

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

AULA VIRTUAL E-PÓSTER

548/7. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO TRAS EL INICIO DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN COMPARACIÓN CON EUROASPIRE V

Carmen Martín Domínguez,
Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Sergio López Tejero,
Eloísa Mariscal López, Fidel Ernesto Mesa Prados,
Rafael Bravo Marqués, Almudena Valle Alberca,
Francisco José Torres Calvo y Francisco Ruiz Mateas

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Comparar los resultados obtenidos, al año de seguimiento, en pacientes con SCA de alto riesgo y que fueron seguidos en consulta monográfica de alto riesgo cardiovascular; con los estándares actuales (EUROASPIRE V).

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes con SCA de alto riesgo entre marzo de 2017 y abril de 2018 y que cumplieran criterios para participar en un programa de rehabilitación cardíaca. Fueron valorados en consulta de alto riesgo cardiovascular a los 3 meses y al año del evento. Se analizan características basales, FRCV y su control en el seguimiento, comparándolos con EUROASPIRE V.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes. La edad media fue 56,6 años, 81,5% varones. Un 50% HTA, un 25,4% DM tipo 2 y un 49,2% dislipemia. El 35,5% fumador activo. El IMC medio 28,76. En comparación con EUROASPIRE V, las características basales de nuestra cohorte fueron similares en cuanto a porcentaje de HTA, DM y sobrepeso; encontramos en nuestra cohorte una población más longeva, mayor tabaquismo y menor dislipemia. En cuanto al control de los FRCV al año de seguimiento, la cifra media de colesterol LDL fue 69,1 mg/dl, HDL 45,31 mg/dl y TG 131,5 mg/dl. La HbA1c al año fue del 6,8%. En el registro EUROASPIRE V, el 32% de los pacientes presentaron LDL < 70 mg/dl, el subanálisis de España, LDL < 70 fue de 49%; mientras que en nuestra cohorte fue de 61,5%.

Conclusiones: La creación de una consulta específica y de organización propia ha conseguido un buen control de los síntomas y de los FRCV, cuyos resultados mejoran de manera

importante con el inicio de la rehabilitación cardíaca, incluso por encima de los estándares actuales.

548/8. CÁLCULO DEL FFR MEDIANTE HIPEREMIA CON SUERO SALINO FISIOLÓGICO

Dolores Cañadas Pruaño¹, Alejandro Gutiérrez Barrios¹,
Elena Izaga Torralba², Livia Gheorghe², Germán Calle Pérez²
y Rafael Vázquez²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Recientemente, se ha validado un nuevo método para cuantificar el flujo coronario absoluto (FCA), según el principio de termodilución. Esta técnica requiere la infusión continua intracoronaria de solución salina a temperatura ambiente a través de un catéter específico (Ray Flow) que induce hiperemia máxima a una velocidad de flujo ≥ 15 ml/min. Nuestro objetivo fue comparar los resultados obtenidos en la medición del FFR usando infusión salina intracoronaria (FFRsalino) frente al FFR convencional con adenosina (FFRadenosina).

Métodos: En nuestra serie de 118 pacientes con sospecha de enfermedad coronaria en tres centros, se midieron FFRsalino y FFRadenosina. La infusión intracoronaria de solución salina se ajustó a una velocidad de flujo media de $18,9 \pm 1$ [18-20 ml/min] y la infusión endovenosa de adenosina se ajustó a una velocidad media de 165 [150-180 mcg/kg/min].

Resultados: Los valores medios de FFRsalino fueron $0,89 \pm 0,07$ y FFRadenosina $0,90 \pm 0,05$ y la diferencia media entre ambos métodos fue $0,03 \pm 0,03$ que puede atribuirse al efecto del catéter Ray Flow en el flujo coronario. FFRadenosina y FFRsalino fueron dicotomizados (punto de corte 0,8) y fueron concordantes. Usando el punto de corte de 0,75, la concordancia era más alta e indica isquemia con alta fiabilidad. Observamos una tendencia a mayor concordancia en la arteria descendente anterior (ADA) y en vasos sin enfermedad.

Conclusiones: En conclusión, la técnica de termodilución mediante infusión continua de solución salina es un método seguro y factible para cuantificar el FFR evitando los efectos secundarios de la adenosina, por lo que podría ser una herramienta útil en el estudio fisiológico invasivo de la circulación coronaria.

548/9. IMPACTO EN SALUD Y ECONÓMICO DE UN MANEJO PERSONALIZADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA

José Ignacio Morgado García de Polavieja¹,
Francisco José Caro Fernández¹, Antonio León Justel²,
Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Elena Gálvez Ríos¹,
Santiago Jesús Camacho Freire¹
y Jose Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca con FEVI reducida (IC-FEVIr) es una epidemia con alta tasa de reingresos, mala calidad de vida y elevados costes sanitarios. Existen distintas calculadoras validadas para estratificar el riesgo de sufrir eventos, sin que esté estandarizado el manejo de estos pacientes según el riesgo. Nuestro objetivo es personalizar el seguimiento de esta enfermedad basado en un modelo clínico que incluye biomarcadores, y valorar los reingresos, visitas a urgencias y costes al implementarlo.

Métodos: Se seleccionan 192 pacientes valorados con IC-FEVIr de forma consecutiva, no seleccionada, en la unidad de IC de nuestro hospital. Se estratifican en 3 grupos según el riesgo de sufrir reingreso por IC a los 12 meses mediante la calculadora BCNBioHF, a través de un protocolo específico. Se comparan los reingresos, visitas a urgencias, mejoría funcional y costes a los 12 meses (en comparación con los 12 meses previos).

Resultados: La edad media fue de 65 años, un 20,3% de mujeres; el 69,3% son hipertensos, un 37,5% con diabetes, el 25,8% con enfermedad renal crónica. Un 50,3% de etiología isquémica. FEVI media, 30%. Un 60,3% fue clasificado en bajo riesgo, un 33,3% de riesgo medio y un 6,3% de alto riesgo. A los 12 meses: un 41% de reducción de los reingresos. Un 68,75% de reducción de visitas a urgencias, un 31,1% de mejoría de al menos un grado funcional. Se logra una reducción de 137 989 euros. Además, se muestra *bootstrap* realizados para estimación de potenciales beneficios.

Conclusiones: Un manejo personalizado en IC-FEVIr puede suponer una alternativa efectiva y eficiente, aunque debería demostrarse en un ensayo clínico multicéntrico.

548/10. CUANTIFICACIÓN VOLUMÉTRICA DEL FLUJO CORONARIO ABSOLUTO PARA VALORAR LA RESERVA DE FLUJO CORONARIO

Elena Izaga Torralba¹, Alejandro Gutiérrez Barrios²,
Inmaculada Noval Morillas¹, Livia Gheorghie¹,
Germán Calle Pérez¹ y Rafael Eduardo Vázquez García¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: La reserva de flujo coronario (RFC) se calcula invasivamente mediante Doppler o termodilución (RFC termo). Se ha validado un método que permite cuantificar el flujo coronario absoluto (FA) mediante infusión continua de suero salino a través de un microcatéter específico a 18-20 mL/min induciendo hiperemia. Evaluamos la factibilidad para cuantificar el FA en reposo a una velocidad de infusión de 10-12 ml/min y calcular la RFC absoluta (RFC abs), dividiendo el AF en hiperemia entre AF en reposo y su concordancia con la RFC termo.

Métodos: 34 pacientes prospectivamente durante 7 meses. El Pd/Pa se midió antes del reposo y en hiperemia, comprobando que la medición del FA en reposo es factible, sin inducir hiperemia y sin efectos adversos.

Resultados: Durante la infusión en reposo, el Pd/Pa medio no se modificó (0.95 ± 0.032 pre y 0.95 ± 0.033 post), el coeficiente de variación del valor inicial y final del Pd/Pa $< 0.01\%$ y el de correlación (0.98), comparado con el coeficiente de variación durante máxima hiperemia (5.2%). (Pd/Pa inicial 0.95 ± 0.03 y FFR al final 0.89 ± 0.05). La RFC termo (inverso del tiempo medio de tránsito en reposo/en hiperemia) comparado con RFC abs (cociente entre el FA en máxima hiperemia/FA en reposo), FA hiperemia 197.6 ± 67 mL/min; FA reposo 77.7 ± 25 mL/min; RFC termo 2.42 ± 1 y RFC abs 2.61 ± 0.85 . Correlación entre RFC termo y RFC abs ($r = 0.88$, $p < 0.01$), diferencia media 0.19 ± 0.5 y absoluta media $14 \pm 12\%$.

