

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