

que los registros de esta población son escasos. Nuestro objetivo es analizar las características de estos pacientes, así como su pronóstico.

Métodos: Registro unicéntrico y observacional de los pacientes con edad ≤ 45 años que ingresan en la unidad coronaria con diagnóstico de SCACEST entre 2010-2022. Se aplicó la estadística descriptiva para resumir las características de los pacientes. El seguimiento se realizó con la plataforma clínica del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, siendo el 87% varones con edad media de 41 años. El 80% eran fumadores y el 49% tenían IMC > 25 , el 34% presentaron antecedentes familiares de CI. La prevalencia de HTA, DM2 y DLP fue del 28, 5,1 y 37,4% respectivamente. El mecanismo principal del evento fue la rotura de placa de ateroma (87,4%), siendo la enfermedad monovasos (69,2%) la afectación fundamental. El 63,1% presentó oclusión coronaria completa en la angiografía. Respecto al pronóstico, la mortalidad intrahospitalaria fue del 1,5 y el 1,5% en el seguimiento. El 27% de los pacientes reingresaron, aunque solo el 30,2% de este total presentaron un nuevo evento coronario.

Conclusiones: En nuestra población, la prevalencia de tabaquismo y sobrepeso/obesidad es elevada, con menor influencia de otros FRCV clásicos y con un peso relevante de los antecedentes familiares. El pronóstico a corto plazo es excelente, pero los reingresos son relativamente frecuentes, por lo que la prevención secundaria se antoja fundamental en estos pacientes.

630/108. PREDICTORES DE DESARROLLO DE ARRITMIAS EN ADULTOS CON ANOMALÍA DE EBSTEIN

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Pastora Gallego García de Vinuesa¹, Antonia Pijuan Domenech², María José Rodríguez Puras¹, Berta Miranda Barrio², Blanca Gordon Ramírez², Raquel Ladron Abia¹, Víctor González Fernández² y Laura Dos Subira²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción y objetivos: Las arritmias son frecuentes en pacientes con anomalía de Ebstein (AE), sin embargo, no se han identificado predictores de desarrollo de arritmias durante el seguimiento. Nuestros objetivos son evaluar la incidencia de eventos arritmicos e identificar predictores de desarrollo de arritmias en adultos con AE.

Métodos: En una cohorte multicéntrica de 123 pacientes adultos con AE seguidos durante una mediana de 6 años (IQ 2-12), examinamos retrospectivamente datos demográficos y clínicos, arritmias y hospitalizaciones. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante *log rank* y la asociación de cada una de las variables con los eventos se evaluó mediante análisis de Cox univariado. Las variables con nivel de significación $< 0,05$ se incluyeron en análisis multivariado.

Resultados: La mediana de edad al final del seguimiento fue de 47 años (IQ 33-60) y el 61,8% ($n = 76$) eran mujeres. Tenían defectos asociados (DA) 72 pacientes. Un total de 43 pacientes (34%) fueron sometidos a reparación y 11(8,9%) precisaron reintervención. Durante el seguimiento, 40 pacientes (32,5%) tuvieron arritmias supraventriculares (AS), principalmente flutter auricular ($n = 19$; 15,6%) y fibrilación auricular ($n = 14$; 11,5%); 12 pacientes (9,8%) desarrollaron bloqueo auriculo-ventricular (BAV) de alto grado. En el modelo multivariado, las variables basales asociadas a la aparición de arritmias supraventriculares fueron la historia de cianosis (HR: 2,269; IC95%, 1,104-4,666; $p = 0,026$) y clase funcional (CF) sintomática (HR: 2,620; IC95%, 1,062-6,465; $p = 0,037$). En el caso del BAV de alto grado, las variables basales asociadas fueron la insufi-

ciencia cardiaca (HR: 32,546; IC95%, 2,534-418,067; $p = 0,008$) y prótesis valvular (HR: 7,993; IC95%, 1,396-45,770; $p = 0,020$).

Conclusiones: La incidencia de arritmias en adultos con AE es alta. La historia previa de cianosis y la CF sintomática son predictores de AS en el seguimiento. IC y prótesis valvular son predictores de BAV en el seguimiento.

630/110. LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE COMO INDICADOR HACIA LA CARDIOGENICIDAD DEL SÍNCOPE

Ángel Martínez Lara¹, Francisco José Guerrero Márquez² y Alberto Luis Avilés Toscano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Introducción y objetivos: El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento de inicio rápido y duración corta con posterior recuperación espontánea completa. Su asociación con una patología cardiaca previa influye en la orientación del cuadro agudo a la hora de la toma de decisiones. El objetivo es evaluar el perfil recurrente de los síncope y su posible relación con cardiopatía previa.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes con episodio sincopal durante 15 meses en nuestro centro hospitalario de ámbito rural.

