

descendido en los últimos años, debido a la mejora de la revascularización percutánea, esta sigue siendo importante. El objetivo de nuestro estudio es analizar las variables del SCA que se asocian con una mayor mortalidad en nuestro medio.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de 400 pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y en relación al cateterismo cardiaco y su relación con la mortalidad precoz (durante el ingreso y en los primeros 30 días).

**Resultados:** La mortalidad total de nuestra muestra fue del 6%. De entre los fallecidos, el 14,8% tenía afectación de 3 vasos y el 33% presentaban afectación de la DA, con una asociación significativa entre la afectación multivaso ( $p < 0,001$ ) y la arteria implicada ( $p = 0,006$ ) con la mortalidad precoz. Analizamos la correlación existente entre los niveles de troponina máxima recogida durante el ingreso y la FEVI, y observamos una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) con relación inversa ( $r = -0,3$ ).

**Conclusiones:** La mortalidad asociada al SCA sigue siendo alta, especialmente en el primer mes tras el evento. En nuestro estudio, la mortalidad está relacionada de forma significativa con la arteria responsable del infarto y con el número de vasos afectados, siendo más frecuente cuando hay afectación multivaso y cuando está implicada la DA. Además, una mayor troponina pico se asocia con una menor FEVI y esto con un peor pronóstico.

#### 630/47. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER SUBCUTÁNEO EN NUESTRO MEDIO

Manuel Luque Pérez, José Andrés Del Valle Montero, Félix Rosa Longobardo, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Moriña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Según las guías, el Holter subcutáneo estaría indicado en pacientes con síncope recurrente de origen incierto y diagnóstico de taquicardia recurrente no documentada. El objetivo es analizar su rentabilidad diagnóstica según indicación, eventos y actitud terapéutica.

**Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo sobre implante de Holter subcutáneo en nuestro hospital.

**Resultados:** Incluimos 120 pacientes, 90% implantados por síncope, 7,5% por palpitaciones/taquicardia no documentada, 1,7% por extrasistolia ventricular y 0,8% en miocardiopatía hipertrófica obstructiva. En indicación por síncope inexplicado ( $n = 108$ ), el 76,9% ( $n = 83$ ) presentaba ECG en ritmo sinusal (RS) y el 6,5% ( $n = 7$ ) fibrilación auricular (FA). El 15,7% ( $n = 17$ ) presentaba algún tipo de trastorno de conducción (realizando medición del HV en el 29,4%, resultando normal). En el seguimiento ( $26,9 \pm 6,8$  meses), el 55,6% ( $n = 60$ ) no presentó eventos clínicos ni registros en Holter, el 17,6% ( $n = 19$ ) síncope clínico sin eventos arrítmicos en Holter, el 3,7% ( $n = 4$ ) síncope con asistolia por pausa sinusal, el 4,6% ( $n = 5$ ) síncope por bloqueo auriculoventricular (BAV) paroxístico. Se detectó FA asintomática en el 6,5% ( $n = 7$ ) y pausa sinusal con asistolia en el 4,6% ( $n = 5$ ). Ocho pacientes (8,5%) precisaron estimulación cardiaca definitiva. En indicación palpitaciones/taquicardia no documentada ( $n = 9$ ), se detectó FA asintomática en 1 paciente, 2 TPSV y una FA sintomática sometida a ablación de venas pulmonares. Independientemente de la indicación, se inició anticoagulación en el 6,7% de los pacientes por detectar algún episodio de FA durante el seguimiento.

**Conclusiones:** El implante de Holter subcutáneo es una herramienta diagnóstica rentable en el estudio del síncope, detec-

tando en nuestro medio 1 paciente candidato a estimulación permanente por cada 12 dispositivos implantados. Cabe destacar la baja recurrencia de síncope tras implante del dispositivo (el 55% sin eventos clínicos ni en Holter).

#### 630/48. ESTUDIO DEL VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FENOCOPIAS DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y DISTINTAS MUTACIONES SARCOMÉRICAS

Carlos Federico Gómez Navarro<sup>1</sup>, Isabel María Jorquera Lozano<sup>1</sup>, Remedios Garofano López<sup>2</sup>, Juan Jiménez Jáimez<sup>3</sup>, Elvira Carrión Ríos<sup>1</sup> y Ricardo Fajardo Molina<sup>1</sup>

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

**Introducción y objetivos:** La miocardiopatía hipertrófica (MCH) sarcomérica es la afectación genética cardiaca más frecuente. Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o síndrome por variantes del gen que codifica a subunidad reguladora de AMPK gamma 2 (SPRKAG2). El diagnóstico preciso y precoz de fenocopias tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El electrocardiograma (ECG) es la primera herramienta diagnóstica y puede ofrecer pistas sobre el origen de una hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inexplicada. El objetivo es describir hallazgos ECG diferenciales en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH.