Conclusiones: Confirmamos la factibilidad y seguridad de RFC abs. Mostrando fuerte correlación con RFC termo.

548/13. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS EN NUESTRO CENTRO

Irene Esteve Ruiz, María del Carmen Otte Alba,
Manuel González Correa, David Villagómez Villegas
y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía de estrés (ECE) es una prueba no invasiva para la detección de isquemia miocárdica, utilizada en pacientes con probabilidad pretest intermedia. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes a los que se realiza ECE, su resultado y seguimiento.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron las ECE realizadas en nuestro centro desde enero de 2016 hasta diciembre de 2019.

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes (mediana de edad: 65 años, 56% varones). Presentaban elevado riesgo cardiovascular: 70% hipertensos, 40% diabéticos, 62% dislipémicos, 25% fumadores, 35% cardiopatía isquémica y 11% disfunción ventricular izquierda. El 64,3% fueron negativas, realizándose en el 0,5% de ellas una angio-TC o coronariografía posterior, presentando lesiones solo uno de los casos. Un 21,7% fueron no concluyentes, realizándose coronariografía posterior en el 27%, hallándose lesiones significativas en el 31% de estas. Por último, un 14% fueron positivas, realizándose coronariografía posterior al 84%, hallándose lesiones significativas en el 54%. La mediana de seguimiento fue de 20 meses, presentando una tasa de eventos del 5,8%: 6 ingresos por angina con hallazgo de nuevas lesiones coronarias, 4 SCASEST y 3 SCACEST. La mediana de tiempo hasta la aparición de un evento fue de 16 meses.

Conclusiones: A pesar de que los pacientes a los que se realiza ECE son de elevado riesgo cardiovascular, el porcentaje de casos con resultado negativo es elevado y la tasa de eventos en el seguimiento es baja (mediana de tiempo hasta aparición de eventos 16 meses), evitándose en muchos casos la realización de pruebas invasivas innecesarias.

548/14. PRIMERA EXPERIENCIA DE EMPLEO DE LITOTRIZIA INTRACORONARIA (SHOCKWAVE CORONARY LITHOPLASTY) EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

Sergio López Tejero, Rafael Bravo Marqués,
Marta Pombo Jiménez, Juan Francisco Muñoz Bellido,
Olga Sanz Vázquez, Carmen Martín Domínguez,
Eloísa Mariscal López, Susana Pérez Córdoba,
Francisco Ruiz Mateas y Luis Antonio Íñigo García

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La calcificación arterial coronaria (CAC) supone un escenario complejo para ICP. La litotricia intravascular (IVL) permite fracturar selectivamente el calcio de la pared vascular mediante la aplicación de ondas sónicas, sin afectación del resto de elementos. Objetivo: valorar los efectos, el resultado y la tolerancia de dicho tratamiento en nuestro hospital.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de pacientes tratados con IVL en nuestro centro, analizando las características basales, los resultados intraprocedimiento y la evolución hospitalaria.

Resultados: Se han realizado 6 IVL. Edad media, 69,67 ± 8,68 años, la mayoría varones (83%). Todos presentaban dislipemia, con LDL subóptimo (76 mg/dl ± 31) pues el 66% presentaba APCI (CABG o ICP). Un 83% tenía HTA. La mitad eran exfumadores y nadie en activo. Aunque la CAC suele aparecer en diabéticos y ERC, no así en nuestra pequeña cohorte: solo 1 con DM2-con HbA1c normal (5,45% ± 0,45) o FG < 60 mL/min. La vía femoral (66,7%) se explica por mayor apoyo (procedimientos complejos). Lesiones de novo 50% y reestenosis 50%, siendo CD la más tratada (66,7%). En 5 (83%) se predilató la lesión, con balones NC (50%) y 2 veces se asoció a Rotablator. La IVL fue efectiva mayoritariamente (83%), permitiendo implante de stents, con 5 ± 1,73 pulsos. La tolerancia fue óptima, no hubo complicaciones intraprocedimiento. Solo 1 presentó eventos en el seguimiento (TVNS), el único con angioplastia fallida.

Conclusiones: En nuestra pequeña serie, la LIV coronaria permitió tratar CAC de forma segura y bien tolerada, con buenos resultados en la mayoría de los casos, permitiendo la navegabilidad y el implante de stents, previamente ineficaz.

548/15. FACTORES PREDICTORES INDEPENDIENTES DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA EN LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS

Irene Esteve Ruiz, Carmen Otte Alba,
Nuria González Alemany, Manuel González Correa,
David Villagómez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro
Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía de estrés (ECE) es una prueba utilizada para la detección de isquemia miocárdica, limitada en muchos centros por su baja disponibilidad. Nuestro objetivo fue analizar la existencia de variables que fueran predictoras de isquemia en dicha prueba con el objetivo de optimizar su utilización.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron las ECE realizadas en nuestro centro desde enero 2016 hasta diciembre 2019.

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes: mediana de edad, 65 años; 56% varones. Se obtuvo un resultado positivo para isquemia en 31 de ellos (14%). Se incluyeron en el análisis de regresión logística las principales variables que se consideró pudieran ser factores independientes predictoras de isquemia en este grupo de pacientes, mostrando como tales la presencia de cardiopatía isquémica previa (OR 2.7, IC95% 1.1-6.9), el bloqueo de rama derecha (BRD) basal (OR 7.8, IC95% 1.8-33.1) y el sexo varón (OR 3.4, IC95% 1.1-10.2). En cambio, la edad > 65 años se mostró como un factor protector (OR 0.3, IC95% 0.1-0.8).

Conclusiones: La presencia de cardiopatía isquémica previa, BRD y sexo varón son variables predictoras independientes de isquemia miocárdica en la ECE, permitiendo estos parámetros seleccionar mejor a los pacientes a los que se realiza esta prueba y aumentar así su rentabilidad diagnóstica. La edad superior a 65 años se mostró como un factor protector, tratándose esto probablemente de un sesgo de selección por limitarse esta prueba a pacientes de baja probabilidad pretest en este subgrupo de población.

548/16. FIBRILACIÓN VENTRICULAR PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PREVIO CON ANTIAGREGANTES

Beatriz Lorenzo López¹, Michel Butrón Calderón¹,
José A. Arboleda Sánchez², Manuel Almendro Delia¹,
Gemma Alonso Muñoz³, Ángel García Alcántara⁴,
José J. Arias Garrido⁵, Juan C. Rodríguez Yáñez⁶,
Rafael J. Hidalgo Urbano¹ y Juan Carlos García Rubira¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁶Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: Estudios previos muestran una posible relación entre la toma de antiagregación previa como factor protector de fibrilación ventricular (FV) en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Analizamos esta relación en una gran cohorte de pacientes.

Métodos: Registro observacional prospectivo procedente del registro Análisis del Retraso en el Infarto Agudo de Miocardio (ARIAM), que incluye 49 hospitales de Andalucía, desde 2001 a 2012. Incluye pacientes ingresados con SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) como con elevación (SCACEST). La FV precoz se definió como aquella ocurrida previamente al ingreso en UCI/U. Coronaria.

Resultados: Se incluyeron 14 051 pacientes con SCA (63.2 ± 12.7 años; 24.2% mujeres), de los cuales 9515 (67.7%) se presentaron como SCACEST. El 27.7% tomaba previamente antiagregantes. Presentaron FV precoz 816 pacientes (5.8%), siendo más frecuente en SCACEST que en SCASEST (4.9% vs. 0.9%, $p < 0.001$). La presencia de FV precoz fue más frecuente en aquellos que no tomaban antiagregación previa (4.7% vs. 1.12%, OR 0.61, IC95% 0.51-0.73, $p < 0.001$), independientemente de la forma de presentación del SCA. En el análisis multivariante ajustado por factores de riesgo cardiovascular y tratamientos, aunque se mantiene la tendencia protectora del tratamiento antiagregante, se pierde la significación estadística (OR 0.84, IC95% 0.66-1.07, $p = 0.16$), manteniéndose como predictores independientes de FV precoz la edad, el sexo, la diabetes, la dislipemia, la elevación del ST, y Killip ≥ 2. **Conclusiones:** Aunque el tratamiento antiagregante previo parece asociarse con una menor prevalencia de FV precoz en pacientes con SCA, no encontramos diferencias estadísticamente significativas tras el análisis multivariante.

