

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Congreso Virtual de la Sociedad Andaluza de Cardiología 2020

28, 29, 30 de septiembre y 1, 2 de octubre de 2020

PRESENTACIÓN COMUNICACIONES PREMIO DR. PEDROTE

548/31. PROGRAMA SCREENING DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN NUESTRA ÁREA

Pedro Agustín Pajaro Merino, Jessica Roa Garrido,
Adrián Rodríguez Albarrán, Francisco José Caro Fernández
y José Francisco Díaz Fernández

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La prevalencia de hipercolesterolemia familiar (HF) está infraestimada, siendo desconocida en nuestro medio, que tiene altas tasas de enfermedad cardiovascular (ECV). Las nuevas guías insisten en la importancia de la prevención primaria en estos pacientes, de muy alto riesgo CV. **Objetivo:** Conocer la incidencia de HF para un mejor control de FRCV en nuestra área, actuando en prevención primaria.

Métodos: Revisión de todos los pacientes de nuestra área hospitalaria con LDL ≥ 250 mg/dl (n: 176), durante 12 meses (enero 2018-diciembre 2018), dentro del proyecto nacional Arian. Se revisaron causas secundarias, y de los restantes se analizó la puntuación de clínicas holandesas (CH) para diagnóstico de HF. Se solicitó estudio genético a pacientes con puntuación ≥ 6 . Se realizó *screening* de ECV (historia clínica, índice tobillo-brazo y Doppler de troncos supraaórticos).

Resultados: De 176 pacientes estudiados, 46 presentaban causa secundaria de hipercolesterolemia; 23 de ellos presentaban puntuación ≥ 6 puntos de CH, realizándose estudio genético. Resultaron 13 casos positivos a mutación conocida para HF (50%), realizándose *screening* familiar. Presentaron mutación como causa de HF cinco para APO, ocho LDLR y uno PCSK9. Un paciente presentó positividad a LDLR y APO B y otro a tres mutaciones (LDLR, APO B, PCSK9). ECV subclínica en 3 pacientes. Por *screening* familiar se encontraron 2 afectos más.

Conclusiones: La incidencia de HF en nuestra área parece ser más alta de la esperada, lo cual apoya la búsqueda activa de

este tipo de pacientes y el *screening* familiar. La mutación APO B es más frecuente de lo descrito en otras poblaciones.

548/48. TENDENCIA TEMPORAL DEL DESPERTAR Y LIMITACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez,
Diego Félix Arroyo Moñino, Fernando Altarejos Salido,
Tania Seoane García y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La hipotermia terapéutica (HT) aplicada en pacientes en coma tras parada cardiorrespiratoria (PCR) es actualmente un tema de debate. Uno de los puntos clave es el porcentaje de pacientes con despertar tardío que puede condicionar la decisión de la limitación terapéutica. El objetivo de este estudio es describir el porcentaje de pacientes con despertar tardío e identificar posibles factores predictores de este.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en coma tras PCR de una Unidad Coronaria en 2006-2020. Se realizó un análisis univariante y multivariante de la tendencia temporal del despertar, definiéndolo como obediencia a órdenes sencillas.

Resultados: De 261 pacientes, 180 estaban en coma (Glasgow ≤ 10); edad media $65,8 \pm 0,95$ y 28,9% mujeres. Se realizó HT en 69 pacientes (38,3%). Despertaron 58 pacientes de la muestra total (59,2%). La distribución de los días del despertar fue similar aplicando o no HT (mediana=4, p25=3 y p75=6). Diecisiete pacientes (30,4%) tuvieron un despertar tardío (a partir del día 5) sin significación estadística entre grupos (27,8% grupo HT vs. 35% grupo no HT). Según el análisis multivariante no hubo predictores de despertar tardío entre las variables estudiadas: hipotermia, Glasgow al ingreso, edad, ritmo desfibrilable o sexo.

Conclusiones: En los estudios de pacientes en coma tras PCR, la limitación terapéutica es la principal causa de mortalidad. Un tercio de los pacientes de nuestra cohorte presentan un despertar tardío, por lo que la limitación terapéutica en estos pacientes debería retrasarse más allá del día 5.

548/84. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES A MUY LARGO PLAZO EN PACIENTES DE 75 AÑOS O MÁS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA ESTABLE: DATOS DEL REGISTRO CICCOR

Lucas Javier Barreiro Mesa, Martín Ruiz Ortiz, Cristina Ogayar Luque, José Javier Sánchez Fernández, Elías Romo Peñas, Mónica Delgado Ortega, Ana Rodríguez Almodóvar, Fátima Esteban Martínez, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Dolores Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio fue evaluar la incidencia a muy largo plazo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes de 75 años o más con cardiopatía isquémica crónica (CIC).

