

en ningún caso. Las características demográficas (± 64 años, 66% varones, 39% diabetes) y las variables del procedimiento (tiempo del procedimiento 56 ± 32 min, tiempo de fluoroscopia 9 ± 9 min, dosis de radiación $AK 1.490 \pm 1.384$ mGy, angioplastia 35%) fueron similares en ambos grupos (grupo redo frente a grupo naïve). Asimismo, no hubo diferencias en la tasa de fallo del acceso dTRA (el 16 frente al 13%; $p = 0,6$) y sus complicaciones graves (0%). Dos pacientes presentaron hematoma localizado en la zona de punción, que se resolvió con compresión habitual.

Conclusiones: En procedimientos coronarios de repetición, la estrategia de reutilización del acceso dTRA podría ser una alternativa factible, reproducible y segura, que podría ayudar a preservar la vía transradial convencional para futuros procedimientos.

630/33. RESULTADOS DEL REGISTRO DOLMEN: MODULACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD CARDIACA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Arancha Díaz Expósito¹, Ainhoa Robles Mezcuá¹, Laura Jordán Martínez², Alejandro Pérez Cabeza¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) sigue siendo una enfermedad con alta morbimortalidad. La modulación de la contractilidad cardiaca (CCM) supone un avance para el manejo de pacientes no subsidiarios o no respondedores a resincronización.

Métodos: En el estudio Dolmen se incluyó a pacientes con IC sometidos a implante de CCM durante el año 2020 en 2 centros andaluces. Fueron reevaluados a las 13, 24 semanas y al año, con control de parámetros de calidad de vida, analíticos y ecocardiográficos.

Resultados: De los 6 pacientes, 4 fueron hombres, con una mediana de edad de 64 años. El 83% presentaba miocardiopatía isquémica, en clase funcional NYHA II-III, con una mediana de FEVI del 39% [38-42] y NT-proBNP de 1.094 pg/ml [770-2354]. Todos tuvieron al menos un ingreso por IC en el año previo, y 4 precisaron diurético intravenoso en otra ocasión. Se objetivó una mejoría de la FEVI a las 24 semanas y al año (48 y 44%; $p = 0,016$). Se observó una mejora del 6MWT hasta la semana 24 (357 y 375 m), acompañada de una mejora de calidad de vida y reducción de NT-proBNP en todas las visitas, aunque no se alcanzó significación estadística. Al año, solo 2 pacientes necesitaron diuréticos intravenosos por descompensación y ninguno precisó ingreso.

Conclusiones: A pesar de que la serie fue pequeña, la CCM condicionó una mejoría de FEVI, disminución de descompensaciones y hospitalizaciones por IC, junto a reducción de NT-proBNP, convirtiéndose en una alternativa para pacientes no subsidiarios a resincronización, que persisten sintomáticos a pesar de tratamiento médico óptimo.

630/35. ANÁLISIS DEL FENÓMENO DE NO-REFLOW EN ICP PRIMARIA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA PREHOSPITALARIA

Isabel Lourdes Merino González, Miguel Morales García y Ricardo Francisco Rivera López

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

Introducción y objetivos: El fenómeno de no-reflow (NR) se asocia a peor pronóstico. El objetivo del estudio es comprobar si la administración de heparina prehospitalaria en pacientes con IAMCEST reduce el fenómeno NR.

Métodos: Se incluyó a pacientes con IAMCEST a los que se les realizó ICP primaria durante los años 2017 y 2018 en nuestro centro ($n = 389$), dividiéndolos en dos grupos, a los que se administró heparina prehospitalaria ($n = 250$) y a los que no ($n = 139$). Los criterios de exclusión fueron fibrinólisis previa, tratamiento conservador, PCR extrahospitalaria y arterias coronarias sin lesiones obstructivas. Se estudió la incidencia de fenómeno NR, mortalidad y complicaciones.

Resultados: La edad media fue $61,38 \pm 12,6$ años y $64,4 \pm 12,0$ años ($p = 0,02$), sin encontrarse diferencias significativas en cuanto a sexo, FRCV ni tratamiento farmacológico previo. El flujo TIMI inicial fue similar en ambos grupos (TIMI > 1 del 48,9 frente al 52,0%; $p = ns$). La mortalidad fue del 5,9 frente al 4,4% ($p = 0,52$). La incidencia de NR fue del 12,9 frente al 6,4% ($p = 0,028$), OR: 2,1 (IC, 1,07-4,41). No hubo diferencias significativas en la incidencia de sangrado mayor. El análisis multivariante mostró que la ausencia de administración de heparina se asoció con un incremento de NR (OR: 2,48 [1,2-5,3]; $p = 0,014$) y con la edad (OR: 1,04 [1,009-1,07]; $p = 0,008$), saliendo la insuficiencia renal del modelo.

Conclusiones: La administración de heparina en pacientes con IAMCEST previo a la llegada a la sala de hemodinámica se asocia con menor incidencia de NR y con mejores resultados del procedimiento.

630/36. ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL BNP EN EL TAPONAMIENTO CARDIACO

Isabel Lourdes Merino González, Miguel Morales García, Ricardo Francisco Rivera López y Laura Jordán Martínez

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

Introducción y objetivos: Hay pocos estudios que analicen el efecto del BNP en el taponamiento cardiaco. El objetivo del estudio es analizar los niveles de BNP en aquellos pacientes con diagnóstico de taponamiento cardiaco sometidos a pericardiocentesis y los parámetros asociados a niveles elevados de este.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 58 pacientes con diagnóstico de taponamiento cardiaco en los que se realizó pericardiocentesis durante los años 2016-2020 en nuestro centro. Los criterios de exclusión fueron complicaciones mecánicas del infarto, postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular y de procedimientos intervencionistas. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según su nivel de BNP al ingreso (mayor o menor de 300), estudiando la presencia de cardiopatía previa, forma de presentación clínica y etiología del derrame.

Resultados: El 79,3% tenía un BNP inferior a 300 y el 20,7% superior a 300. La presentación en forma de shock cardiogénico fue más frecuente en el segundo grupo (el 41,7 frente al 4,3%; $p = 0,002$), así como la presencia de cardiopatía previa (el 75 frente al 13%; $p = 0,001$). La etiología más frecuente fue la posquirúrgica tardía (el 33,3 frente al 6,5%), seguida del origen neoplásico (el 33,3 frente al 28,3%) y el idiopático (el 25 frente al 13%; $p = 0,074$). Los pacientes con niveles de BNP elevado tendieron a presentar mayor mortalidad (el 50 frente al 23,9%; $p = 0,07$).

Conclusiones: Los niveles de BNP en pacientes con taponamiento cardiaco son con frecuencia normales. Los niveles elevados se asociaron a una presentación más grave, presencia de cardiopatía estructural previa, mayor morbimortalidad y peor pronóstico.