548/17. LAS CUENTAS CLARAS: CUANTIFICACIÓN DEL FLUJO CORONARIO ABSOLUTO EN EL ÁRBOL CORONARIO IZQUIERDO

Elena Izaga Torralba¹, Alejandro Gutiérrez Barrios²,
Livia Gheorghe¹, Ricardo Zayas Rueda¹, German Calle Pérez¹
y Rafael E. García Vázquez¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: Recientemente se ha validado un nuevo método que permite cuantificar el flujo coronario absoluto (FA) en mL/min mediante la infusión continua de suero salino a temperatura ambiente a través de un microcatéter específico a 18-20 mL/min induciendo hiperemia máxima. Tratamos de evaluar si el sumatorio de los FA en la arteria descendente anterior (DA) y circunfleja (Cx), se corresponde con el FA medido a nivel del tronco coronario izquierdo (TCI).

Métodos: En 3 pacientes varones con edad media de 67, $33 \pm 1,52$ años, reclutados de forma consecutiva con sospecha de cardiopatía isquémica y con coronariografía sin lesiones angiográficas significativas (estenosis angiográfica visual $< 50\%$) se cuantificó el FA mediante termodilución con infusión continua de suero salino a 20 mL/min en DA y TCI, y posteriormente en CX a 18 mL/min.

Resultados: El FA medio en DA fue de $325, 67 \pm 111,02$ mL/min, en CX $130,67 \pm 35,47$ mL/min y la media del sumatorio de ambos FA de DA y Cx fue de $456,33 \pm 103$ mL y en TCI de $462,33 \pm 100$ mL, con un coeficiente de correlación de Pearson entre ambas mediciones de 0.99 alcanzando la significación estadística con una p de 0.029.

Conclusiones: Existe una correlación excelente entre el FA en TCI y el sumatorio de DA y CX.

548/18. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

María del Pilar Ruiz García, Luis María Madrona Jiménez, María José Valle Caballero, Francisco Trujillo Berraquero, María Castro García y Rafael Hidalgo Urbano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías familiares son enfermedades que afectan al corazón o grandes vasos presentando alta heterogeneidad clínica y genética. Son frecuentes (1:400 sujetos de la población general). Nuestro objetivo es mostrar la experiencia de una unidad de cardiopatías familiares de reciente comienzo en un hospital terciario.

Métodos: Desde la creación de la Unidad de Cardiopatías Familiares en septiembre de 2019 hasta marzo de 2020 se han estudiado 100 familias. Se recoge de forma retrospectiva datos correspondientes a las diferentes patologías y la solicitud de estudios genéticos.

Resultados: De los pacientes estudiados, el 60% proceden de Consulta de Cardiología, un 20% de U. de Arritmias, un 10% de U. de Insuficiencia Cardíaca, un 5% de Consulta de Enfermedades Neuromusculares y un 5% de otros (posthospitalización en Cardiología, Unidad Coronaria, Instituto Forense). De las patologías estudiadas, la más frecuente es la miocardiopatía hipertrófica (MCH) (50-60%), seguida de miocardiopatía dilatada y arritmogénica (10-20%), canalopatías, patología aórtica familiar sindrómica y no sindrómica (10%), enfermedades neuromusculares (5%) e historia familiar de muerte súbita (5%). En todos los familiares de los casos índice se llevó a cabo *screening* clínico (ecocardiograma y electrocardiograma) y estudio genético si procedía. Se han solicitado 60 estudios genéticos: 40% paneles completos (caso índice), 60% mutaciones puntuales (familiares). Se ha objetivado una alta rentabilidad diagnóstica en el caso de la MCH.

Conclusiones: Las unidades de cardiopatías familiares están cobrando relevancia creciente dada la prevalencia elevada de estas patologías, sus repercusiones para el paciente y sus familiares y la posibilidad de poder realizar diagnóstico precoz.

548/19. PREVALENCIA E IMPACTO DE PREDIABETES EN UNA CONSULTA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Diego Félix Arroyo Moñino, Jesús Carmona Carmona, Iria Ruth Martínez Primoy, Yolanda López Gutiérrez, Teresa Peinado Burgos, María Isabel Álvarez Leiva, María José López Marcos, Rafael J. Hidalgo Urbano y María del Mar Martínez Quesada

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La prediabetes está asociada a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Nuestro objetivo es describir su prevalencia en pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca (RC) y su relación con otros datos de interés.

Métodos: Registro observacional, unicéntrico y prospectivo (diciembre 2017-diciembre 2019) de pacientes incluidos en el programa de RC. Recogida de datos antropométricos, analíticos, clínicos y de prueba de esfuerzo. Definimos prediabetes como niveles de hemoglobina glicada entre 5,7 y 6,4%.

Resultados: Se incluyeron 423 pacientes, siendo 354 (83,7%) varones. Edad media de 56 años. Ciento veintinueve pacientes eran fumadores (30,5%). La causa más frecuente de inclusión en el programa de RC fue el síndrome coronario agudo (352 - 83,2%); 107 pacientes (25,3%) tenían diagnóstico previo de diabetes. Tras su exclusión, 160 (37,8%) fueron catalogados como prediabéticos, con distribución similar de género y de hábito tabáquico con respecto a la muestra global. Comparados con normoglucémicos, la presencia de esta condición se asoció a que los METS alcanzados tanto en la prueba inicial como en la final fueron menores (6,9 vs. 7,6, $p=0,013$; 8,5 vs. 9,3, $p=0,045$), así como con unos mayores niveles de LDL (68,1 vs. 64,8, $p=0,007$) y unas mayores cifras de tensión sistólica tanto al inicio del programa (131 vs. 125, $p=0,027$) como al final (125 vs. 122, $p=0,012$).

Conclusiones: La prediabetes es una alteración metabólica muy frecuente en los pacientes en RC y se asocia a una menor capacidad de ejercicio, niveles de LDL más altos y cifras tensionales mayores.

548/20. LA REHABILITACIÓN CARDÍACA COMO PUERTA A LA MEJORÍA DE LA FUNCIÓN AUTONÓMICA. RESULTADOS EN BASE A NUESTRA EXPERIENCIA

Diego Félix Arroyo Moñino, Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona Carmona, Yolanda López Gutiérrez, Teresa Peinado Burgos, María Isabel Álvarez Leiva, María José López Marcos, Rafael J. Hidalgo Urbano y María del Mar Martínez Quesada

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La recuperación de la frecuencia cardíaca (RFC) tras el esfuerzo es un marcador de pronóstico y mortalidad, que se correlaciona con la actividad del sistema nervioso autónomo. La rehabilitación cardíaca (RC) modula este sistema a través del entrenamiento. Nuestro objetivo es valorar el impacto de la RC sobre la RFC.

Métodos: Registro unicéntrico, observacional (enero de 2019-enero de 2020) de pacientes incluidos en programa de RC. Recogida de datos clínicos, antropométricos, analíticos y de ergometría inicial y final. Definimos «adecuada RFC» como una diferencia de 12 o más lpm entre la frecuencia máxima alcanzada y la frecuencia tras 1 minuto de recuperación.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes. Al inicio del programa de RC, 172 (86,9%) presentaban una adecuada RFC. No hubo diferencias significativas en función del sexo ni la edad. Sí se observó una menor capacidad de recuperación en pacientes diabéticos (70,8% vs. 91,9%, $p<0,001$), los que habían sido revascularizados mediante cirugía (72% vs. 89%, $p=0,019$) y aquellos con arteriopatía periférica (53,8% vs. 89,2%, $p<0,001$). En la ergometría final se observó que 183 pacientes (92%) presentaban una adecuada RFC. Los factores previamente comentados seguían relacionándose con una menor capacidad de RFC, y se les añadió la asistencia al programa, siendo aquellos que asis-

tieron a más de 13 sesiones los que presentaron mejor capacidad de recuperación (94% vs. 81,8%, $p=0,019$).

Conclusiones: La participación en un programa de RC mejora la RFC. Este parámetro se correlaciona de forma negativa con la presencia de diabetes, cirugía cardíaca, arteriopatía periférica y una menor asistencia al programa.

548/21. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE USO DE SELEXIPAG EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Carmen Martín Domínguez, Marta Eguiluz Solana, Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Marta Pombo Jiménez, Olga Sanz Vázquez, Francisco José Torres Calvo, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Francisco Ruiz Mateas y Rafael Bravo Marqués

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La HAP es una enfermedad crónica y progresiva que conduce finalmente a insuficiencia ventricular derecha y muerte. Selexipag es un agonista selectivo del receptor IP de la prostaciclina que demostró una disminución de la mortalidad y de las complicaciones relacionadas con HAP.