Resultados: El tamaño muestral de nuestra población fue de 189 pacientes con síncope. De estos, 91 (48,14%) presentaban HTA y 35 (18,51%) diabetes mellitus tipo 2. Respecto a la patología cardiaca preexistente, 29 (15,34%) presentaban FA-flutter, 12 (6,34%) valvulopatías (al menos moderada), 6 (3,17%) síncope previos, 3 (1,58%) síndrome coronario crónico y otros 3 (1,58%) miocardiopatía hipertrófica. Un paciente (0,52%) era trasplantado cardiaco. Con respecto a la recurrencia de los síncope, hasta el 22,75% (43) habían sufrido cuadros previos. Sin embargo, 12 de estos pacientes tenían algún grado de patología cardiaca preexistente (27,9%) ($p = 0,65$).

Conclusiones: En nuestra muestra de 189 enfermos no existe una asociación significativa entre la recurrencia de los síncope y la patología cardiaca preexistente. El grupo de arritmias de aparición de novo es el grupo donde aparecieron el mayor número de síncope.

630/111. PRETRATAMIENTO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Luis López Flores, Alejandro Gómez González, Néstor García González, Fernando Altarejos Salido, Margarita Montero Parrilla, Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: En el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), existen 2 estrategias respecto a la antiagregación: administrar de forma rutinaria un segundo antiagregante una vez establecido el diagnóstico clínico («pretratamiento») o añadirlo una vez conocida la anatomía coronaria. Las guías de 2020 de la ESC sobre SCASEST se decantan por la segunda opción cuando se va a optar por una estrategia invasiva temprana.

Métodos: El objetivo de nuestro trabajo, observacional y retrospectivo, es comparar resultados clínicos tras adoptar un protocolo en el que se indica no pretratar de forma rutinaria (a partir de marzo del 2021).

Resultados: Se incluyen 191 pacientes (90 en el grupo de pretratamiento y 101 en no pretratamiento del año anterior al inicio

del nuevo protocolo). No hubo diferencias en las características basales, en las escalas GRACE, TIMI y CRUSADE al ingreso, ni en la necesidad de inotrópicos. En el grupo de no pretratados hubo una mayor frecuencia de Killip III/IV (el 7,8 frente al 19,8%). En ambos grupos, la mortalidad total durante el ingreso hospitalario, el riesgo de reinfarto y de ictus fueron similares. En el grupo de no pretratamiento hubo una menor incidencia de hemorragias relevantes, aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (el 10 frente al 6%). La revascularización quirúrgica fue mayor en el grupo de no pretratamiento de forma significativa (el 1,1 frente al 7,9%; $p = 0,026$).

Conclusiones: La estrategia de no pretratar se asoció a una mortalidad y resultados isquémicos similares, con una tendencia a la reducción de sangrados, y a una mayor revascularización quirúrgica.

630/112. TELE-REHABILITACIÓN CARDIACA: UNA REALIDAD A NUESTRO ALCANCE

Carlos Barea González¹, Rocío Martínez Núñez¹, Luis López Flores¹, Fernando Altarejos Salido¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente² y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las restricciones por la pandemia han impulsado el desarrollo de la consulta virtual. En 2021 iniciamos un programa de rehabilitación cardiaca supervisado telemáticamente (TRC), por lo que nos propusimos analizar su seguridad y resultados respecto al programa convencional.

Métodos: Se analizaron los pacientes que realizaron rehabilitación cardiaca en un hospital terciario en los años 2020-2021. El programa de TRC consistía en un entrenamiento presencial con seguimiento semanal (telefónico/APP) o entrenamiento virtual por videollamada.

Resultados: Se analizan 414 pacientes, de los cuales 97 realizaron el programa a distancia. El 85% fueron varones con edad media de 56 años. El 88,7% presentó un SCA reciente. No hubo diferencias en la distribución por sexo, diabetes o tabaquismo. Los que realizaron TRC eran más jóvenes ($53,5 \pm 8$ frente a $57,4 \pm 9$ años; $p = 0,000$) y con menor proporción de arteriopatía periférica. Tuvieron mejor capacidad funcional ($9,4 \pm 2$ frente a $6,7 \pm 2,5$ MET; $p = 0,000$) y percepción de calidad de vida (58 ± 22 frente a 56 ± 21 en el cuestionario SF-36) en la evaluación inicial. Los niveles de cLDL y PAD fueron similares en ambos grupos, con mejor control glucémico en el grupo de TRC ($5,8$ frente a $6,2$ de HbA1c; $p = 0,026$), aunque con peor control de PAs (el 83 frente al 91%; $p = 0,030$). No hubo diferencias en el incremento de la capacidad funcional, pérdida de peso ni calidad de vida. No hubo complicaciones ni abandonos en el grupo tele-RHB.

