,125 (0,57-0,081)	0,038
Ictus	0 pacientes	3 pacientes	0,964 (0,811-1,013)	0,253

CV: cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca.

Tabla 3. Resultados del análisis multivariado

	OR GLP-1 VS. NO GLP-1	p
Muerte por todas las causas	0,915 (0,814-0,975)	0,046
Mortalidad CV	0,767 (0,524-1,056)	0,588
IAM	0,975 (0,745-1,96)	0,675
IC	0,846 (0,67-0,918)	0,042
Ictus	0,989 (0,889-1,945)	0,679

CV: cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca.

Tabla Comunicación Reinfarto no mortal y hospitalizaciones/visitas a urgencias por insuficiencia cardiaca como predictores de eventos cardiovasculares mayores

Variable	Coefficiente	Error estándar	Valor z	Valor p	IC95% inferior	IC95% superior
N.º ingresos/visitas urgencias por IC	0,7259	159	4,576	0,000	0,4150	1,0370
N.º re-IAM no mortal	6,0640	1,048	5,787	0,000	4,0100	8,1180

IAM: infarto agudo de miocardio; IC: insuficiencia cardiaca.

a urgencias por IC y la incidencia de MACE. Se definió MACE como un combinado de re-IAM no mortal, ictus no mortal, mortalidad cardiovascular y hospitalización/visita a urgencias por IC. El análisis se realizó mediante modelos de regresión logística binaria.

Resultados: Por un lado, se objetivó que a mayor número de hospitalizaciones/visitas a urgencias por IC, mayor probabilidad de presentar un MACE ($p < 0,0001$). Por otro lado, también se observó que a medida que aumentaba el número de re-IAM no mortales, también aumentaba la probabilidad de tener un MACE, sugiriendo una fuerte relación positiva (coeficiente de 6,0640, $p < 0,0001$, datos recogidos en la tabla).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que tanto los re-IAM no mortales como las hospitalizaciones/visitas a urgencias por IC están fuertemente relacionados con un mayor riesgo de presentar un MACE en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente en aquellos con IAM previo.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESTRATEGIA DE CONTROL DEL RITMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR EN NUESTRO MEDIO

Elena María Hurtado Algar, Inmaculada Gómez Sánchez, Javier Martínez Salto, Magdalena Monteiro Paiva Chaves, Sandra Pérez Frías, Begoña Pérez Gómez, Carlos Palanco Vázquez y Antonio Enrique Gordillo Higuero

Servicio de Cardiología, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca sostenida más frecuente en adultos a nivel mundial y asocia una importante morbimortalidad. Es crucial una adecuada selección de la mejor estrategia terapéutica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional en el que se analizaron 206 pacientes ingresados entre 2021 y 2023 con diagnóstico previo o al ingreso de FA en los que se optase por una estrategia de control del ritmo.

Resultados: Esta estrategia se realizó en el 23,79% de los pacientes, y más frecuentemente en varones ($p = 0,003$). La edad media fue significativamente menor que en aquellos en los que se optó por control de FC: 67,65 años frente a 77,3 ($p = 0,001$). Se realizó CVE en el 17,48% de los casos. El fármaco antiarrítmico más utilizado fue la amiodarona, seguido de la flecainida (46,94% y 14,29%). En el 14,29% se realizó ablación de venas pulmonares. No hubo diferencias en la tasa de reingresos entre ambas estrategias ($p = 0,4$) pero sí se observó de forma estadísticamente significativa una menor mortalidad ($p = 0,013$).

Conclusiones: En pacientes más mayores la incidencia de FA es mayor, así como la tasa de hospitalización, lo cual explicaría el predominio de la estrategia de control de FC en nuestra muestra. La mortalidad fue menor en la estrategia de control del ritmo, en probable relación con un mejor perfil de estos pacientes. El menor uso de la estrategia de control del ritmo en mujeres va en línea con la evidencia científica disponible, probablemente debido a un diagnóstico de FA más tardío y a mayor edad.

UTILIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA. DATOS EN VIDA REAL

Estrella Martínez Bermúdez, Rocío Soledad González Garay, Miguel Ángel Silva Cerpa, Carla Guillem Ferrer, Elías Emilio Majluf Abdala, Marcos García Jambрина, María Victoria Mogollón Jiménez y José Javier Gómez Barrado

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

Introducción y objetivos: Los pacientes con cardiopatía isquémica crónica pertenecen al grupo de muy alto riesgo cardiovascular, por lo que el objetivo de cLDL debe ser inferior a 55 mg/dl. Cuando este objetivo no se alcanza con terapias hipolipemiantes convencionales (estatinas de alta potencia y ezetimiba), el ácido bempedoico representa una alternativa eficaz antes de recurrir a tratamientos inyectables.

Métodos: Se presenta un estudio observacional prospectivo que evalúa el efecto del ácido bempedoico en pacientes con cardiopatía isquémica crónica y control subóptimo de LDL (> 55 mg/dl) a pesar del tratamiento con estatinas de alta potencia y ezetimiba. Se analizan cambios en los niveles lipídicos y la proporción de pacientes que logran un control adecuado de LDL. Se registraron variables demográficas y clínicas como sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Se midieron niveles de LDL, TG, colesterol total, HDL y Lp(a) antes y después del tratamiento. Se realizó una prueba t de Student para comparar las medidas pre y postratamiento.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes a partir de septiembre de 2023. La población fue predominantemente masculina (80,2%). El 50,5% presentó HTA y el 19,8% DM. La media de edad fue de 61,3 años. Tras el tratamiento, se observó una reducción del LDL del 14,03% (media inicial: 72,54 mg/dl, final: 62,36 mg/dl). Un 37,7% de los pacientes logró alcanzar niveles de LDL < 55 mg/dl. Otros parámetros lipídicos mostraron variaciones mínimas (tabla).

Conclusiones: El ácido bempedoico añadido al tratamiento combinado logró una reducción significativa en los niveles de LDL en pacientes con cardiopatía isquémica y LDL > 55 mg/dl, permitiendo alcanzar objetivos terapéuticos en un porcentaje considerable de casos. Por tanto, se recomienda su inicio en pacientes que no logran objetivo de LDL con terapias convencionales.

Tabla. Resultados del análisis comparativo

	Antes del ácido bempedoico	Después del ácido bempedoico
Colesterol total	143,78 ± 27,2	150,87 ± 149,74
HDL	49,97 ± 11,36	48,45 ± 13,52
LDL	72,54 ± 20,15	62,36 ± 22,88
Lp(a)	58,08 ± 48,45	57,34 ± 46,21
Triglicéridos	120,88 ± 101,97	112,34 ± 80,46

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Lp(a): lipoproteína (a).