Métodos: 6 pacientes iniciaron Selexipag desde noviembre de 2017 a diciembre de 2019 en nuestra unidad. Analizamos pre y posttratamiento características basales, NT-proBNP, clase funcional, test de 6 minutos (TM6M) y parámetros ecocardiográficos.

Resultados: 3 pacientes presentaban cardiopatía congénita (2 en situación Eisenmenger y 1 CIA corregida), 2 con HAP idiopática y 1 asociada a VIH. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con iPD5 y ARE antes del inicio de Selexipag. Dos pacientes se encontraban en situación de bajo riesgo, ambas con triple terapia (ARE + I-PD5 y análogo de la prostaciclina inhalado), que se modificó PG a Selexipag por preferencia de los pacientes. Tres pacientes en riesgo intermedio y 1 en alto riesgo, que tras dosis máxima tolerada y persistencia de alto riesgo se modificó Selexipag por epoprostenol. Tras titular Selexipag a dosis máxima tolerada no encontramos cambios en estratificación de riesgo. Se evidenció discreta mejoría en capacidad funcional (TM6M: +50 metros), descenso de NT-proBNP (2128,5 -> 784,2 ng/L) y parámetros ecocardiográficos con mejoría de función sistólica VD (+10 mm TAPSE). Tres pacientes alcanzaron dosis máximas, 2 medias y 1 bajas. Los efectos adversos más frecuentes fueron diarrea y molestias musculares.

Conclusiones: El uso de Selexipag en vida real en pacientes con HAP mostró mejoría en la capacidad funcional y de la función sistólica del VD. Los pacientes presentaron buena tolerabilidad con baja incidencia de efectos adversos.

548/22. RESULTADOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS APERTURA DE UNA CONSULTA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Carmen Martín Domínguez, Sergio López Tejero, Eloísa Mariscal López, Fidel Ernesto Mesa Prados, Rafael Bravo Marqués, Francisco José Torres Calvo, Francisco Ruiz Mateas y Pedro Antonio Chinchurreta Capote

Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Analizar los resultados obtenidos en pacientes dados de alta de planta de hospitalización de

Cardiología con diagnóstico de SCA de alto riesgo tras la apertura de una consulta específica de alto riesgo cardiovascular.

Métodos: Cohorte de pacientes con ingreso hospitalario por SCA de alto riesgo entre marzo de 2017 y abril de 2018. Fueron valorados en consulta de alto riesgo cardiovascular a los 3 meses y al año. Se analizan características basales, FRCV y control de los mismos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes. La edad media fue de 56,7 años, 81,5% varones. Un 50% HTA, 25.4% DM tipo 2 y 49.2% dislipemia. El 35,5% fumador activo. El IMC medio fue 28,76. La causa de ingreso fue SCASEST en el 61,5% y SCACEST en el 38,5%. Un 30,8% tenía cardiopatía isquémica previa. Los niveles de colesterol en el evento fueron: LDL $109,3 \pm 44$, HDL $39,8 \pm 12$ y TG $179,9 \pm 113$ mg/dl. HbA1c $8,1 \pm 1,8$. A los 3 meses y al año de seguimiento, obtenemos una disminución estadísticamente significativa de cifras de colesterol LDL, HDL, TG y HbA1c con respecto a los niveles basales. A los 3 meses del evento, encontramos niveles de LDL < 70 mg/dl en el 55,8% de los pacientes, mientras que al año un 61,5%. En cuanto al control glucémico, a los 3 meses un 62,5% de los pacientes mantenían HbA1c < 7%.

Conclusiones: La creación de una consulta específica y de organización propia ha conseguido un control óptimo de los factores de riesgo cardiovasculares, obteniendo al año de seguimiento, LDL < 70 mg/dl y HbA1c < 7% en más de un 60% de los pacientes.

548/23. CAPACIDAD DE LA INYECCIÓN DE NITROGLICERINA INTRACORONARIA Y CONTRASTE PARA PREDECIR FFR

Inmaculada Noval Morillas¹, Elena Izaga Torralba¹, Santiago Jesús Camacho Freire², Juan Enrique Puche García¹ y Alejandro Gutiérrez Barrios³

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

Introducción y objetivos: La inyección de nitroglicerina intracoronaria y contraste no iónico (cFFR-NTG) puede predecir la severidad funcional de la estenosis coronaria, de acuerdo con FFR, en comparación con los índices no hiperémicos y FFR contraste (cFFR).

Métodos: Desde junio de 2016 a junio de 2019, se incluyeron 266 pacientes, con 329 estenosis coronarias evaluadas mediante guía de presión. El estudio consta de 5 pasos, separados 30 segundos. 1) Pd/Pa basal, medido 30 segundos después de la última inyección de contraste. 2) iFR o RFR. 3) cFFR, al menos 7 cc de contraste en coronaria izquierda y 6 cc en la derecha. 4) cFFR-NTG, tras inyección de 0.2 mg de nitroglicerina intracoronaria y al menos 4 cc de contraste. 5) FFR, administración de adenosina intracoronaria o intravenosa.

Resultados: La reproducibilidad de las medidas del cFFR y cFFR-NTG se evaluó en 45 y 40 pacientes, respectivamente. La curva ROC para cFFR-NTG (usando $FFR \leq 0,80$) mostró una mayor precisión en la predicción de FFR (AUC 0.97) que Pd/Pa basal (AUC 0.90, $p < 0,01$) y cFFR (AUC 0.94, $p < 0,01$). Encontramos una correlación significativa ($p < 0,01$) entre FFR y los 4 índices: Pd/Pa ($r = 0,78$); iFR/RFR ($r = 0,73$); cFFR ($r = 0,89$) y cFFR-NTG ($r = 0,93$). Los valores de corte óptimos para $FFR > 0,8$ de Pd/Pa basal, iFR/RFR, cFFR y cFFR-NTG fueron $> 0,91$, $> 0,89$, $> 0,85$ y $> 0,84$, respectivamente. El cFFR-NTG $> 0,84$ mostró el valor predictivo negativo más alto (88%), especificidad (91%), sensibilidad (94%) y precisión (92%). El enfoque híbrido cFFR-NTG/FFR mostró un número significativamente menor de lesiones

que requieren adenosina que los enfoques híbridos Pd/Pa y cFFR ($p < 0.01$).

Conclusiones: cFFR-NTG es el índice más preciso para predecir FFR. Es rápido, barato, fácil de realizar, no requiere de un software específico y puede desempeñar un papel en el estudio funcional de la estenosis coronaria.

548/26. UNA CUESTIÓN DE SEGURIDAD: CABINA DE RADIOPROTECCIÓN DURANTE EL INTERVENCIONISMO PERCUTÁNEO. RESULTADOS PRELIMINARES

Inmaculada Noval Morillas¹, Diego Mialdea Salmerón¹, Ester Angulo Pain¹, Livia Luciana Gheorghe¹, Germán Calle Pérez² y Alejandro Gutiérrez Barrios²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: La exposición a la radiación ionizante durante el cateterismo cardíaco constituye una gran preocupación para pacientes y médicos. Puede provocar efectos a largo plazo en la salud, incluyendo la piel, daño ocular y cáncer. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto que la cabina de radioprotección (Cathpax AIR) ejercía sobre la dosis de radiación recibida por el operador principal.

Métodos: Entre enero de 2020 y febrero de 2020 se realizó cateterismo a 39 pacientes en la sala Phillips Allura FD10. La decisión de emplear la cabina se dejó a criterio del operador. Se utilizaron 2 dosímetros en el operador principal.

Resultados: No hubo diferencias en las características clínicas de los pacientes. Sí hubo una mayor complejidad en los procedimientos en los que se utilizó la cabina, como demuestra la mayor dosis recibida por paciente (1336 ± 452 mGy vs. 765 ± 183 mGy; 83409 ± 28110 mGy*cm² vs. 45010 ± 10063 mGy*cm²), el mayor tiempo de escopia (26 ± 11 min vs. 12 ± 3 min), la mayor cantidad de contraste utilizado (194 ± 32 vs. 145 ± 23), el mayor número de stents implantados (1.2 ± 0.3 vs. 0.5 ± 0.1). Para corregir este sesgo de selección se ajustó la dosis de los dosímetros (usv) en función de la dosis recibida por el paciente en mGy, mGy*cm² y tiempo de escopia. La dosis ajustada recibida en el dosímetro de la solapa fue significativamente menor cuando se utilizó la cabina (10.7 ± 2.8 uSv/mGy vs. 29.7 ± 7.1 , $p = 0.02$) y (0.16 ± 0.04 uSv/mGy*cm² vs. 0.51 ± 0.1 uSv/mGy*cm², $p = 0.006$) y ajustando por tiempo de escopia (10.5 ± 3.6 uSv/min vs. 39.9 ± 11.1 uSv/min, $p = 0.02$). La medición obtenida en muñeca de operador principal: (10.2 ± 3.2 uSv/mGy vs. 55.5 ± 23.1 uSv/mGy, $p = 0.06$); (0.19 ± 0.09 uSv/mGy*cm² vs. 0.3 ± 0.08 uSv/mGy*cm², $p = 0.03$) y ajustado por tiempo de escopia (9.7 ± 3.3 vs. 55.3 ± 29.9 , $p = 0.06$).
Conclusiones: A pesar de la corta muestra analizada, la cabina demostró una reducción significativa de la dosis recibida por el operador principal durante el intervencionismo percutáneo.

