

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 HbA1; $p = 0,026$), 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 ar-

terial 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.

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 cardiaca (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-