

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Congreso Astur Galaico de Cardiología

Avilés, 31 de mayo-1 de junio de 2019

COMUNICACIONES ORALES - MÉDICOS*

O1. NUEVA FÓRMULA PARA CALCULAR EL INTERVALO QT CORREGIDO EN PACIENTES CON QRS ANCHO

S. Colunga¹, R. Padrón², D. García-Iglesias², J. Rozado², L. Junquera², F. López-Iglesias², J.M. Rubín², D. Pérez², P. Avanzas², C. Morís² y D. Calvo²

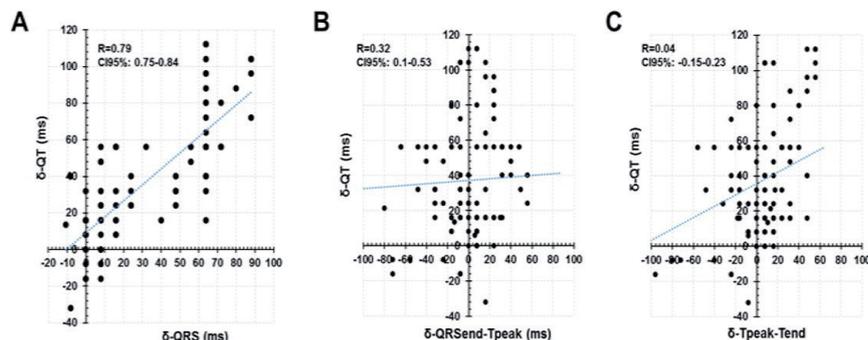
¹Hospital Universitario de Cabueñes. ²Hospital Universitario Central de Asturias. ³Hospital Universitario de San Agustín.

Introducción y objetivos: Hoy en día existe un interés creciente por desarrollar métodos apropiados para corregir el intervalo QT en pacientes que presentan una despolarización ventricular prolongada. El objetivo de nuestro estudio fue desarrollar y validar una nueva fórmula de corrección del intervalo QT en presencia de QRS ancho (QRS > 120 ms).

Métodos: Se diseñó un modelo experimental de frecuencia cardíaca controlada en humanos (23 pacientes admitidos para implante de TAVI). Se procedió al implante de un marcapasos transitorio bicameral y se realizó una estimulación secuencial entre 50 y 120 lpm en el modo AAI en dos fases: antes e inmediatamente después de la liberación de la prótesis [Basal frente a postliberación]. Los investigadores prestaron especial atención al ensanchamiento del QRS en la fase postliberación. Otros posibles factores de confusión fueron analizados mediante determinaciones seriadas bioquímicas, metabólicas y hemodinámicas. Se realizaron comparaciones electrocardiográficas pareadas. Para fines analíticos, se pro-

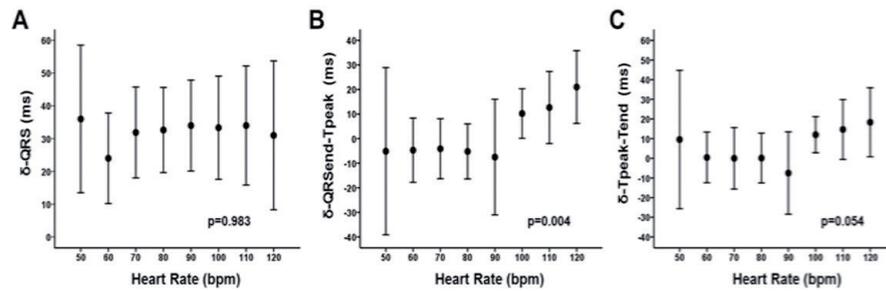
cedió a la división del complejo QRS-T en: el intervalo QRS; El intervalo desde la finalización del QRS hasta el pico de la onda T [QRSend-Tpeak]; Y el intervalo desde el pico hasta el final de la onda T [Tpeak-Tend]. Se construyó un modelo lineal mixto para predecir el QT en función de los diferentes intervalos y la frecuencia cardíaca. Finalmente, para proceder a la validación, analizamos la capacidad predictiva de nuestra fórmula en una cohorte de control de 48 pacientes y se procedió a la comparación con otras fórmulas disponibles (Bogossian, Yankelson y Sriwattanakomen).

Resultados: En la fase postliberación se observó un aumento significativo en la duración del QRS (32,5 ms; IC95%: 31,5-33,6) y del intervalo QT (35,4 ms; IC95%: 33,4-37,4), existiendo una correlación lineal entre ambos factores (Pearson 0,79; IC95%: 0,75-0,84, fig. 1). Como se muestra en la figura 2 el ensanchamiento del QRS se acompañó de una prolongación no lineal de otros intervalos (QRSend-Tpeak y Tpeak-Tend) que contribuyen significativamente a la prolongación del QT en el rango de frecuencia más alto ($p < 0,05$). La fórmula que presentó un mejor ajuste fue la siguiente: $QT_{Basal} = (QT_{Postliberación} + 50,84819 - 0,18071 * T_{peak-Tend}_{Postliberación} - 0,75917 * [QRS_{Postliberación}] - 0,10487 * [Frecuencia\ cardíaca])$ En el grupo de control el ensanchamiento del QRS fue de 28,4 ms (IC95%: 21,8 -35,4). Observamos una buena correlación entre el QT antes del implante y el QT predicho a partir del ECG postimplante (Pearson 0,76; IC95%: 0,55-0,89). Otras fórmulas mostraron una correlación ligeramente menor (fig. 3). En comparación nuestra fórmula mostró un ajuste lineal con un IC95% y bandas de predictibilidad más estrechas que las fórmulas de Bogossian y Sriwattanakomen (fig. 3).