548/27. PERFIL CLÍNICO Y PREDICTORES DE POSITIVIDAD DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN DE ACETILCOLINA EN PACIENTES CON ANGINA Y SIN ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA. RESULTADOS DE UN REGISTRO MEDITERRÁNEO MULTICÉNTRICO

Diego Mialdea Salmerón¹, Alejandro Gutiérrez Barrios², Jessica Roa Garrido³, Germán Calle Pérez¹, Rafael Vázquez García¹ y Enrique Gutiérrez Ibáñez⁴

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La disfunción endotelial y el vasoespasmismo son causas potenciales de isquemia en la enfermedad coronaria no obstructiva (INOCA) y están asociados con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) y con un deterioro en la calidad de vida. Objetivo: Evaluar el perfil clínico y la prevalencia de la disfunción endotelial en pacientes con INOCA e identificar los predictores de positividad de la prueba de acetilcolina.

Métodos: 358 pacientes con INOCA se inscribieron prospectivamente en un estudio observacional multicéntrico. Los pacientes fueron seguidos durante 1 año para objetivar MACE y la reevaluación clínica de los síntomas.

Resultados: La disfunción endotelial coronaria, definida como una vasoconstricción superior al 30%, se observó en 129 (36%) pacientes y vasoconstricción severa (>70%) en 75 (21%). En el seguimiento, los pacientes con una prueba positiva recibieron menor prescripción de betabloqueantes (12% frente 24%, $p = 0.01$) y mayor uso de vasodilatadores (47% frente 28.5%, $p = 0.001$). Los pacientes con una prueba positiva tenían más empeoramiento de la angina y angina de mínimos esfuerzos en el seguimiento. El análisis de regresión multivariable mostró que la positividad de la prueba se predijo por la presencia de diabetes (OR 1.7, $p = 0.04$), angina de esfuerzo (OR 1.2, $p = 0.04$), aterosclerosis coronaria (OR 1.8, $p = 0.02$) y milking coronario (OR 2.6, $p = 0.04$).

Conclusiones: La disfunción endotelial en la prueba de acetilcolina estuvo presente en 1/3 de los pacientes con INOCA y se asoció con síntomas más graves. La positividad de la prueba de Ach influyó en el tratamiento farmacológico al alta, pero aún queda un espacio para la optimización.

548/28. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PACIENTES CON ISQUEMIA Y SIN ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA SOMETIDOS A PRUEBA DE ACETILCOLINA INTRACORONARIA EN UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Diego Mialdea Salmerón¹, Alejandro Gutiérrez Barrios², Jessica Roa Garrido³, Germán Calle Pérez¹, Rafael Vázquez García¹ y Enrique Gutiérrez Ibáñez⁴

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La isquemia sin enfermedad coronaria obstructiva (INOCA) se diagnostica cada vez más debido al amplio rendimiento de la angiografía coronaria. La prevalencia de INOCA es mayor en mujeres que en hombres, pero los mecanismos fisiopatológicos causantes exactos aún no se conocen bien.

Métodos: 210 mujeres y 148 hombres con INOCA diagnosticados con angiografía coronaria se inscribieron prospectivamente en un registro observacional multicéntrico. Después de 1 año, los pacientes fueron reevaluados por eventos cardiovasculares mayores, síntomas de angina y tratamiento médico prescrito.

Resultados: Se observaron diferencias en la prevalencia de factores de riesgo (FR): el tabaquismo activo fue más frecuente entre hombres (43% frente a 17%, $p < 0.001$), que también tenían un mayor número de FR asociados (≥ 3 FR 31,2% de hombres frente 20,2% de mujeres, $p < 0,01$) y antecedentes más frecuentes de revascularización coronaria percutánea (14,2% frente a 6,7%, $p = 0,03$). Las mujeres tenían más disnea que los hombres (35.5% vs. 20.8%, $p = 0.01$). Los hombres tenían más aterosclerosis coronaria en la angiografía (57.9% vs. 43.7%, $p = 0.01$). Ach fue positivo en el 36,5% de los pacientes,

similar en ambos sexos, sin diferencias en el tipo de espasmo. Es importante destacar que el 41.5% de las mujeres y el 38.1% de los hombres experimentaron síntomas graves de angina durante el seguimiento.

Conclusiones: Aunque los hombres con INOCA tienen un perfil de riesgo más alto y más aterosclerosis coronaria, 1/3 de los pacientes presentan disfunción endotelial, similar en ambos grupos, lo que indica que probablemente otros mecanismos fisiopatológicos son responsables de ello en las mujeres. El tratamiento sigue siendo subóptimo y se asocia con una calidad de vida altamente deteriorada.

548/29. EXPERIENCIA INICIAL DEL EHOSPITAL: DESARROLLO DE LA TELECONSULTA

María Ronquillo Japón, Francisco Javier Cortés Cortés, Marinela Chaparro Muñoz y Rafael J. Hidalgo Urbano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Presentamos la experiencia pionera de la teleconsulta de nuestro hospital, integrada en el programa del Plan de Salud Digital de nuestra comunidad. El objetivo es la transformación del modelo de acceso a la atención hospitalaria desde el entorno comunitario (Atención Primaria) mediante la implantación de un eHospital, desarrollando una herramienta para responder en el propio entorno a una necesidad identificada de forma efectiva.

Métodos: En el periodo de tiempo comprendido desde septiembre de 2019 a febrero de 2020 se ha llevado a cabo el desarrollo estructural y tecnológico del e-hospital, con la puesta en marcha de la e-consulta (teleconsulta) de Cardiología. Se establecieron los motivos de interconsulta más frecuentes (palpitaciones, disnea, dolor torácico, antecedentes familiares) desde Atención Primaria a Cardiología y para cada uno de ellos se consensuó la información clínica imprescindible y las pruebas complementarias a aportar, con las que trabajamos de manera telemática desde la sala digital. El proyecto se puso en marcha de forma piloto en ocho centros de salud, formando parte de un proyecto global que agrupa a más de veinte especialidades en una experiencia piloto en el SAS que pretende cambiar el modelo de atención sanitaria.

Resultados: Del total de teleconsultas recibidas en este periodo, el 20% corresponde a Cardiología con una capacidad resolutoria de acto único del 90% y un tiempo medio de respuesta de 48 horas. La satisfacción global, muy buena.

Conclusiones: La teleconsulta representa un modelo funcional y práctico para la transformación de la medicina convencional hacia la telemedicina. En nuestra experiencia se trata de una herramienta resolutoria y eficiente con gran nivel de satisfacción tanto para los profesionales implicados como para los pacientes que se benefician de ella.

548/30. ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA PREHOSPITALARIA EN EL IAMCEST COMO FACTOR PROTECTOR FRENTE AL FENÓMENO DE NO REFLOW

Miguel Morales García, Laura Hidalgo Manchado, Ricardo Francisco Rivera López, Rafael de la Chica Ruiz-Ruano, José Antonio Ramírez Hernández y Eduardo Molina Navarro

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio es determinar si la administración de heparina previo a la

llegada a la sala de hemodinámica determina una reducción de la incidencia del fenómeno de no-reflow (NR).

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a pacientes con IAMCEST sometidos a ICP primaria durante el año 2017 en nuestra área (N=262). La muestra se dividió en pacientes a los que no se les administró heparina antes de su llegada a hemodinámica (grupo 1, N=85) y aquellos a los que sí (grupo 2, N=177). Se analizó la aparición de fenómeno NR, mortalidad y aparición de complicaciones durante el seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 62,3±12 vs. 65,1±12 años respectivamente, siendo el 80% varones en el grupo 1 y 79% en el grupo 2 ($p=ns$). Se analizaron 16 variables que incluyeron factores de riesgo cardiovascular y tratamiento farmacológico recibido sin encontrar diferencias significativas. La incidencia de no-reflow fue 10,6% vs. 4% ($p=0,036$). La mortalidad fue del 9,4% vs. 5,6% ($p=0,260$) y la incidencia de trombo-sis aguda del stent del 2% vs. 0,9% ($p=0,594$).

