

mayor tasa de tratamiento médico óptimo, ahorrando visitas innecesarias. Estos datos deben demostrar una reducción de morbimortalidad en un seguimiento a largo plazo.

630/40. USO DE FÁRMACOS PRONÓSTICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA EN ENFERMEDAD RENAL GRAVE

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Raúl López Aguilar¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés Del Valle Montero¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) grave confiere peor pronóstico a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FEVI reducida, siendo excluidos habitualmente de ensayos clínicos, con indicación de tratamientos limitada por ficha técnica o dudas en seguridad. Nuestro objetivo es valorar la seguridad de fármacos pronósticos de IC-FEVI reducida en pacientes con ERC grave.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie consecutiva de pacientes valorados en unidad cardiorrenal con IC y ERC grave (FGe < 30 ml/min), entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, edad media 69,6 ± 10,1 años, 61,1% hombres, 100% HTA, 66,7% diabéticos, FA 55,6%, ERC estadio G4 83,3 y G5 (todos en hemodiálisis) 16,7%. FEVI media 36,4 ± 10,9%, etiología isquémica 70,6%, clase funcional II 61,1%, 50% con dispositivos implantados. Año previo, el 38,9% visitó urgencias sin ingreso y el 44,4% ingresó. Basalmente, media pro-BNP 6.248 ± 6.913 pg/ml, Cr 2,92 ± 0,87mg/dl, FGe 22,06 ± 6,6 ml/min, K 4,8 ± 0,75mEq/dl. Tratamiento basal: ARNI el 72,2%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 38,9%, iSGLT2 el 5,6%. En el seguimiento (medio 112 ± 33 días) 1 fallecimiento (causa oncológica), 13,3% visitas a urgencias, 13,3% ingresos, sin casos de ERC terminal a 3 meses, Cr 2,31 ± 0,69 mg/dl, FGe 26,6 ± 8,3 ml/min, K 4,6 ± 0,53 mEq/dl. Tratados con ARNI, el 77,8%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 44,4%, iSGLT2 el 22,2%. No se ha retirado ningún fármaco, sin episodios de hiperpotasemia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de ARNI, ARM e iSGLT2 en FGe < 30 ml/min es seguro, sin generar hiperpotasemia ni conllevar a situación terminal renal. Un abordaje conjunto con nefrología permite introducir tratamiento pronóstico en estos pacientes con seguridad. Estos datos deben demostrarse en cohortes mayores y demostrar reducción de morbimortalidad a largo plazo.

630/41. USO DE LOS NUEVOS QUELANTES DE POTASIO. EXPERIENCIA EN VIDA REAL

José Andrés Del Valle Montero¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Raúl López Aguilar¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es una alteración electrolítica frecuente, potencialmente mortal de forma aguda y limitando a medio-largo plazo el uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) en pacien-

tes con enfermedad renal crónica (ERC), que precisan por valor pronóstico aquellos con insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida, indicación IA. La dieta baja en potasio y los quelantes clásicos tienen baja adherencia y efectividad. Recientemente han aparecido nuevos quelantes (patiromer, ciclosilicato de sodio-zirconio) como arsenal terapéutico. El objetivo fue valorar su seguridad, eficacia y adherencia en pacientes en vida real.

Métodos: Análisis descriptivo del uso de nuevos quelantes de potasio en pacientes valorados en nuestra Unidad Cardiorrenal, entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: De 37 pacientes valorados se prescribieron en 7. Edad media 68,17 ± 10,1 años, 71,4% hombres, 85,7% HTA, 42,9% diabéticos. ERC estadio G3b 42,9 y G4 57,1%. FEVI media 35,5 ± 3,8%, isquémicos 57,1%, clase funcional I 42,9% y II 57,1%, dispositivos implantados 42,9%. Basalmente, Cr media 2,46 ± 0,81 mg/dl, FGe 27,29 ± 5,52 ml/min, K 5,24 ± 0,43 mEq/dl. Tratamiento basal optimizado: ARNI 71,4%, betabloqueantes 77,8%, ARM 33,3%, iSGLT2 14,3%. En el seguimiento (medio de 117 ± 31 días) sin ERC terminal a 3 meses, K 5,03 ± 0,47, optimizados en tratamiento: ARNI 100%, iSGLT2 42,8%, resto igual. Dosis bajas de quelantes 57,1%. No se abandonó ningún fármaco por efectos secundarios, no hipopotasemias/hipomagnesemias ni visitas a urgencias.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, el uso de nuevos quelantes de potasio ha resultado seguro, eficaz y ha permitido titular medicación pronóstica sin efectos adversos referidos. Estos datos deben demostrarse en un seguimiento a largo plazo.

630/42. DIFERENCIAS EN LA HISTORIA NATURAL DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO ENTRE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y FENOCOPIAS

Carlos Federico Gómez Navarro¹, Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López², Juan Jiménez Jáimez³, Elvira Carrión Ríos² y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad genética cardiaca más frecuente. El 50-70% de MCH portan una variante patogénica en un gen sarcomérico. Las MCH presentan trastornos del ritmo con riesgo significativo de muerte súbita.

Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o el síndrome por variantes genéticas del gen que codifica la subunidad reguladora de la AMPK gamma 2 (SPRKAG2).

Métodos: Describir el historial de complicaciones arrítmicas en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH. Fueron incluidos pacientes con EF (n = 13) y SPRKAG2 (n = 7) de la consulta de Cardiopatías familiares de nuestro centro. Las MCH sarcoméricas (n = 20) son de la consulta de familiares de 2 centros.

