

Resultados: La FEVI mediana basal fue del 33% , y a los 3 meses la mediana fue del 43%. El DTDVI basal tuvo una mediana de 57 mm y a los 3 meses de 53 mm.

La función renal no se modificó a los 90 días frente a las cifras durante la hospitalización (mediana de filtrado glomerular de 73 ml/min/1,73m²). La cifra mediana de NT-proBNP basal era 4.266 pg/ml y a los 90 días de 2.304 pg/ml. La PAS tampoco se modificó en estos pacientes tras la hospitalización, manteniendo una mediana de PAS de 120 mmHg.

Conclusiones: SV utilizado en la fase aguda del infarto, en pacientes con FEVI reducida postinfarto, ha mostrado ser seguro y eficaz en nuestra cohorte. Quedamos pendientes del resultado de ensayos clínicos aleatorizados para comprobar esta teoría.

630/53. ALGORITMO DE AUTOCAPTURA EN LA ESTIMULACIÓN EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA: RESULTADOS PRELIMINARES

Elena Sola García, Manuel José Molina Lerma, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

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

Introducción y objetivos: El algoritmo de autocaptura permite la monitorización remota de los pacientes con estimulación convencional, pero no existen datos específicos sobre su comportamiento en la estimulación en zona de rama izquierda (ERI). El objetivo fue analizar el comportamiento del algoritmo de autocaptura en la fase aguda (postoperatorio inmediato), subaguda (1-7 días tras el implante) y crónica (1-3 meses después) en ERI, y sus diferencias con la estimulación convencional y con el umbral manual.

Métodos: Estudio unicéntrico, comparativo, prospectivo y no aleatorizado. Se incluyeron pacientes consecutivos con indicación de estimulación cardíaca. La ERI se llevó a cabo según la técnica descrita en la bibliografía. Se activó la autocaptura en ambos grupos siempre que lo permitió el dispositivo. La medición manual de los umbrales se realizó con el electrograma intracavitario y el electrocardiograma de superficie.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 23 con ERI y 7 con estimulación convencional. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los pacientes. La activación de la autocaptura fue más factible en las fases tardías y en estimulación bipolar, sin diferencias entre grupos. En el grupo de ERI, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el umbral manual y el automático excepto en la fase subaguda (monopolar), y ambos se mantuvieron estables durante el seguimiento (máximo incremento de 0,8 V).

Conclusiones: Los sistemas de autocaptura son viables en ERI, con una tendencia favorable hacia la estimulación bipolar. Los umbrales automáticos son similares a los manuales en los pacientes con ERI, y se mantienen estables durante el seguimiento.

630/55. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR

María Eugenia Zambrano Medina, María Rosa Fernández Olmo, Miguel Puentes Chiachio, Manuel Fernández Anguita, Magdalena Carrillo Bailén, Javier Torres Llergo y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Dada a la falta de evidencia científica y la escasa representación en los ensayos clínicos de la pobla-

ción mayor de 75 años, no tenemos información suficiente sobre cuál es el tratamiento óptimo de estos pacientes, más allá de adaptar las terapias a la fragilidad y a la comorbilidad. El objetivo es evaluar el abordaje terapéutico de los pacientes mayores de 75 años que presentan un evento cardiovascular (CV) tanto en el momento agudo como en el seguimiento posterior.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de inclusión consecutiva, de los pacientes (n = 103) ≥ 75 años que ingresaron por un evento CV (enero-diciembre 2019).

Resultados: Edad media 82,5 ± 5 años, el 40,8% fueron mujeres y la puntuación media en Barthel fue 77,2 ± 26 puntos. En el 40,8% de los pacientes no se realizó revascularización y el 50,5% presentaron complicaciones durante el ingreso. Al alta, el 11,7% fueron derivados a rehabilitación cardíaca, el 64% con doble terapia antiagregante (DTA) y el 57,9% con estatinas de alta intensidad. En el seguimiento (24,4 meses) se observó que el 55,1% suspendió la DTA a los 12 meses (21,7% > 12 meses) y el cLDL medio fue de 60 mg/dl (30% < 55 mg/dl). En cuanto al tratamiento farmacológico, aunque el 24,5% había suspendido algún tratamiento, hubo un aumento en la prescripción de ezetimibe (el 33 frente al 41%; p = 0,05), de betabloqueantes (el 72,7 frente al 82,7%; p = 0,02) y diuréticos (el 48,5 frente al 60,8%; p = 0,01).

Conclusiones: En nuestra serie se observó que un alto porcentaje de pacientes son tratados de forma conservadora en el momento agudo, con un abordaje subóptimo en prevención secundaria.

630/56. LAS ARRITMIAS VENTRICULARES EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST, ¿PUEDO ANTICIPARME A SU APARICIÓN?

Diego Félix Arroyo Moñino, Néstor García González, Jesús Carmona Carmona, Iria Ruth Martínez Primoy y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares (TV y FV) son una complicación frecuente en el contexto del SCACEST, pero no existen grandes registros que hablen de factores predictores o protectores de la aparición de estas. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de estas arritmias en una población de pacientes ingresados con SCACEST, así como posibles factores de riesgo o protectores frente a su aparición.

Métodos: Registro retrospectivo, unicéntrico, observacional de pacientes ingresados en una unidad coronaria por SCACEST desde enero del 2010 a diciembre de 2021, registrándose características basales, factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento de su patología, así como complicaciones relacionadas.

Resultados: Se incluyeron 1.750 pacientes diagnosticados de SCACEST, 88,7% varones y con edad media de 62,4 años; 197 pacientes (11,3%) presentaron arritmias ventriculares.

Características basales: tabaquismo activo 45,9%; HTA 54,5%; DM 28,3%; DLP 43,6%; obesidad 27,5%; infarto previo 9,5%; ACV previo 7%; enfermedad vascular periférica (EVP) 4,8%; ERC 8,9%; ICP previa 8,9%. Los factores protectores y de riesgo identificados (p < 0,05) fueron los siguientes: 1) riesgo: tabaquismo, ST elevado > 2 mm en ≥ 3 derivaciones, sangrado intrahospitalario, FA intrahospitalaria, necesidad de inotropos, necesidad de ventilación mecánica; 2) protectores: HTA, ERC, EVP, toma previa de antiagregantes e ICP previa.

Conclusiones: La presencia de arritmias ventriculares es relativamente frecuente en esta población, y hemos podido identificar una serie de factores de riesgo relacionados con un perfil de paciente grave, así como factores protectores de la aparición de estas, relacionados varios de ellos, de forma directa o indirecta, con la toma previa de antiagregantes.