Conclusiones: La administración de heparina previo a la llegada a la sala de hemodinámica se asocia a una menor tasa de fenómeno de no-reflow y a una mejoría en el resultado de la ICP primaria.

548/32. IMPACTO PRONÓSTICO DEL GÉNERO EN LA EVOLUCIÓN A MUY LARGO PLAZO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE. UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CICCOR

Carlos Sánchez Fernández, Martín Ruiz Ortiz, José Javier Sánchez Fernández, Cristina Ogayar Luque, 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 de este estudio fue analizar el impacto del sexo femenino en el pronóstico de la cardiopatía isquémica crónica (CIC) en un seguimiento a muy largo plazo.

Métodos: Del 1.02.2000 al 31.01.2004, todos los pacientes con CIC que acudieron a dos consultas de cardiología fueron incluidos y seguidos prospectivamente. Se analizaron las características clínicas de mujeres y hombres y se investigó el impacto del sexo femenino en el pronóstico a largo plazo.

Resultados: Se incluyeron 1268 pacientes, 337 mujeres (27%). Las mujeres tuvieron mayor edad que los hombres (70±9 versus 65±11 años, $p<0.0005$), más angina en clase funcional \geq II (22% versus 17%, $p=0.04$), más hipertensión (72% versus 49%, $p<0.0005$), diabetes mellitus (45% versus 26%, $p<0.0005$) y fibrilación auricular (8% versus 5%, $p=0.04$), y menos probabilidad de haber sido revascularizadas (32% versus 44%, $p<0.0005$). A la mediana de seguimiento (11 años, p_{25-75} 4-15 años), la probabilidad de infarto de miocardio (12% versus 14%, $p=0.55$) o ictus (14% versus 12%, $p=0.40$) fue similar en mujeres y hombres; los riesgos de ingreso por insuficiencia cardíaca (22% versus 13%, $p<0.0005$), y la mortalidad cardiovascular fueron mayores (35% versus 24%, $p<0.0005$), con una tendencia no significativa a mayor mortalidad total (45% versus 39%, $p=0.07$). En el análisis multivariado, los riesgos de todos los eventos cardiovasculares fueron similares en mujeres y hombres, con una tendencia no estadísticamente significativa a menor mortalidad total (HR=0.83 [0.67-1.02], $p=0.08$).

Conclusiones: Aunque las mujeres con CIC presentaron un perfil clínico diferente a los hombres, el sexo femenino no fue un factor pronóstico independiente en este estudio de seguimiento a muy largo plazo.

548/33. DISTRIBUCIÓN ETIOLÓGICA POR GÉNERO DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE EN HOSPITAL COMARCAL

José David Martínez Carmona¹, David Grande Prada¹, Jorge Rodríguez Capitán¹, José Raúl López Salguero², Antonio Cordero Aguilar², Rafael Méndez Natera¹, Paloma Márquez Camas¹, Arancha Díaz Expósito¹, Ana Isabel Molina Ramos¹ y German Berteli García¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital de Antequera, Málaga.

Introducción y objetivos: La epidemiología de la IT (insuficiencia tricúspide) no está bien establecida, siendo escasos los datos disponibles. Nuestro objetivo fue analizar todos los pacientes con IT, diagnosticados mediante ecocardiografía transtorácica en un hospital comarcal, para evaluar la variedad etiológica y observar si hubo diferencias según el género.

Métodos: En este estudio descriptivo observacional, aquellos pacientes sometidos a ecocardiografía entre 2005 y 2017 que obtuvieron como diagnóstico IT al menos moderada fueron clasificados según la etiología atendiendo a la historia médica y datos ecocardiográficos.

Resultados: El 69,9% de los 695 pacientes fueron mujeres. La edad media fue 75.1 años. La valvulopatía izquierda fue la causa principal (39.7%), seguida de la fibrilación auricular (FA) (descrita como FA sin enfermedad cardíaca estructural o hipertensión pulmonar que pudiera explicar IT) (31.4%). La hipertensión pulmonar (HTP) (excluidos los pacientes con valvulopatía izquierda) (15.4%) y la disfunción ventricular izquierda (DVI) (6.2%) fueron también frecuentes. La IT con FA fue más prevalente en el subgrupo de mujeres (35.6 vs. 21.5%; $p < 0.0001$). La IT con HTP (21.5% vs. 12.8%; $p = 0.003$) y la IT con DVI (12.4 vs. 3.5%; $p < 0.0001$) fueron más prevalentes en hombres. No observamos diferencias atendiendo al género en la valvulopatía izquierda.

Conclusiones: 1. La IT tuvo diversas etiologías, a veces de origen incierto. 2. La valvulopatía izquierda fue la principal causa de IT en la población estudiada, seguida de la FA, la HTP y la DVI. 3. La FA fue más prevalente en el subgrupo de mujeres, mientras que la HTP y la DVI fueron más prevalentes en hombres.

548/34. INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Paloma Márquez Camas¹, Jorge Rodríguez Capital², Marinela Chaparro Muñoz³, Inmaculada Sigles Vilches⁴, Jose López Haldón⁵, Ana José Manovel Sánchez⁴, Víctor Becerra Muñoz² y Manuel Jiménez Navarro²

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Especialista en Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ³Especialista en Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Especialista en Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La historia natural de la insuficiencia tricúspide (IT) es escasamente conocida y su morbimortalidad poco descrita. Múltiples causas preceden la aparición de IT. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el pronóstico de nuestros pacientes teniendo en cuenta la etiología y la gravedad de su valvulopatía, así como conocer la supervivencia libre de ingresos.

Métodos: Diseñamos un estudio bicentro (hospital terciario y hospital secundario), descriptivo y retrospectivo que

incluyó 745 pacientes con al menos IT moderada-grave sin cirugía cardíaca previa. Una vez seleccionados los pacientes, se evaluaron las características clínicas (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular), así como la patología concomitante, los ingresos debido a la insuficiencia cardíaca y la mortalidad.

Resultados: Entre 2002 y 2017 se incluyeron 745 pacientes (70,7% mujeres). La edad media fue 72,28. La frecuencia de IT primaria (causada por una anomalía de cualquier componente del aparato valvular) fue del 6,4%, IT secundaria (valvulopatía izquierda, daño miocárdico, HTP o aumento de la poscarga) del 67,6%, relacionado con FA 19% e IT aislada del 7%. En el 36,5% de los pacientes, el diagnóstico de IT al menos moderada-severa se hizo durante un ingreso por insuficiencia cardíaca, siendo la mediana de supervivencia global de 51 meses.

Conclusiones: La IT se asoció con malos resultados (tanto en morbilidad como en mortalidad) desde el comienzo del seguimiento. En un elevado porcentaje de pacientes el diagnóstico se alcanzó en una fase tardía de la enfermedad. Este mal pronóstico clínico se observó en todos los grupos etiológicos analizados.

548/35. TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN EL PACIENTE MUY ANCIANO Y DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Susana Gorriño Marín, Javier Mora Robles, Luz Divina Muñoz Jiménez y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La evidencia apoya el empleo de tratamiento hipolipemiante (TH) en el paciente (pte.) de muy alto riesgo cardiovascular (CV) sin limitaciones de edad, bajo criterio médico. A pesar de ello, con frecuencia esta población recibe estrategias conservadoras o ningún tratamiento. Analizamos los patrones de TH en una muestra no seleccionada de ptes. > 85 años atendidos en nuestro hospital. **Métodos:** Revisamos las historias de 50 ptes. consecutivos con enfermedad CV establecida atendidos en nuestro servicio o en Urgencias en 2019. Excluimos los ptes. con dependencia absoluta e institucionalizados. Analizamos historia CV, el TH que recibían y el grado de control de LDL (guías de práctica clínica 2016).

Resultados: De los 50 ptes., 50,9% eran varones, edad media de 88,7 años. La enfermedad CV de base: isquémica (43,6%), insuficiencia cardíaca (36,4%), ictus (12,7%) y arteriopatía periférica (7,3%). Un 40,0% eran diabéticos. Recibían TH 38 ptes. (69,1%), 37 estatinas y 1 ezetimiba. Según el TH empleado: estatinas de alta potencia, 10,9%; moderada, 49,1%; baja, 9,1%. Ptes. en objetivos (<70 mg/dl): 1,8%.