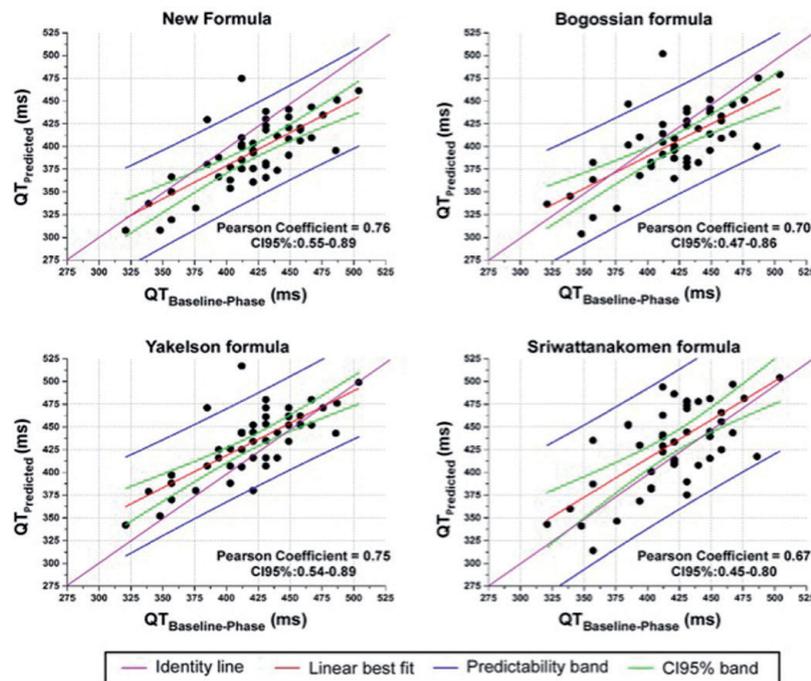


Comunicación O1 Figura 1

*Las comunicaciones de este Especial Congreso han sido revisadas por el Comité Científico de la Sociedad correspondiente y se publican respetando el criterio de los autores. REC Publications no es responsable de errores o discrepancias.



Comunicación O1 Figura 2



Comunicación O1 Figura 3

Conclusiones: Proponemos y validamos una nueva fórmula para corregir el intervalo QT en pacientes con trastornos de la conducción intraventricular.

O2. IMPACTO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M. Cespón Fernández, S. Raposeiras Roubín, E. Abu-Assi, I. Muñoz Pousa, L.M. Domínguez Rodríguez, P. Domínguez Erquicia, R. Cobas Paz, B. Caneiro Queija, K. Jamhour Chelh, L. Pérez Casares Enrique, E. López Rodríguez, M. Castiñeira Busto, S. Fernández Barbeira y A. Íñiguez Romo

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro.

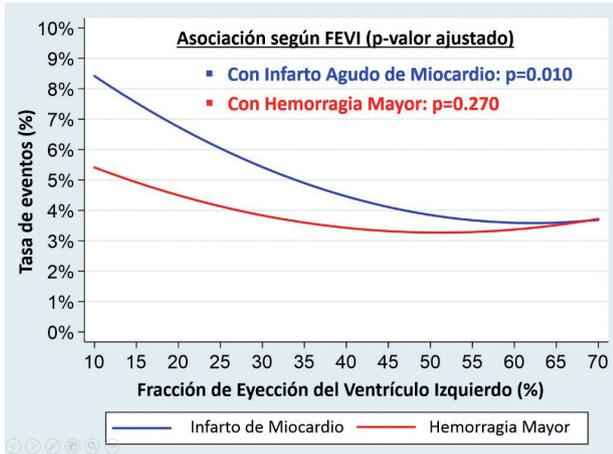
Introducción y objetivos: Aunque la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es un predictor sólido y bien documentado de mortalidad tras el síndrome coronario agudo (SCA), su impacto diferencial en el riesgo isquémico y hemorrágico no está bien establecido. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la FEVI, medida por ecocardiografía, sobre el riesgo de IAM y hemorragia mayor (HM) después

del alta hospitalaria por SCA, en pacientes tratados con doble antiagregación (DA).

Métodos: Los datos analizados en este estudio se obtuvieron de la fusión de 3 registros clínicos de pacientes con SCA: BleeMACS (2004-2013), CardioCHUVI/ARRITXACA (2010-2016) y RENAMI (2013-2016). Los 3 registros incluyen pacientes consecutivos dados de alta después de un SCA con DA y sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP). Del conjunto de datos fusionados inicial, con 26.076 pacientes, hemos excluido a aquellos sin datos sobre la FEVI. La cohorte final contó con 20.518 pacientes. El impacto de la FEVI en el riesgo de isquemia y hemorragia se evaluó mediante un análisis de riesgo competitivo multivariable, utilizando un modelo de regresión de Fine-Gray, siendo la muerte el evento competitivo. Todas las variables con significación estadística ($p < 0,05$) o clínica para la asociación con IAM y HM se incluyeron en el análisis. El tiempo de seguimiento fue censurado por la suspensión/retirada de DA.