**Métodos:** Fueron incluidos pacientes con EF ( $n = 13$ ) y SPRKAG2 ( $n = 7$ ) de la consulta de Cardiopatías familiares en nuestro centro. Las MCH sarcoméricas ( $n = 20$ ) se recogen en la consulta de familiares de 2 centros.

**Resultados:** La edad del grupo fenocopias ( $47,1 \pm 25$ ) frente MCH ( $43,6 \pm 25$ ), el 55% varones. El grosor VI máximo similar ( $15,4 \pm 4$  frente a  $15,8 \pm 6$ ). La FEVI fenocopias ( $59,2 \pm 15$ ) frente a MCH ( $55,9 \pm 22$ ). El intervalo PR en sarcoméricas 170,2 frente a fenocopia 139,6 msg ( $p = 0,041$ ). El intervalo QRS sarcomérica 98,4 frente a fenocopia 120,2 msg ( $p = 0,004$ ). Fenocopias con BRDHH en 7 frente a 0. Con imagen preexcitación en 7 fenocopias frente a 1.

**Conclusiones:** En las fenocopias encontramos un intervalo PR más corto, frecuentemente con imagen de preexcitación y un QRS más ancho con imagen BRDHH a diferencia de MCH.

#### 630/49. ANÁLISIS DEL DESPERTAR Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DEL DESPERTAR TARDÍO

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez, Néstor García González, Diego Félix Arroyo Moñino, Fernando Altarejos Salido y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene una elevada incidencia y morbimortalidad con datos de seguimiento escasos. Analizamos las características de los pacientes que despiertan y la relación del tiempo del desper-

tar con la mortalidad en el seguimiento y el pronóstico neurológico.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en una unidad coronaria entre 2006 y 2021 que permanecieron en coma tras parada cardiorrespiratoria, y seguimiento hasta abril de 2021. Análisis multivariante de predictores del despertar y análisis de supervivencia según el tiempo del despertar.

**Resultados:** Analizamos 275 pacientes (188 con Glasgow  $\leq 10$ ). El 30% mujeres y edad media de  $66,4 \pm 12,9$  años. No encontramos predictores del despertar ni del despertar tardío (más allá del día 5) entre las variables (crisis, edad, sexo, ritmo inicial, Glasgow al inicio y uso de hipotermia) existiendo una tendencia a la significación en el daño anóxico difuso en el electroencefalograma. Observamos diferencias significativas en cuanto al pronóstico neurológico y la mortalidad según el tiempo del despertar. Entre los despertares tardíos, presentaron un buen pronóstico neurológico el 50% de estos. Tanto la mortalidad global en el seguimiento como el mal pronóstico neurológico al año fueron bajos (13 y 20%).

**Conclusiones:** Los pacientes en coma tras PCR suponen un reto en cuanto a la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico y los datos del electroencefalograma pueden orientarnos. Los pacientes con despertar tardío tienen peor pronóstico, sin embargo, en nuestra cohorte hubo un 67% de los mismos que sobrevivieron, y de ellos un 50% sin secuelas neurológicas al año de seguimiento.

### 630/50. PERFIL DE PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL INGRESO

María Rivadeneira Ruiz<sup>1</sup>, Marta Lucas García<sup>1</sup>, Néstor García González<sup>1</sup>, María Pilar Ruiz García<sup>2</sup> y Juan Carlos García Rubira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción y objetivos:** La ventilación mecánica (VM) es la técnica de soporte vital a corto plazo más utilizada en las unidades de cuidados críticos. El objetivo de nuestro estudio es definir las características de los pacientes intubados y los factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una unidad de cuidados coronarios entre enero de 2018 y abril de 2021 que requirieron de VM.