Conclusiones: La población muy anciana, a pesar de ser de muy alto riesgo CV, recibe un TH muy conservador, con escaso uso de estatinas de alta potencia y ptes. en objetivos muy por debajo de lo deseable. El aumento de la esperanza de vida en estos ptes. obliga a replantearse su manejo en el futuro.

548/36. ANGIOGRAFÍA POR TAC CORONARIA EN NUESTRA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO

Inmaculada Sigler Vilches y Pablo Cristobo Sainz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La TAC coronaria es una prueba diagnóstica para pacientes con probabilidad pretest baja-

intermedia de cardiopatía isquémica (CI). Nuestro objetivo es caracterizar a los pacientes derivados para TAC coronaria en nuestra Unidad de Dolor Torácico (UDT) y evaluar el seguimiento a medio plazo.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de pacientes valorados en nuestra UDT sometidos a TAC coronaria entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Se describe la muestra y se analiza la evolución a medio plazo.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes, 51,6% varones, edad media $53,1 \pm 9,9$ años. El 39,1% hipertensos, 43,8% fumadores activos, 23,4% exfumadores, 32,8% dislipémicos, 7,8% diabéticos y 35,9% con antecedentes familiares de CI. Angina atípica en 90,6%. Probabilidad pretest de CI mediana 29% (RIQ 20-48%). Score de calcio según la puntuación de Agatston: 0 en el 68,8%, entre 1-100 en el 17,2%, entre 101 y 400 en el 9,4% y más de 400 en el 4,7%. Resultados de la TAC coronaria: sin lesiones, 64,1%; lesiones no significativas, 25%, y lesiones significativas, 10,9%. De estos últimos, todos se realizaron coronariografía invasiva, el 71,4% con lesiones significativas que revascularizaron. En el 32,1% del total de pacientes se inició terapia médica preventiva. Con un seguimiento mediano de 612 días (RIQ 515-844 días) no hubo ningún evento coronario agudo, ninguna nueva coronariografía, ninguna hospitalización por dolor torácico ni ninguna muerte.

Conclusiones: Los pacientes de nuestra muestra presentan angina atípica con probabilidad pretest para CI baja-intermedia. El 10,9% tiene lesiones coronarias significativas por TAC, precisando revascularización la mayoría de ellos. En el 32,1% se inicia prevención secundaria, siendo el pronóstico excelente a medio plazo.

548/37. CARACTERÍSTICAS BASALES, PREDICTORES DE EVENTOS Y PRONÓSTICO DE UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Irene M. Estrada Parra, Rocío Rodríguez Delgado, María Del Carmen Otte Alba, Manuel González Correa, David Villagómez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El objetivo fue describir las características basales y analizar los efectos de sacubitrilo/valsartán (SV) vs. IECA/ARAII sobre una muestra de pacientes en seguimiento en consulta de IC (UIC), obteniendo resultados comparativos en vida real.

Métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo y transversal; 195 pacientes con IC y función sistólica VI reducida (FEr). Seguimiento $21,4 \pm 13,2$ meses.

Resultados: 73,8% hombres, edad $63,4 \pm 10,5$ años. FEVI basal $29,9 \pm 9\%$. Etiologías predominantes de IC: 33% isquémica y 17% idiopática. Un 68% HTA, 44% DM, 55% DLP, 38% ERC. El 51% recibía SV, 27% IECA, 15% ARAII, 90% BB y 83% ARM. Un 22% portaba DAI y un 15% TRC. Comparando SV con IECA/ARAII, encontramos menor FEVI inicial (28,1%, $p 0,04$) y valores de NT-proBNP inferiores en el seguimiento en el grupo SV ($p 0,024$), sin diferencias significativas en características basales, parámetros ecocardiográficos o tratamiento concomitante. El 51% ingresó por IC el año previo y solo el 15% durante el seguimiento en la UIC. Un total de 22 pacientes fallecieron. Valores de NT-proBNP $> 1064,5$ pg/ml fueron predictores de hospitalización por IC (S 0,750; E 0,753) y mortalidad (S 0,778; E 0,717). Valores de FEVI, TAPSE y diámetro auricular (AI) fueron predictores independientes de hospitalización por IC y muerte. El VTDVI en el seguimiento fue predictor de muerte.

Conclusiones: El tratamiento con ARNI reduce significativamente los valores de NT-proBNP, sin que en nuestra muestra se traduzca en reducción de eventos, probablemente debido al escaso número de estos. Valores de NT-proBNP, FEVI, TAPSE y AI predijeron muerte y hospitalización por IC, siendo el VTDVI predictor de mortalidad.

548/38. PERFIL CLÍNICO Y CAUSAS DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Nasiba Abdeselam Mohamed¹, Julio Osuna Sánchez², Noemí González Cruces¹, Enrique Crespillo Montes¹ y Javier Ampuero Ampuero¹

¹Hospital Comarcal, Melilla. ²Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo e inferencial de pacientes a cargo de Cardiología que hayan fallecido en nuestro centro a lo largo de un año.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes fallecidos en 2018, atendidos por Cardiología. Revisamos las historias clínicas y realizamos un estudio descriptivo de las características de los pacientes, utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra y confirmando si seguían o no la normalidad.

Resultados: De los 171 fallecimientos en Medicina Interna, un 10,5% fueron atendidos por Cardiología, de los cuales un 55,6% eran mujeres. La media de edad fue de $79,72 \pm 17,269$ años. La estancia media hospitalaria fue de $7,24 \pm 5,2$ días. El porcentaje de institucionalizados fue del 11,1% y un 75% eran dependientes o parcialmente dependientes. Un 50% caucásico y un 50% bereber. Un 27,8% no disponía de seguridad social. Un 33,3% era isquémico; un 61,1% DM; 66,7% HTA; 27,8% tenía FA; 16,7% EPOC; 38,9% dislipemia; 5,6% SAOS; 5,6% anemia; 16,7% antecedentes de ictus; 16,7% neoplasia (activa o no). El 88,9% de los pacientes era pluripatológico. El mes con más fallecimientos fue julio (22,2%). La causa más frecuente de fallecimiento fue la insuficiencia cardiaca (38,9%), seguido del síndrome coronario agudo (27,8%) e infección respiratoria (16,7%).

Conclusiones: Los pacientes fallecidos durante la hospitalización en Cardiología de un hospital comarcal suelen ser pluripatológicos, dependientes (el 75%) y con una edad media elevada (79 años), siendo la insuficiencia cardiaca la principal causa de muerte.

548/39. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES EN PACIENTES NONAGENARIOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Nasiba Abdeselam Mohamed¹, Julio Osuna Sánchez², Noemí González Cruces¹, Javier Ampuero Ampuero¹ y Enrique Crespillo Montes¹

¹Hospital Comarcal, Melilla. ²Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Los pacientes nonagenarios están a menudo poco representados en los estudios epidemiológicos. Nuestro objetivo fue realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de 90 años o mayores ingresados en Cardiología, analizando sus características demográficas y comorbilidades.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes nonagenarios hospitalizados en Cardiología desde enero de 2016 a diciembre del 2018. Revisamos las historias clínicas realizando un estudio descriptivo utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra y valorando si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo 286 ingresos en Medicina Interna, de los cuales el 23,8% fue en Cardiología, siendo un 73,5% mujeres. La media de edad fue de 93,19 años. Un 10,3% estaba institucionalizado, un 36,8% era dependiente y un 41,2%, parcialmente. Un 64,7% caucásico, un 32,7% bereber y un 2,9% judío. Un 4,4% no disponía de seguridad social. El 89,7% tenía HTA; el 17,6% nefropatía crónica; un 77,9% ICC; un 42,6% isquémico; un 23,5% DM; un 52,9% FA; un 8,8% EPOC; un 38,2% dislipémico; un 5,9% neoplasia (activa o no); un 53,7% anemia; un 13,2% ACV, y un 14,7%, deterioro cognitivo. Un 85,5% presentó un ingreso en los 12 meses previos y el 33,9% dos o más ingresos. La estancia media fue de $12,41 \pm 9,74$ días, siendo exitus el 35,3%.

Conclusiones: El número de ingresos de pacientes nonagenarios está aumentando, con predominio del sexo femenino, presentando un alto porcentaje de ellos algún grado de dependencia. Este perfil de pacientes atendido por Cardiología en hospitales comarcales hace que cada vez los cardiólogos vayan adquiriendo más competencias en el manejo de su pluriopatología.