Resultados: Durante un seguimiento promedio de $12,2 \pm 5,2$ meses, 789 pacientes murieron (3,8%), 431 tuvieron IAM (2,1%) y 537 tuvieron una HM (2,6%). La media de la FEVI fue del $53,2\% \pm 10,7\%$. Solo el 15,5% de los pacientes tenían FEVI $< 40\%$ ($n = 3,179$). A medida que disminuía la FEVI, aumentaba el riesgo de IAM, mientras que el comportamiento del riesgo

de HM era más heterogéneo (fig.). Después de un ajuste multivariable, la FEVI (como variable continua) se asoció significativamente con IAM (sHR 0,98; IC95%: 0,98-0,99; p = 0,010), pero no con HM (sHR 1,00; IC95%: 0,99-1,01; p = 0,270). Después de la estratificación según FEVI (= frente a < 40%), encontramos una asociación entre la FEVI y el IAM (HR 1,40, IC95% 1,10-1,76; p = 0,005), pero no entre FEVI y HM (HR 0,85, IC95% 0,67-1,08; p = 0,185).



Conclusiones: Después de un SCA, a medida que disminuye la FEVI, aumenta el riesgo isquémico, pero no aumenta el riesgo de hemorragia. Una FEVI < 40% se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de IAM, pero no con un mayor riesgo de MB.

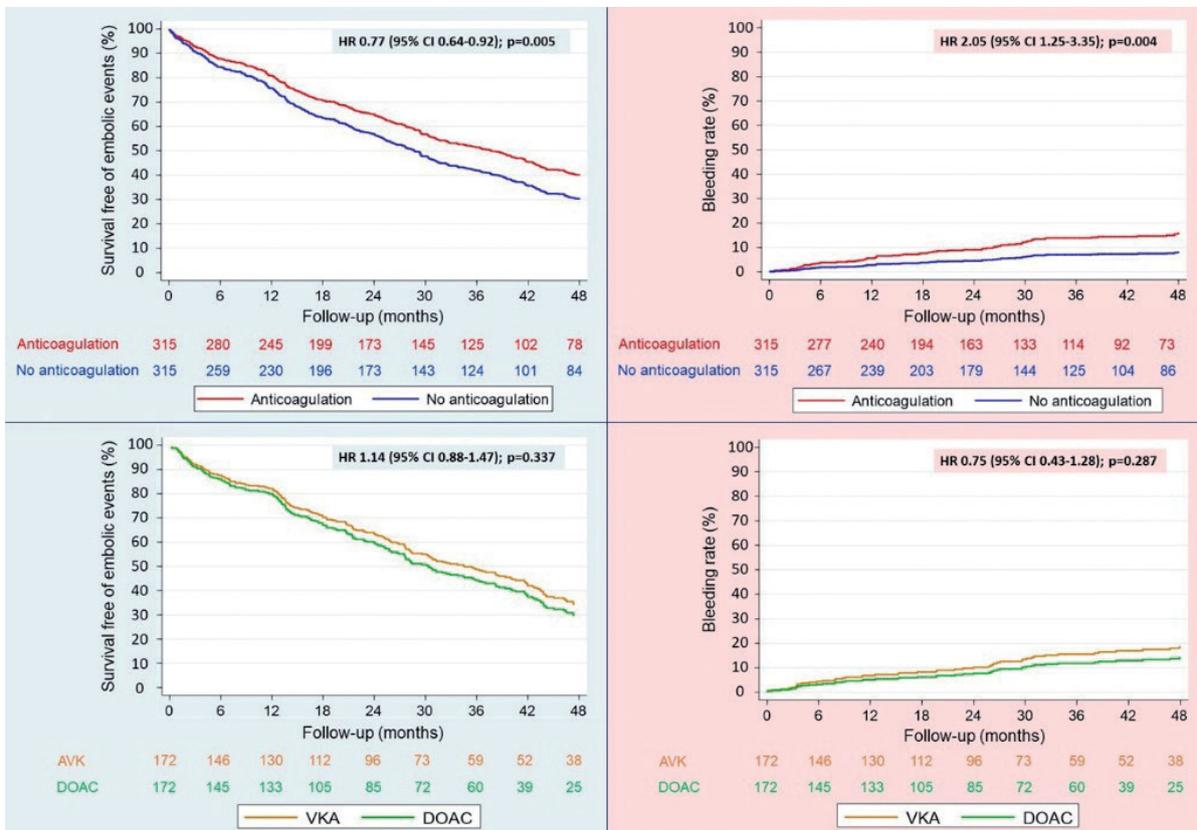
O3. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES NONAGENARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR

L.M. Domínguez Rodríguez¹, S. Raposeiras Roubín¹, D. Alonso Rodríguez², S.J. Camacho Freire³, E. Abuassi¹, N. Cubelos Fernández², Á. López-Masjuán Ríos³, A. Rodríguez Albarrán³, R. Cobas Paz¹, B. Caneiro Queija¹, M. Cespón Fernández¹, I. Muñoz Pousa¹, P. Domínguez Erquicia¹, J.F. Díaz Fernández³, F. Fernández Vázquez² y A. Íñiguez Romo¹

¹Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ²Hospital Universitario de León. ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Los datos acerca de la eficacia y seguridad de la anticoagulación oral en pacientes nonagenarios con fibrilación auricular (FA) son limitados. Nos hemos propuesto analizar el impacto de la anticoagulación oral en la mortalidad y eventos embólicos y hemorrágicos en pacientes de = 90 años con FA no-valvular.