Métodos: El registro CICCOR es un estudio monocéntrico, prospectivo, de cohortes. Del 1.02.2000 al 31.01.2004 todos los pacientes con CIC atendidos en dos consultas de cardiología de un hospital terciario fueron incluidos en el estudio y seguidos prospectivamente. Los pacientes de 75 años o más fueron seleccionados para este análisis. Se investigó la probabilidad de sufrir un primer MACE (infarto de miocardio, ictus o ingreso por insuficiencia cardíaca) y las variables relacionadas con ello.

Resultados: La muestra incluyó 288 pacientes (79 ± 4 años, 65% varones). Tras 17 años de seguimiento (mediana 6 años, p25-75 3-11 años), 129 pacientes sufrieron algún MACE: 35 infarto, 48 ictus y 73 fueron ingresados por insuficiencia cardíaca. La probabilidad de sufrir un primer MACE fue del 14%, 27%, 36%, 44% y 51% a los 2, 4, 6, 8 y 10 años, respectivamente. Tras un análisis multivariado, los predictores de sufrir eventos cardiovasculares mayores fueron la presencia de insuficiencia cardíaca (HR 3.19 [1.90-5.33], $p < 0.0005$), hipertensión (HR 1.47 [1.00-2.16], $p = 0.048$), prescripción de estatinas (HR 0.62 [0.44-0.89], $p = 0.009$), filtrado glomerular (HR 0.97 [0.95-0.99], $p = 0.005$) y recuento leucocitario (HR 1.21 [1.05-1.39], $p = 0.009$).

Conclusiones: La probabilidad de sufrir un primer MACE fue del 44% a los 8 años en esta cohorte de pacientes de 75 años o más con CIC. Variables clínicas sencillas pueden identificar a los pacientes con peor pronóstico.

548/134. ARMAZONES VASCULARES BIOABSORBIBLES DE MAGNESIO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA A LARGO PLAZO

Dolores Cañadas Pruaño¹, Livia Luciana Gheorghe², Sara Blasco Turrión³, Santiago Jesús Camacho Freire⁴, Elena Izaga Torralba² y Alejandro Gutiérrez Barrios²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ⁴Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Los armazones vasculares bioabsorbibles de magnesio (AVBM) podrían ser una opción factible en el tratamiento percutáneo de las lesiones coronarias en el síndrome coronario agudo. El presente estudio se propone evaluar los resultados a largo plazo en términos de eventos clínicos, control angiográfico y por tomografía de coherencia óptica (OCT) tras la reabsorción del AVBM.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo que incluye 88 pacientes con síndrome coronario agudo, tratados mediante implante de AVBM, entre diciembre de 2016 y marzo de 2019.

Los pacientes participaron en el registro MAGMARIS-SCA, realizándose seguimiento clínico a largo plazo, control angiográfico y por OCT al año.

Resultados: Durante el seguimiento clínico (24 ± 6.78 meses), el DOCE fue del 6.8%. El control angiográfico y por OCT se realizó en el 41% de los casos (36 de 88), observándose reestenosis (>50%) asintomática en 6 casos. El diámetro luminal mínimo del armazón (por QCA) presentó una reducción significativa de -0.41 ± 0.56 mm ($p < 0.001$). El área luminal media del armazón (por OCT) disminuyó también de forma significativa (7.55 ± 1.76 mm² vs. 6.22 ± 2.24 , $p = 0.001$). La mala posición observada al final del procedimiento (6 casos) fue indetectable en el control angiográfico al año.

Conclusiones: Los resultados a largo plazo sugieren que los AVBM en síndrome coronario agudo se asocian con resultados clínicos y de imagen favorables. No obstante, la tasa de reestenosis asintomática en el control angiográfico ha sido relativamente frecuente y su manejo puede ser controvertido.

548/152. INDICACIÓN DE CIERRE PERCUTÁNEO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGENICO: ADECUACIÓN A LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES EUROPEAS. EXPERIENCIA EN UN ÚNICO CENTRO

Lucía Carnero Montoro¹, Nick Iván Paredes Hurtado¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica Delgado Ortega¹, José María Segura Saint-Gerons¹, Roberto Valverde Moyano¹, Juan José Ochoa Sepúlveda², Miguel Ángel Romero Moreno¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹ y Dolores Mesa Rubio¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las últimas recomendaciones europeas (URE) (2018) aconsejan el cierre percutáneo (CP) del foramen oval permeable (FOP) en pacientes con ictus criptogénico (IC) cuando el RoPEscore es de alto riesgo o intermedio con criterios de anatomía compleja (aneurisma del septo interauricular y/o paso amplio basal) (AC). Nuestro objetivo fue estudiar la adecuación de las indicaciones de CP en IC en un hospital terciario según las URE y estimar la incidencia de fibrilación auricular (FA) y recurrencia de ictus al seguimiento.

