

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-

tamiento adecuado. La causa más frecuente es el cáncer, con una alta mortalidad en el seguimiento a corto plazo.

630/115. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Luis López Flores¹, Carlos Barea González¹, Rocío Martínez Núñez¹, 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: La rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado claros beneficios en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, raramente se remiten a estos pacientes a las unidades de RC.

Métodos: Se analizaron pacientes con IC crónica que completaron el programa en 2020 y 2021 en un hospital terciario. Se valoraron las características demográficas y clínicas. Al finalizar el programa, se realizó una valoración clínica, analítica y con ergometría con consumo de oxígeno para evaluar los resultados.

Resultados: Se incluyen 36 pacientes, 83% varones, edad media de 56 ± 14 años, 44% diabéticos y 53% fumadores, con FEVI basal del $38 \pm 9\%$. En la prueba de esfuerzo (PE) inicial, se consiguió un RER > 1 en todos los casos. El consumo pico fue de 13 ± 4 ml/kg/min. El slope CO_2 fue patológico en el 65% de los casos. Tras el programa, se consiguieron valores objetivo de cLDL en el 58% y de HbA1c en el 72%. Se objetivó una mejoría en el cuestionario de calidad de vida (SF 36) de $9,4 \pm 16$ puntos. El peso se modificó escasamente ($0,2 \pm 5$ kg).

Se observó un incremento del consumo de O_2 pico de $1,4 \pm 2$ ml/kg/min y del consumo de O_2 en el umbral anaerobio de $1,2 \pm 3$ ml/kg/min. Los índices de ineficiencia ventilatoria mejoraron ligeramente. No se encontró ningún predictor clínico ni parámetro de la ergoespirometría inicial que permitiera predecir mejoría funcional con el programa. No hubo incidencias durante los entrenamientos en el gimnasio.

Conclusiones: En IC crónica, la RC fue segura y consiguió leves aunque significativas mejorías en la capacidad funcional.

630/116. INFLUENCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA ESTRATEGIA DE REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Victoria Doncel Abad¹, Ada del Mar Carmona Segovia², Ana Isabel Molina Ramos¹, Víctor Manuel Becerra Muñoz¹, Jorge Rodríguez Capitan¹, Francisco Javier Pavon², Manuel Jiménez Navarro¹, María Flores Lopez², Dina Medina Vera² y Paloma Márquez Camas¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) en la edad avanzada supone un reto diagnóstico y terapéutico, ya que son pacientes infrarrepresentados en los ensayos clínicos y presentan enfermedad coronaria compleja, comorbilidad y fragilidad, lo que podría condicionar la estrategia de revascularización (completa frente a incompleta). El objetivo de este estudio es valorar la influencia de la fragilidad, comorbilidad y deterioro cognitivo del paciente con edad avanzada y SCA en la estrategia de revascularización percutánea (completa frente a incompleta).

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a pacientes mayores de 70 años que ingresan por un SCA en hospital de tercer nivel, sometidos a cateterismo y revascularización. Se realizó una valoración geriátrica integral mediante las escalas

de Frail (fragilidad), escala de Pfeiffer (deterioro cognitivo), índice de Barthel (dependencia) e índice de Charlson (comorbilidad). **Resultados:** Se incluyó a 87 pacientes (65% hombres), con edad media de 80,52 años. El 31,4% de los pacientes recibió revascularización completa y el 33,1 % puntúan positivamente en alguna de las escalas. Entre estos últimos, el porcentaje de revascularización completa fue del 33,3% (frente al 29,4% entre los que no puntúan en las escalas; $p = 0,72$). Entre los pacientes revascularizados de forma completa, el 54,5% puntuó en alguna de las escalas.

Conclusiones: No objetivamos asociación entre las escalas de valoración geriátrica y la estrategia de revascularización percutánea realizada en nuestro centro.

630/117. USO DE BETABLOQUEANTES EN AMILOIDOSIS CARDIACA POR DEPÓSITO DE TRANSTIRETINA: ¿CENICIENTA O VERDUGO?

Cristina Pericet Rodríguez, José López Aguilera, Ignacio Gallo Fernández, Rafael González Manzanares, Josué López Baizan, Mónica Delgado Ortega, Dolores Mesa Rubio, Juan Carlos Castillo Domínguez, Joaquín Ruiz De Castroviejo y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En pacientes con amiloidosis por depósito de transtirretina (ATTR), el uso de terapias de bloqueo neurohormonal, como los betabloqueantes, se ha asociado a la aparición de hipotensión y bradicardias que ha hecho precisar una suspensión de este tratamiento. El objetivo es investigar si existe asociación entre la toma de betabloqueantes y el pronóstico de los pacientes con ATTR.

Métodos: Estudio unicéntrico, longitudinal, retrospectivo, de 39 pacientes registrados con ATTR (7 ATTRv y 32 ATTRwt), se dividieron en 2 grupos: grupo 1, aquellos que recibían tratamiento con betabloqueante en el momento de su inclusión en el registro; grupo 2, aquellos que no. Se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad, reingresos por IC o necesidad de marcapasos.

Resultados: No hubo diferencias en características basales de ambos grupos; grupo 1 (19 pacientes [48,7%], 78 ± 9 años, FE $49 \pm 13\%$, SIV $17,5 \pm 3$ mm, 68,4% varones, 47,4% FA); grupo 2 (20 pacientes [51,3%], 76 ± 13 años, FE $55 \pm 17\%$, SIV $16,5 \pm 3,5$ mm, 80% varones, 45% FA). Supervivencia media $40,4 \pm 42$ meses. Los pacientes con ATTR en tratamiento con betabloqueantes tuvieron similares tasas de complicaciones en el seguimiento: mortalidad del 31,6 frente al 25,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,239; reingreso por IC el 52,6 frente al 30,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,324; marcapasos el 29,4 frente al 21,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,333.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con ATTR, el uso de betabloqueantes no se asoció a un peor pronóstico en términos de mortalidad, reingresos por IC o necesidad de marcapasos.

630/118. MANEJO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO CON ÉXITO Y PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDA DURANTE LA FASE DE ISQUEMIA AGUDA

Jesús Rodríguez Nieto¹, Jesús Rodríguez Nieto¹, Rafael González Manzanares¹, Alejandro Gutiérrez Barrios², Tomás Benito González³ y Francisco Hidalgo Lesmes¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León.