Métodos: Utilizamos datos de un registro multicéntrico de 1,750 pacientes nonagenarios consecutivos diagnosticados de FA entre 2013 y 2018. Se realizó un análisis de la puntuación de propensión (propensity score) para igualar las características basales de los pacientes tratados o no con anticoagulantes orales y para aquellos tratados con antagonistas de vitamina K (AVKs) frente a anticoagulantes de acción directa (ACODs). El impacto sobre el riesgo embólico y hemorrágico se evaluó mediante un análisis de riesgo competitivo, utilizando un modelo de regresión Fine and Gray, siendo la muerte el evento competitivo. Para el riesgo embólico hemos considerado ictus y embolia pulmonar o periférica. Para el



Comunicación O3 Figura

riesgo hemorrágico, cualquier sangrado que requiriera ingreso hospitalario.

Resultados: La media de puntuación CHA2DS2-VASC y HAS-BLED fue $4,5 \pm 1,3$ y $2,8 \pm 1,0$ puntos respectivamente. La mayoría de los pacientes fueron anticoagulados (70,1%; $n = 1,256$). Se utilizaron ACODs en 709 pacientes y AVKs en 517. Durante una mediana de seguimiento de 25,2 meses (IQR 12,2 - 44,3 meses), 988 pacientes fallecieron (56,5%), 180 presentaron eventos embólicos (10,3%), 186 eventos hemorrágicos (10,6%), y 29 hemorragia intracraneal (HIC, 1,7%). Tras el análisis del propensity score, la anticoagulación (versus no anticoagulación) se asoció con menor mortalidad (HR 0,73, IC95% 0,60-0,89; $p = 0,002$), menor mortalidad y eventos embólicos (HR 0,77, IC95% 0,64-0,92; $p = 0,005$), pero mayor riesgo de eventos hemorrágicos (HR 2,05, IC95% 1,25-3,35; $p = 0,004$). En comparación con AVKs, los ACODs mostraron similar riesgo de mortalidad y eventos embólicos (HR 1,14, IC95% 0,88-1,47; $p = 0,337$), y similar riesgo de eventos hemorrágicos (HR 0,75, IC95% 0,43-1,28; $p = 0,287$), aunque se encontró una tendencia a un menor riesgo de HIC (HR 0,17, IC95% 0,02-1,39; $p = 0,097$).

Conclusiones: Entre los pacientes nonagenarios con FA, la anticoagulación oral se asoció con menor riesgo de mortalidad por todas las causas. Aunque la supervivencia libre de eventos embólicos fue significativamente mayor en los pacientes con anticoagulación, el riesgo de hemorragia mayor fue el doble que en los pacientes sin anticoagulación. No hubo diferencias entre AVKs y ACODs en términos de eventos embólicos y sangrado mayor total. Sin embargo, en comparación con los AVKs, los ACODs mostraron una tendencia a reducir el riesgo de HIC.

04. PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON CALCIFICACIONES EN LAS ARTERIAS CORONARIAS OBJETIVADAS EN TC TORÁCICA NO CARDIACA

A. Renilla González, H. Bernardo Fernández, M. Pérez-Peña e I. Álvarez-Pichel

Hospital Vital Álvarez-Buylla.

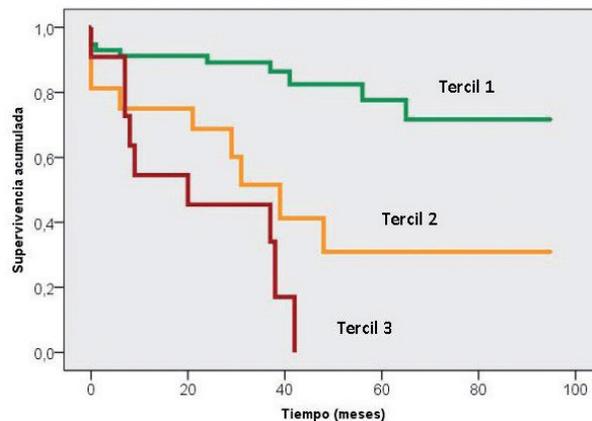
Introducción y objetivos: Las calcificaciones coronarias objetivadas en TC-cardíaco se relacionan de manera directa con la presencia y extensión de arterioesclerosis en dicho territorio arterial así como una mayor tasa de eventos cardiovasculares durante el seguimiento. El objetivo del estudio es determinar el pronóstico cardiovascular de aquellos pacientes en los que se objetivaron calcificaciones coronarias en TC-torácico no cardíaco.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles. En el grupo de casos se incluyeron aquellos pacientes que presentaron un evento cardiovascular y que además habían realizado TC torácico no coronario al menos 6 meses antes del evento. Para determinar un grupo control se seleccionaron 2 casos control por cada paciente que haya sufrido un evento; serán seleccionados aquellos pacientes que siendo del mismo sexo que el paciente caso, su examen radiológico se realizara el mismo día y de manera consecutiva al del paciente caso. La evaluación de la extensión de la calcificación coronaria se llevó a cabo mediante una interpretación visual según el método de Shemesh, que consiste en otorgar una puntuación a cada segmento coronario respecto a la presencia o no de calcificación. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta la edad < 18 años.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes (28 casos y 56 controles). Sesenta pacientes fueron varones y la distribución de los factores de riesgo cardiovascular fue similar en ambos grupos salvo para la hipertensión arterial que fue más frecuente en los casos (82,1% frente a 57,1%, $p = 0,03$). La enfermedad coronaria previa también fue más frecuente en el grupo de los casos