Métodos: Serie de 67 pacientes consecutivos con IC y FOP (enero de 2018-diciembre de 2019). Se calculó el RoPEscore (bajo ≤ 3 , intermedio 4-6, alto ≥ 7) y se estudió la AC por ecocardiografía transesofágica. Se relacionaron ambas variables con la indicación de CP. Se estimó la incidencia de FA y la recurrencia de ictus al seguimiento.

Resultados: En nuestra serie, presentaron RoPEscore de bajo, intermedio y alto riesgo el 9,61 y 30%, respectivamente. El 79% tenía AC sin diferencias entre los 3 grupos de riesgo ($p = 0,3$). En 54 pacientes (81%) se indicó el CP y no se indicó al resto. Entre ambos grupos (CP vs. No CP) no hubo diferencias en la escala RoPE (7%-56%-37% vs. 15%-85%-0%, $p = 0,5$); sin embargo, la presencia de AC fue significativamente diferente entre ambos (89% vs. 11%, $p = 0,03$). Nueve pacientes (17%) no cumplían criterios de indicación adecuada de CP según URE. Tras 12 ± 1 meses de seguimiento, hubo un caso de FA y un nuevo ictus.

Conclusiones: En nuestro centro, la presencia de AC condiciona la indicación de CP de FOP en pacientes con IC, independientemente de la escala de riesgo RoPE. Casi un quinto de los casos con CP no cumple criterios de indicación adecuada según las URE.

548/167. PREDICTORES DE MUERTE EN HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS. ESTUDIO DE COHORTE MULTICÉNTRICO ANDALUZ. REGISTRO ANDALUZ DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO (RACCA)

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Carmen Federero Fernández¹, María José Rodríguez Puras¹, Rocío García Orta², Juan Robledo Carmona³, Eduardo Moreno⁴ y Pastora Gallego García de Vinuesa¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La mortalidad de la hipertensión pulmonar (HTP) asociada a cardiopatía congénita del adulto (CCA) tiene elevada mortalidad. No se han identificado predictores de riesgo ni conocemos el impacto del tratamiento. Buscamos predictores de muerte en una cohorte contemporánea.

Métodos: En una cohorte de 103 pacientes multicéntrica (RACCA), seguidos $8,6 \pm 4,6$ años, se analizan retrospectivamente datos demográficos, variables clínicas, de imagen, funcionales y biomarcadores correspondientes a la evaluación inicial y final. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante log-Rank y la asociación de cada variable con la supervivencia de los grupos se evaluó mediante análisis de Cox univariado. Se incluyeron en análisis multivariado aquellas con $p < 0,05$.

Resultados: Edad media, 38 años; mujeres, $n = 63$; 61%. Anatomía compleja ($n = 38$; 37%), cortocircuitos postricuspidéos ($n = 37$; 36%). Según fisiología: Eisenmenger ($n = 58$; 56%), defectos restrictivos o cerrados ($n = 33$; 32%), no corregibles-no reparado ($n = 12$; 11,6%). CF al inicio, III-IV $n = 40$; 38,8%, ritmo sinusal ($n = 84$; 81%). Al final del seguimiento monoterapia ($n = 25$; 24%); dual ($n = 47$; 45,6%); triple terapia ($n = 16$; 15,5%). Durante el seguimiento, 23% desarrollaron arritmias. Hubo 29 muertes, causa más frecuente insuficiencia cardíaca ($n = 16$). La supervivencia global al año fue del 96% y 65% a los 10 años. En test de Log-Rank se observó que la mortalidad era superior en los pretricuspidéos y en pacientes en monoterapia ($p < 0,05$). La edad (HR: 1,946; $p < 0,01$), CF-III-IV (HR: 2,45; $p < 0,001$), SatO₂ (HR: 0,93; $p < 0,01$), derrame pericárdico (HR: 7,6; $p < 0,05$) y desarrollo de arritmias en el seguimiento (HR 2,27; $p < 0,05$) resultaron significativos en análisis univariante. SatO₂, edad y CF-III-IV resultaron predictores independientes (HR: 0,93; 1,05; 2,45; $p < 0,001$, respectivamente) en el análisis multivariante.

Conclusiones: La mortalidad asociada a HTP en CCA es significativa. Edad, CF avanzada y SatO₂ son predictores independientes de riesgo que identifican pacientes en quienes terapias precoces tienen impacto en la supervivencia.