Conclusiones: El programa de TRC es seguro, factible y consigue resultados equivalentes al programa presencial. El control de la PA debe intensificarse en estos pacientes en lo sucesivo.

630/113. RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ORIENTADAS A LA CLÍNICA DEL PACIENTE EN EL MANEJO INICIAL DEL SÍNCOPE

Ángel Martínez Lara¹, Francisco José Guerrero Márquez² y Alberto Luis Avilés Toscano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Introducción y objetivos: Las pruebas complementarias de realización inicial en el síncope son la toma de la presión arterial en decúbito y bipedestación, y la realización de un electrocardiograma. Estas determinarán si el paciente requiere pruebas complementarias adicionales. El objetivo es valorar si la solicitud de pruebas complementarias influye en el pronóstico del paciente, sobre todo la utilidad del análisis de sangre con la determinación de troponinas.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de las pruebas complementarias de los pacientes con síncope en urgencias durante 15 meses.

Resultados: De los 189 pacientes con episodio sincopal, a 178 (94,17%) se les realizó una toma de presión arterial en decúbito y a ninguno se les realizó el test del ortostatismo ni del seno carotídeo. Al 88,36% se le realizó analítica de sangre, con determinación de troponina en el 81,32%. De estos, 15 mostraron una elevación por encima del punto de corte de nuestro centro (hsTnI: 45.430 ng/dl). Solo hubo 1 fallecimiento en el contexto del COVID-19 ($p = 0,88$). Tampoco hubo relación con la implantación de marcapasos ($p = 0,10$). Se realizó electrocardiograma al 92,59% (175). Aparecieron alteraciones en el 24,00%, presentando relación entre la alteración y el fallecimiento ($p = 0,01$). No la hubo respecto al implante de marcapasos ($p = 0,50$). La tomografía computarizada se realizó a 12 pacientes (6,34%), principalmente secundaria al traumatismo craneoencefálico en paciente anticoagulado.

Conclusiones: El manejo del síncope en urgencias no debe estar protocolizado con la solicitud de analítica sanguínea con biomarcadores cardíacos. Una buena anamnesis, exploración y análisis del electrocardiograma pueden tener valor pronóstico en términos de mortalidad.

Conclusiones: El manejo del síncope en urgencias no debe estar protocolizado con la solicitud de analítica sanguínea con biomarcadores cardíacos. Una buena anamnesis, exploración y análisis del electrocardiograma pueden tener valor pronóstico en términos de mortalidad.

630/114. TAPONAMIENTO CARDIACO EN LA UNIDAD CORONARIA

Luis López Flores¹, María Correa Romero², Néstor García González¹, Fernando Altarejos Salido¹, María Del Carmen López Flores¹ y Juan Carlos García Rubira¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Universidad de Sevilla, Sevilla.

Introducción y objetivos: El taponamiento cardiaco constituye una emergencia médica que puede ser revertida con un reconocimiento rápido y un tratamiento adecuado. La frecuencia de las diferentes etiologías varía en función de la geografía y de los criterios de selección del estudio. El cuadro agudo sigue teniendo consecuencias pronósticas importantes, ya que puede ser la primera manifestación de una enfermedad oncológica. El objetivo de nuestro trabajo fue revisar las causas, la forma de presentación y las variables asociadas a diagnóstico de malignidad o muerte en el seguimiento en los pacientes sometidos a drenaje de derrame pericárdico en la unidad coronaria de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se incluyen a los pacientes sometidos a pericardiocentesis o a drenaje quirúrgico de derrame pericárdico con ingreso en unidad coronaria entre septiembre de 2019 y septiembre de 2021.

Resultados: Se realizaron 39 procedimientos de drenaje pericárdico en 36 pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer (42,9%, de los que el 40% no tenía diagnóstico previo de cáncer), iatrogénico (5,7%), pericarditis (14,3%) y postoperatorio de cirugía cardíaca (11,4%). A los 3 meses, 7 pacientes (20%) habían fallecido, 6 por cáncer. En el líquido pericárdico, la glucosa y proteínas bajas se asociaron a malignidad. El aspecto del líquido (seroso/hemático) y la forma de presentación clínica no permitieron predecir etiología maligna del derrame ni mortalidad a los 3 meses.

Conclusiones: El taponamiento cardiaco es una situación clínica grave con buena evolución intrahospitalaria tras el tra-