(39,3% frente a 12,5%). El motivo más frecuente para la petición del estudio fue el estudio de neumopatías. La extensión de la calcificación coronaria fue más frecuente en el grupo de los casos con una puntuación global Shemesh de $4,9 \pm 2,8$ frente a $1,8 \pm 2,0$, $p < 0,0001$. El impacto pronóstico de la extensión de la calcificación coronaria se muestra en la figura.

SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTOS SEGÚN EXTENSIÓN DE LA CALCIFICACIÓN CORONARIA



Conclusiones: La presencia de calcificación significativa en las arterias coronarias evaluada en TC torácico no cardíaco predice el desarrollo de eventos cardiovasculares. Este hallazgo debería ser descrito en los informes de radiología para la implementación de medidas de prevención cardiovascular más intensivas en este grupo de pacientes.

05. COMPARACIÓN DE 2 ESTRATEGIAS EN LA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO: ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS Y TOMOGRAFÍA MULTIDETECTOR COMPUTARIZADA

A. Varela Cancelo¹, M. Piñeiro Portela¹, J. Peteiro Vázquez¹, A. Bouzas Mosquera¹, D. Martínez Ruiz¹, J.C. Yáñez Wonenburger¹, F. Pombo² y J.M. Vázquez Rodríguez¹

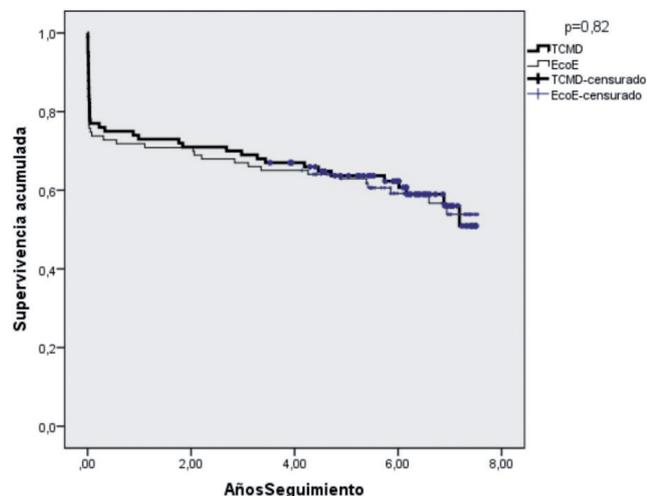
¹Servicio de Cardiología; ²Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción y objetivos: Un 5% de los pacientes estables con dolor torácico agudo presentan un síndrome coronario agudo (SCA). Nuestro objetivo fue comparar el ecocardiograma de estrés (EcoE) y la tomografía computarizada multidetector (TCMD) en este escenario.

Métodos: 203 pacientes con al menos 1 factor de riesgo cardiovascular y con electrocardiograma y troponinas normales fueron aleatorizados a EcoE (103) o TCMD (100). El objetivo primario fueron eventos duros (muerte cardiovascular e infarto de miocardio no fatal), eventos combinados (eventos duros y revascularizaciones) y eventos combinados más readmisiones. El objetivo secundario fue el coste.

Resultados: La media de edad fue de 64 ± 11 años y 131 pacientes eran varones. El 71% de los pacientes presentaban hipertensión, 74% hipercolesterolemia, 28% diabetes mellitus y el 21% eran fumadores. La mayoría de pacientes tenían un score de riesgo TIMI bajo (68% TIMI I y 32% TIMI II). La media de seguimiento fue $4,7 \pm 2,7$ años. Se realizaron 61 coronariografías, 34 (33%) en el grupo EcoE y 27 (27%) en el grupo TCMD ($p = 0,15$). Se confirmó SCA en 53 pacientes (88 frente a 85%, $p = 0,12$). No hubo diferencias significativas en los eventos duros (5 frente a 7%, $p = 0,42$), y sólo 1 ocurrió en el primer año. Tampoco hubo diferencias significativas en los eventos combinados (34 frente a 29%, $p = 0,58$) ni en los eventos combinados más readmisio-

nes (42 frente a 41%, $p = 0,12$). La estancia media desde la aleatorización para los pacientes con resultado negativo resultó menor a 8 horas. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 (5-10) días en el grupo EcoE y 8 (5-10,25) días en el grupo TCMD ($p = 0,90$). El coste medio en la sala de urgencias fue menor en el grupo con EcoE negativo comparado con el grupo con TCMD negativo (557 frente a 706€, $p < 0,05$) aunque no se encontraron diferencias significativas con respecto al coste global. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al número de ecocardiogramas (31 pacientes en el grupo EcoE [30%] y 46 en el grupo TCMD [46%], $p = 0,014$) y ergometrías (4 pacientes en el grupo EcoE [4%] y 14 en el grupo TCMD [14%], $p = 0,010$) realizados durante el seguimiento.