548/185. PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS PREDICTORES DE LA CORRECCIÓN DEL BLOQUE COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA AL ESTIMULAR EN HIS. APLICABILIDAD A LA RESINCRONIZACIÓN HISIANA

María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León, Pablo Moriña Vázquez, Juan Manuel Fernández Gómez y José Venegas Gamero

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La terapia de resincronización (TRC) hisiana, alternativa a la TRC clásica en pacientes con BCRIHH,

no siempre consigue corregir el BCRIHH, no estando descrito, en función del electro basal, los pacientes en los que se conseguiría la corrección del mismo al estimular His (EH). Objetivo: Describir los diferentes patrones electrocardiográficos de BCRIHH y la respuesta (corrección o no del mismo) a la EH.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes con BCRIHH e indicación de TRC. Previo al implante, realizamos ECG (200 mm/s). Realizamos EH, comparando los patrones basales de BCRIHH (V₁) en función de si se consigue o no un QRS < 120 ms.

Resultados: 37 pacientes (68 ± 13 años), FEVI-basal: 31% (27-35) y QRS: 154 ± 13 ms, corrigiendo el BCRIHH con EH el 83.3% ($n = 31$). Basalmente distinguimos dos patrones en V₁: QS o rS. Diecinueve pacientes (51.4%) presentaban patrón QS, estrechando el QRS el 94.7%; 18 patrón rS, corrigiendo el 66.7% ($p = 0.042$). La presencia de patrón QS presentó una sensibilidad del 60%, una especificidad del 85.7% y un valor predictivo positivo (VPP) del 94.7% para predecir la corrección del BCRIHH con un área bajo la curva (ABC) de 0.73. En pacientes con patrón rS analizamos ratio entre vector descendente/ascendente de la onda S: 0.73 en quienes corregía vs. 0.48 en los que no ($p = 0.001$); ABC: 0.967. Un ratio ≥ 0.64 presentó una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 91.66%, 100%, 100% y 83.3% para predecir la corrección del BCRIHH.

Conclusiones: La presencia en V₁ de BCRIHH con patrón QS, o patrón rS con un vector descendente/ascendente de $S \geq 0.64$, son buenos predictores de la corrección del BCRIHH al EH.

548/189. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA A TRAVÉS DE ESTIMULACIÓN HISIANA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA: RESULTADOS AGUDOS Y EVOLUCIÓN EN EL SEGUIMIENTO A UN AÑO

María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León, Juan Manuel Fernández Gómez, Ana José Manovel Sánchez, José Venegas Gamero y Pablo Moriña Vázquez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La estimulación permanente del haz de His (EP-His) puede corregir los trastornos de conducción intraventricular siendo una alternativa a la terapia de resincronización (TRC) clásica. Objetivo: Describir los resultados de la TRC mediante EP-His, tanto agudos como en el seguimiento a un año.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo (inclusión: enero/2018-febrero/2019) con seguimiento a un año, de pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCDNI), BCRIHH, QRS > 130 ms e indicación de TRC, resincronizados mediante EP-His. Analizamos: FEVI al mes y al año, retraso septo-pared posterior (SPP), éxito del implante, tiempos de escopia y umbrales. Resultados expresados en mediana y percentil 25-75.

Resultados: 45 pacientes [66 años (58-72)]. Con estimulación hisiana corrigió el BCRIHH en 84% ($n = 38$), consiguiéndose resincronización mediante EP-His en 92% ($n = 35$) (14% estimulación selectiva); no posible en 3 pacientes por dificultad para fijar el electrodo (éxito global: 78%). Tiempo de escopia total: 8.1 minutos (6.1-9.9), incluido el necesario para la estimulación hisiana temporal e intentos fallidos. QRS basal: 160 ms (150-161); tras TRC mediante EP-His: 132 ms (126-148). En los pacientes resincronizados mediante EP-His ($n = 35$), FEVI-basal: 30 (27-34), al mes: 51% (48-58) y al año: 55% (48-63), mejorando en todos los casos. Para valorar la asincronía

intraventricular se analizó de forma aguda el retraso del SPP de VI en modo-M-DTI-color; basalmente: 139 ms (131-150) y tras TRC mediante EPHis: 40 ms (19-64), con resultados mantenidos en el seguimiento. Umbral agudo de His (con corrección del BCRIHH): 1,6V@0.4 ms (0,9-1,9), al mes: 0,75V@0.4ms (0,71-2,1) y al año 1.5V@0.4 ms (0.9-2.25). Sin complicaciones

ni dislocaciones agudas ni en el seguimiento, con mejoría clínica subjetiva en todos.

Conclusiones: La resincronización hisiana consigue mejorar la FEVI de forma precoz en pacientes con MCDNI, BCRIHH e insuficiencia cardíaca que precisan TRC, con resultados mantenidos a largo plazo.