**Resultados:** Analizamos 140 pacientes. El 73,6% varones, con una edad media de  $67 \pm 12$  años. El 16% de pacientes tenían algún grado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e 32% cardiopatía isquémica previa y el 27% diagnosticados de insuficiencia cardiaca. Entre los motivos de ingreso, el síndrome coronario agudo tipo 1 (35%), la insuficiencia cardiaca (30%) y la parada cardiorrespiratoria (33%) fueron los principales. En el análisis multivariante encontramos que la patología pulmonar ( $p = 0,04$ ) y el soporte inspiratorio mayor se asociaban con mayor mortalidad ( $p = 0,05$ ). La mortalidad también se relacionaba con el tipo de insuficiencia cardiaca, mayor en los pacientes que presentaban disfunción sistólica derecha ( $p = 0,001$ ). Se sometieron a hipotermia terapéutica 19 pacientes, siendo este dato otro predictor de mortalidad (0,04). La mortalidad intrahospitalaria fue cercana al 40%.

**Conclusiones:** El uso de VM es ya un predictor de mortalidad intrahospitalaria. Los parámetros que se relacionan en nuestra cohorte con peor pronóstico son la patología pulmonar previa y la necesidad de parámetros de soporte ventilatorio

más agresivos, la insuficiencia cardiaca de predominio derecho y el uso de hipotermia terapéutica.

### 630/51. RIESGO RESIDUAL EN LOS PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA A ELEVADA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Magdalena Carrillo Bailén<sup>1</sup>, María Rosa Fernández Olmo<sup>1</sup>, Miguel Puentes Chiachio<sup>1</sup>, Ana García Ruano<sup>2</sup>, Juan Carlos Fernández Guerrero<sup>1</sup> y Javier Torres Llergo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

<sup>2</sup>Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

**Introducción y objetivos:** Tenemos evidencia para afirmar que la lipoproteína a (Lpa) elevada es un factor de riesgo cardiovascular. Tras síndrome coronario agudo (SCA), aproximadamente el 30% de los pacientes tiene una determinación de Lpa  $> 50$  mg/dl y además existe un riesgo residual asociado independiente del valor del cLDL, como son los índices de aterogenicidad, que estiman el riesgo cardiovascular global. El objetivo es evaluar los índices aterogénicos en los pacientes que habían sufrido un SCA y que presentaron Lpa elevada.

**Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva a todos los pacientes de rehabilitación cardiaca tras SCA (1 de febrero de 2021 a 1 de febrero de 2022). De los 148 pacientes valorados, 50 tuvieron Lpa  $> 50$  mg/dl.

**Resultados:** Los pacientes con Lpa elevada tuvieron una edad media de  $58 \pm 11$  años, el 88% hombres. El 49% eran hipertensos, el 32% diabéticos y el 70% dislipémicos. El 10% de los casos habían tenido un evento coronario previo y el 59,1% antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Los niveles de cLDL medios fueron de  $99 \pm 41$  mg/dl, de Lpa  $104 \pm 42$  mg/d, no-cHDL  $127 \pm 42$  mg/dl, ApoB  $91 \pm 30$  mg/dl. El 78% de los pacientes presentaron Tg/HDL  $> 2$ , el 76,7% LDL/ApoB  $< 1,3$  y el 78% CT/HDL  $> 3$ . Los índices aterogénicos no variaron con la edad, el tratamiento hipolipemiente ni los niveles de Lpa. Sin embargo, de los pacientes con LDL/ApoB  $< 1,3$  el 64% presentaron LDL  $< 100$  mg/dl ( $p = 0,015$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con SCA, que presentan una Lpa elevada, presentan un riesgo cardiovascular medido con los índices aterogénicos elevados, incluso con LDL bajos.

### 630/52. SEGURIDAD Y EFICACIA DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN DURANTE LA FASE AGUDA DEL INFARTO

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, José Ignacio García Morgado De Polavieja y Antonio Enrique Gómez Menchero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción y objetivos:** Sacubitrilo/valsartán (SV) ha revolucionado el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVIr). Estamos a la espera de los resultados del estudio PARADISE, que evalúa la eficacia y seguridad de SV frente a ramipril en disfunción y/o congestión tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Realizamos un estudio descriptivo con variables de eficacia y seguridad de pacientes con FEVIr postinfarto que reciben SV tras IAM.

**Métodos:** Se seleccionaron un total de 15 pacientes que se hospitalizaron por IAM y desarrollaron FEVIr. Se describen parámetros ecográficos (FEVI y diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo-DTDVI) basal y a los 3 meses, además de parámetros analíticos (función renal y NT-proBNP) y valores de presión arterial sistólica (PAS), también basal y a los 3 meses.