Análisis de supervivencia para eventos combinados más readmisiones. Curvas Kaplan Meier.

Conclusiones: Tanto el EcoE como la TCMD son igual de seguras y eficaces en el triaje del dolor torácico agudo en pacientes

con probabilidad baja-intermedia de SCA. Sin embargo, el coste de un EcoE negativo resultó menor al de una TCMD negativa. El número de pruebas subsiguientes también fue menor con una estrategia inicial basada en EcoE.

O6. STRAIN AURICULAR GLOBAL COMO HERRAMIENTA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AFECTACIÓN CARDIACA EN LA PREECLAMPSIA

R. Álvarez Velasco, M. Vigil-Escalera Díaz, D. García Iglesias, A. Adeba, A. Fidalgo, C. Corros, A. Escudero, J. Rozado, V. León y J.M. de la Hera

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción y objetivos: La pre-eclampsia (PE) es una enfermedad sistémica que puede repercutir a nivel cardiaco. Aunque la repercusión cardiaca de ésta suele ser tardía, los parámetros ecocardiográficos pueden alterarse en fases más precoces de la enfermedad. Se ha propuesto que los parámetros de Strain pueden ser más sensibles. **Objetivos:** Analizar los cambios evolutivos en los parámetros ecocardiográficos de las pacientes con PE. Evaluar los parámetros de strain comparados con los parámetros ecocardiográficos clásicos.

Métodos: Análisis estadístico: se registra de forma consecutiva todos los casos de PE de un hospital de tercer nivel. En el momento del debut clínico y a los 3 meses, se realiza un ecocardiograma con medición de parámetros clásicos. Además se calcula el strain ventricular y auricular global mediante Speckle-Tracking. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de las variables clínicas y ecocardiográficas basales. Las variables continuas se expresan como media más desviación estándar y las categóricas como suma más porcentaje. Para la comparativa entre los datos ecocardiográficos y basales se realiza mediante una t de Student para datos apareados, considerando como significativo un p valor por debajo de 0,05.

Resultados: Se analizan en total los datos de 36 mujeres, con una edad media de 34 años. El 58,33% de las mujeres eran múltiparas

	Basal	Seguimiento	Diferencia	p
DiámetroDiastólicoVI	47.857 (+/- 5.936)	46.214 (+/- 4.717)	-1.643(-3.817 - 0.531)	0,133
Diámetro1stóicoVI	28.542 (+/- 4.53)	29 (+/- 3.464)	0.458(-1.015 - 1.932)	0,526
DiametroAI	38.458 (+/- 3.587)	33.5 (+/- 3.612)	-4.958(-6.331 - -3.586)	<0,001
VolumenTDVI4C	80.035 (+/- 22.404)	77.4 (+/- 17.691)	-2.635(-11.714 - 6.444)	0,553
VolumenTSVI4C	30.77 (+/- 16.183)	27.2 (+/- 8.64)	-3.57(-9.232 - 2.093)	0,205
VolumenAI4C	47.027 (+/- 13.534)	40.873 (+/- 10.256)	-6.155(-11.848 - -0.461)	0,035
VolumenAD4C	32.17 (+/- 12.094)	29.315 (+/- 9.185)	-2.855(-8.597 - 2.887)	0,311
DiámetroTDVD4C	33.188 (+/- 5.935)	29.25 (+/- 6.202)	-3.938(-7.265 - -0.61)	0,023
InsuficMitral	0.419 (+/- 0.62)	0.097 (+/- 0.301)	-0.323(-0.542 - -0.103)	0,005
E _{max} VM	89.023 (+/- 16.174)	82.543 (+/- 16.082)	-6.48(-12.545 - -0.415)	0,037
A _{max} VM	75.952 (+/- 13.695)	67.176 (+/- 16.314)	-8.776(-16.258 - -1.294)	0,023
E.A	1.204 (+/- 0.303)	1.292 (+/- 0.321)	0.089(-0.054 - 0.231)	0,212
E _{lateral}	11.887 (+/- 3.168)	13.568 (+/- 3.201)	1.681(0.39 - 2.971)	0,012
E _e	7.654 (+/- 2.277)	6.228 (+/- 1.217)	-1.425(-2.233 - -0.618)	0,001
S _{lateral}	11.4 (+/- 3.247)	9.2 (+/- 1.965)	-2.2(-6.317 - 1.917)	0,239
PSAP	25.333 (+/- 12.662)	17 (+/- 14.933)	-8.333(-22.015 - 5.348)	0,12
TAPSE	25.5 (+/- 4.232)	24.292 (+/- 2.971)	-1.208(-3.105 - 0.688)	0,2
FEVI	64.657 (+/- 10.397)	66.427 (+/- 5.744)	1.769(-1.384 - 4.923)	0,26
STRAINLONG	-22.23 (+/- 2.5)	-23.27 (+/- 2.364)	-1.04(-2.106 - 0.026)	0,056
STRAINIRC	-28.016 (+/- 4.626)	-28.255 (+/- 3.793)	-0.239(-1.53 - 1.051)	0,708
STRAINAURICULAR	39.041 (+/- 9.77)	46.276 (+/- 8.049)	7.234(4.254 - 10.215)	<0,001