Resultados: La edad del grupo fenocopias (47,1 ± 25 años) frente a MCH (43,6 ± 25 años), el 55% eran varones. Tenían un grosor VI máximo similar (15,4 ± 4 frente a 15,8 ± 6). La FEVI fenocopias (59,2 ± 15) frente a MCH (55,9 ± 22). Las fenocopias tuvieron FA 3 frente a 2 en MCH, síncope en 5 de cada grupo y disfunción sinusal en 7 (35%) fenocopias frente a 1 MCH (5%), precisando marcapasos en 3 fenocopias, frente ninguna MCH (p = 0,07). Se implantó 1 DAI en fenocopias frente a 3 en MCH (p = 0,58).

Conclusiones: En las fenocopias, disfunción sinusal y necesidad de marcapasos es frecuente. El implante de DAI es más frecuente en la MCH.

630/43. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INFARTOS EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID ha supuesto un cambio en la organización asistencial de los infartos, observándose un retraso en el acceso sanitario con el consiguiente empeoramiento pronóstico y aumento de la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los infartos en un periodo de la pandemia de COVID.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 400 pacientes ingresados por infarto en la pandemia de COVID. Se analizaron las características del infarto, de la arteria responsable, de la revascularización y su relación con la mortalidad precoz (ingreso y primeros 30 días).

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos (92% tipo 1), con un 53,5% IAMSEST y un 46,5% IAMCEST. Predominó la afectación de un único vaso (47%), fundamentalmente la DA (44,4%), consiguiéndose revascularización completa percutánea en el 59,8%, con revascularización quirúrgica en solo el 1,8%. En los IAMCEST fue más frecuente la afectación de DA o CD (36,5%), mientras que en los IAMSEST predominó el desconocimiento de la arteria afectada (el 13,3 frente al 0,5%; $p < 0,05$) seguida de la DA (11,6%). La mortalidad cardiaca precoz fue del 6%, siendo significativamente mayor en los IAMSEST ($p = 0,009$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la incidencia de IAMSEST e IAMCEST fue similar, predominando la afectación de un único vaso y consiguiéndose la revascularización percutánea completa en la mayoría, con resultados similares a los descritos en la literatura pre-COVID. Fuimos más conservadores en los IAMSEST, con menor realización de cateterismo cardiaco, encontrando mayor mortalidad cardiaca precoz en este grupo probablemente debido a una menor revascularización.

630/44. ARRITMIAS MALIGNAS Y BAV AVANZADO COMO FORMA DE PRESENTACION DEL SCA

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares y las alteraciones de la conducción son frecuentes en las primeras horas tras el SCA, siendo factores pronósticos importantes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la implicación de la arteria responsable del infarto en el desarrollo de arritmia ventricular y/o BAV avanzado

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto en un hospital terciario. Se analizó la relación existente entre la presentación de arritmias ventriculares o BAV avanzado con la arteria responsable del infarto y la mortalidad.

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos, presentándose el 5% como arritmia ventricular. En este grupo, el 50% tenía afectación de DA, el 20% de CX y el 15% de CD, sin

asociación significativa entre las arritmias malignas y la arteria responsable ($p = 0,97$), pero sí con la mortalidad ($p = 0,007$). El 3,8% se presentaron como BAV avanzado: el 66,7% con afectación de CD y el 13,3% de CX. Al dividir la muestra según la arteria afectada, encontramos asociación significativa entre la afectación de CD y la presencia de BAV avanzado ($p < 0,05$), sin asociación con la mortalidad ($p = 0,916$).

Conclusiones: Las arritmias ventriculares y el BAV avanzado constituyen dos entidades de mal pronóstico cuando un SCA se manifiesta de dicha forma. En nuestra serie, la arteria responsable del infarto se asocia de forma significativa con la presencia de BAV avanzado, pero no con las arritmias malignas, aunque estas últimas se asocian a mayor mortalidad. Es importante identificar precozmente ambos escenarios, ya que de su detección y tratamiento precoz depende el pronóstico a corto plazo.

630/45. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los FRCV asociados al riesgo de infarto. En la pandemia de COVID se ha producido una situación excepcional, con un acceso más tardío de los infartos a la asistencia sanitaria. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características basales de los pacientes que ingresaban en nuestro hospital por infarto durante la pandemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto durante la pandemia de COVID en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo cardiovascular asociados.

Resultados: En 18 meses tuvimos 400 ingresos por infarto, con edad media de 66 años (74,6% hombres, 25,4% mujeres). El FRCV más prevalente fue la HTA (63,1%), seguida de la dislipemia (54,5%), con cifras medias de colesterol total de 173 mg/dl, HDL 41 mg/dl, LDL 104 mg/dl y TG 154 mg/dl. El 35% eran fumadores, el 23% obesos y el 35% diabéticos, y solo el 9% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. La mayoría de los pacientes tenía un ecocardiograma basal normal y de los que presentaban cardiopatía estructural, el 27,4% tenía HVI significativa.

Conclusiones: Nuestro estudio manifiesta la gran prevalencia de FRCV que tienen los pacientes con infarto, y esto se ha mantenido en consonancia en la pandemia de COVID. A pesar de la mejora de las condiciones de vida, una mayor concienciación de la población y de los profesionales y del incremento de medidas para disminuir dichos FRCV, aún son muy prevalentes en la población general, siendo de vital importancia las medidas de prevención primaria en la cardiopatía isquémica.

630/46. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LA MORTALIDAD PRECOZ EN UNA SERIE DE INFARTOS CONSECUTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: A pesar de que la mortalidad durante el evento agudo y en los primeros 30 días tras un SCA ha