Tabla 1. Análisis ecocardiográfico evolutivo (basal y 3 meses) de las pacientes con Pre-Eclampsia.

y el 36,11% tenían antecedentes de al menos un aborto previo. Comparando los datos del ecocardiograma basal y de seguimiento, se encontró una reducción significativa del volumen y diámetro de aurícula izquierda, junto con mejoría de los parámetros diastólicos (reducción de ondas E y A de llenado mitral, aumento de la onda e' lateral y disminución del cociente E/e'), de la insuficiencia mitral y del diámetro del ventrículo derecho. Además existe una mejoría del strain auricular y una tendencia en el ventricular. No se objetivaron diferencias en la FEVI.

Conclusiones: De forma precoz y subclínica existe un aumento del tamaño auricular izquierdo y ventricular derecho, así como un deterioro de la función diastólica, insuficiencia mitral y strain auricular, que mejora en el seguimiento. El análisis de strain mediante el software de speckle-tracking se ha mostrado útil en el diagnóstico precoz de la afectación cardiaca en la PE.

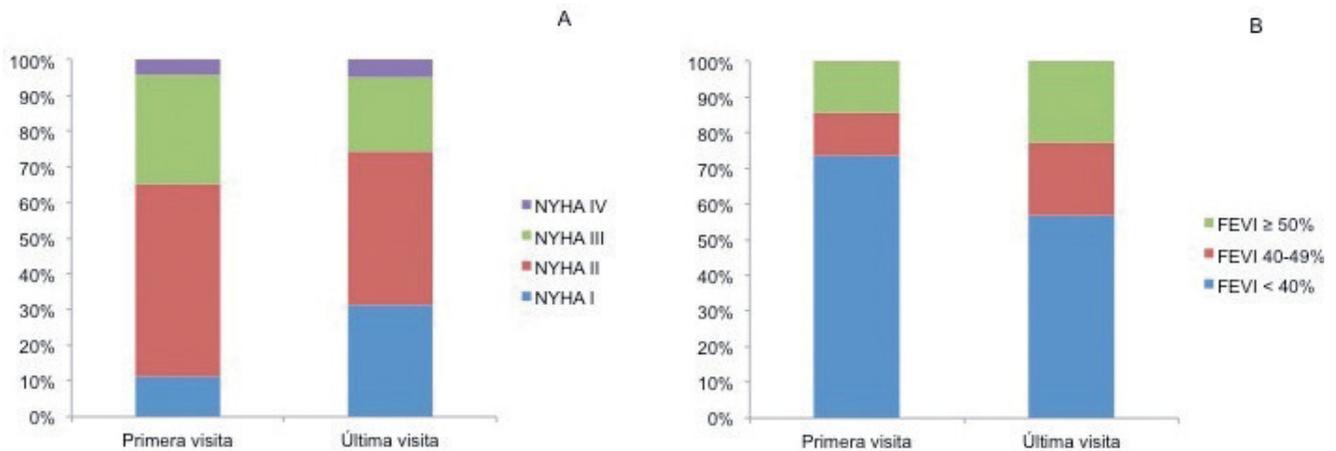
07. IMPACTO DE UNA UNIDAD CLÍNICA ESPECIALIZADA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL, FUNCIÓN VENTRICULAR Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

E. Barge Caballero^{1,3}, G. Barge Caballero^{1,3}, D. Couto Mallón^{1,3}, M.J. Paniagua Martín^{1,3}, R. Marzoa Rivas¹, C. Naya Leira¹, C. Riveiro Rodríguez¹, Z. Grille Cancela^{1,3}, P. Blanco Canosa¹, J. Muñiz García^{2,3}, J.M. Vázquez Rodríguez^{1,3} y M.G. Crespo Leiro^{1,3}

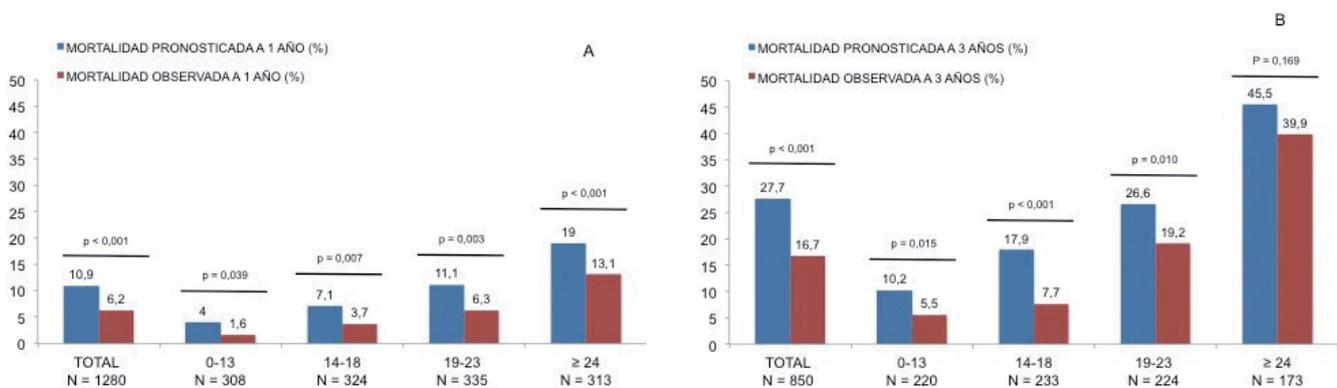
¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, UDC, INIBIC. ³CIBERCV.

Introducción y objetivos: Analizar los resultados clínicos de una unidad de IC.

Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con IC tratados en una unidad especializada entre 2011 y 2017. Se comparó la mortalidad real (observada) a 1 y 3 años con la mortalidad esperada (pronosticada) por el score de riesgo MAGGIC. **Resultados:** Se estudiaron 1.280 pacientes, con un score MAGGIC medio de $18,8 \pm 6,9$. Las tasas de prescripción de betabloqueantes, IECA, ARA-2, antagonistas del receptor mineralocorticoide y sacubitrilo-valsartán en la cohorte global y en pacientes con FEVI < 40% fueron de 93% (98%), 67% (71%), 22% (22%), 73% (84%) y 16% (22%), respectivamente. En la última visita clínica realizada se observó un incremento de la proporción de pacientes con FEVI < 40% que recibían la dosis objetivo de betabloqueantes (29,6% frente a 18%, $p < 0,001$) y de IECA/ARA2/sacubitrilo-valsartán (24,6% frente a 11,3%, $p < 0,001$) con respecto a la primera visita. Se observó un incremento significativo de FEVI a lo largo del seguimiento ($39,2 \pm 14,5$ frente a $34,3 \pm 13,9$; $p < 0,001$). De los 940 pacientes con FEVI basal < 40%, 239 (25,4%) presentaron FEVI = 40% en la visita final; sin embargo, solo 25 (7,4%) pacientes con FEVI basal = 40% presentaron FEVI < 40% en la visita final. Se observó un cambio significativo en la distribución de la clase funcional de la NYHA de los pacientes a lo largo del seguimiento ($p < 0,001$; fig. 1); con respecto a la visita inicial, se incrementó la prevalencia de clase I (31,1% frente a 11,1%) y se redujo la prevalencia de clase II (54,1% frente a 42,9%) y de clase III (30,7% frente a 20,9%). En total, se observó una mejoría de al menos 1 clase funcional en 484 (37,8%) pacientes. El



Comunicación 07 Figura 1



Comunicación 07 Figura 2

	N	Mortalidad a 3 años (%) pronosticada	Mortalidad a 3 años (%) observada	Ratio mortalidad a 3 años observada / pronosticada	p
<i>Sexo</i>					
Varón	609	24,4	17,7	0,73	<0,001
Mujer	369	22,0	14,0	0,64	0,003
<i>Edad</i>					
< 70 años	624	19,8	12,0	0,61	<0,001
≥ 70 años	226	34,7	29,9	0,86	0,126
<i>Área sanitaria de procedencia</i>					
CHUAC	563	24,2	17,8	0,74	<0,001
Otros hospitales	390	22,9	14,6	0,64	0,001
<i>Hospitalización previa por IC</i>					
Si	466	26,2	20,8	0,79	0,008
No	384	20,8	11,7	0,56	<0,001
<i>Cardiopatía isquémica</i>					
Si	331	24,8	18,7	0,75	0,011
No	519	23,1	15,4	0,67	<0,001
<i>FEVI</i>					
< 40 %	600	25,0	15,5	0,62	<0,001
≥ 40 %	250	20,7	19,6	0,95	0,640

Comunicación O7 Tabla

score MAGGIC mostró una discriminación adecuada de la mortalidad a 1 año (estadístico $c = 0,71$) y a 3 años (estadístico $c = 0,76$). Sin embargo, la mortalidad observada en la cohorte fue significativamente menor a la mortalidad esperada (fig. 1), tanto a 1 año (6,2% frente a 10,9%; ratio observada/esperada = 0,57; $p < 0,001$) como a 3 años (16,7% frente a 27,7; ratio observada/esperada = 0,60; $p < 0,001$). Esta discrepancia entre mortalidad observada y mortalidad esperada a 3 años se observó en la mayoría de los subgrupos analizados (fig. 2), ex-

cepto en pacientes > 70 años (29,9% frente a 34,7%; ratio observada/esperada = 0,86; $p = 0,126$) y en pacientes con FEVI = 40% (19,6% frente a 20,7%; ratio observada/esperada = 0,95; $p = 0,640$) (tabla).

Conclusiones: El seguimiento estrecho en una unidad especializada de IC, con optimización terapéutica según los estándares actuales, se asocia a mejoría de la capacidad funcional y la función ventricular de los pacientes, así como a una mortalidad menor de la esperada.