548/40. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Nasiba Abdeselam Mohamed¹, Julio Osuna Sánchez², Noemí González Cruces¹, Javier Ampuero Ampuero¹ y Enrique Crespillo Montes¹

¹Hospital Comarcal, Melilla. ²Hospital de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga

Introducción y objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 65 años ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en Medicina Interna por IC en el año 2018 mayores de 65 años. Revisamos las historias clínicas valorando los antecedentes personales, factores de riesgo y comorbilidades, realizando así un estudio descriptivo de las características de los pacientes, utilizando medidas de frecuencia y analizando el tipo de muestra y si seguían o no la normalidad.

Resultados: Se registraron 90 ingresos por IC mayores de 65 años, siendo un 55,6% mujeres. La media de edad fue de $81,05 \pm 9,2$ años. Un 6,1% estaba institucionalizado, un 10,1% era dependiente. Un 50,5% era caucásico y un 49,5%, bereber. Un 28,6% tenía cardiopatía isquémica previa; 50,5% DM; 10,1% demencia de algún grado; 71,7% HTA; 36,4% FA; 13,1% EPOC; 27,3% dislipemia; 6,1% SAOS; 12,8%, anemia; antecedentes de ictus 8,1%, y un 11,1% neoplasia (activa o no). Las etiologías más frecuentes fueron la cardiopatía valvular (37,7%) y la isquémica (39,6%). Un 100% de los pacientes presentaba dos o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media hospitalaria fue de $9,44 \pm 8,62$ días, siendo exitus el 16,2%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca suele ser pluripatológico; por ello, se precisa de una especial atención y manejo estrecho de las co-

morbilidades que contribuyen a elevar la tasa de mortalidad de este proceso.

548/42. DIFERENCIAS EN CARACTERÍSTICAS BASALES, PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS Y ACTITUD TERAPÉUTICA ENTRE GÉNEROS

María Del Carmen Otte Alba, Rocío Rodríguez Delgado, Irene M. Estrada Parra, Manuel González Correa, David Villagómez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Se han descrito diferencias entre sexos en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en cuanto a etiología, tratamiento y pronóstico. Nuestro objetivo fue evaluarlas en nuestra muestra, con la finalidad de garantizar la calidad asistencial sin sesgos de género.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y analítico de una cohorte de 218 pacientes incluidos en nuestra Unidad de IC durante un seguimiento medio de $20,96 \pm 11,55$ meses.

Resultados: Incluimos 163 hombres (74.8%) y 55 mujeres (25.2%), con una mediana de edad de 67 años (RIQ: 17.25). Mediana de IMC, 30.12 (RIQ: 6.52). La etiología predominante en ambos sexos fue la isquémica, significativamente más frecuente en hombres. Atendiendo a las características basales, enolismo y tabaquismo fueron también más prevalentes en estos ($p < 0.02$). En cuanto a parámetros ecocardiográficos objetivamos de forma significativa mayor porcentaje de insuficiencia mitral de grado ligero en hombres y de grado severo en mujeres. No se encontraron diferencias en la FEVI (41.2% en hombres, 40.3% en mujeres). El tratamiento modificador de la enfermedad fue similar en ambos grupos, salvo el uso en hombres de dosis máximas de IECA ($p < 0.015$) y ARNI ($p < 0.051$). No detectamos diferencias en cuanto a la indicación de dispositivos de estimulación ni en los eventos durante el seguimiento (hospitalización por IC, exitus).

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes con IC existe un claro predominio del sexo masculino. Frente a mujeres, es más frecuente alcanzar dosis máximas de IECA y ARNI, sin que se traduzca en eventos durante el seguimiento, mostrando un pronóstico similar.

548/43. TRONCOS OCLUIDOS

Inara M. Alarcón de la Lastra Cubiles¹, Dolores Cañadas Pruaño², Félix Valencia Serrano³, Santiago Jesús Camacho Freire⁴, Teresa Bretones del Pino¹, Alejandro Gutiérrez Barrios² y Diego Mialdea Salmerón⁵

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ³Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ⁴Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: La información actual sobre el tratamiento percutáneo de la oclusión total aguda (100%) de la arteria coronaria izquierda (ATOLMA) es escasa e inconsistente. Nuestro objetivo es determinar predictores pronósticos en pacientes sometidos a angioplastia emergente con ATOLMA, describiendo incidencia y características clínicas.

Métodos: 46 pacientes de los 7930 sometidos a angioplastia emergente en los cinco centros participantes presentaron un ATOLMA real (0.58%). Durante la presentación, la morbilidad

fue significativa: shock cardiogénico en 40 (87%) y 31 (62%) maniobras de resucitación cardiorrespiratoria. Todos presentaron dominancia derecha. Se logró buen resultado angiográfico en un 67%, 13 (28.2%) fallecieron durante el procedimiento; la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 58.6% (27/46), MACE durante los 30-días de seguimiento, 65% (30/46). Al año, 18 (39%) continuaban vivos incluyendo tres casos de trasplante exitoso.

Resultados: El análisis multivariante objetivó que la ausencia de circulación colateral y el flujo TIMI posprocedimiento eran predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria y de MACE a los 30 días. Las curvas de Kaplan-Meier mostraron que los MACE y la mortalidad a los 30 días se asociaban a ausencia de circulación colateral (rentrop 0).

Conclusiones: Nuestro estudio confirma que la presentación clínica de pacientes con ATOLMA que se someten a angioplastia primaria es catastrófica, con tasas de mortalidad elevadas, aun sí la angioplastia primaria es factible y salva vidas. La ausencia de circulación colateral y el flujo TIMI posprocedimiento son los principales determinantes de eventos a corto plazo. Todos presentaron dominancia derecha, sugiriendo que ATOLMA y dominancia izquierda podrían ser incompatibles con la vida.

548/44. IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE CONTROL DE RITMO VS. CONTROL DE FRECUENCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS

Ricardo Rubini-Costa¹, Aurelio Quesada Dorador², Víctor del Moral³, Javier Quesada², Javier Jiménez Bello², Víctor Palanca Gil², Rafael Paya Serrano², Miguel Álvarez López¹, Manolo Molina Lerma¹ y Luis Tercedor Sánchez¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Hospital General Universitario de Valencia. ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción y objetivos: A pesar del progreso en el manejo crónico de la fibrilación auricular (FA), la elección de una estrategia de control agudo de frecuencia (ECF) o ritmo (ECR) permanece controvertida. Nuevo objetivo fue comparar el impacto de cada estrategia en urgencias en términos de mortalidad, hospitalizaciones, ictus e insuficiencia cardiaca (IC).

Métodos: Se identificaron retrospectivamente los pacientes atendidos en urgencias por FA entre 2010 y 2015. Se consideró grupo ECR a los pacientes que recibieron una cardioversión eléctrica o farmacológica y grupo ECF a los pacientes tratados con betabloqueantes, calcioantagonistas, digoxina o combinación. Se analizaron las características basales, mortalidad e incidencia de eventos cardiovasculares durante al menos un año de seguimiento.

Resultados: De 1046 pacientes seleccionados, 322 (30.8%) y 724 (69.2%) fueron asignados a una ECR y ECF, respectivamente. Los pacientes del grupo ECF fueron más mayores (75.8±11.5 vs. 66.2±14.6, $p < .001$) y con más comorbilidad como HTA (78.6 vs. 71.1%, $p = 0.009$), IC (20.6 vs. 10.2%, $p < 0.001$) e ictus (10.6 vs. 5.6%, $p = 0.009$). Durante un seguimiento medio de 36 meses, la mortalidad fue mayor en el grupo ECF (41.6 vs. 23.3%, $p < 0,001$), así como mayor riesgo de IC (26.8 vs. 12.7%, $p < 0.001$), ictus (7.3 vs. 4%, $p = 0.043$) y hospitalización (34.7 vs. 22.4%, $p < 0.001$). El análisis multivariante mostró la ECR como un factor independiente de menor mortalidad (OR: 0.692; IC95%: 0.532-0.9; $p = 0.006$).

Conclusiones: Los pacientes con FA tratados mediante una ECR en urgencias presentan menor mortalidad e incidencia

de eventos cardiovasculares a largo plazo. Parece recomendable potenciar la ECR en los servicios de urgencias.

548/45. FACTORES PREDICTIVOS DE ÉXITO INICIAL PARA LA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS DEL ESTUDIO CONFIA

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², Juan Cosín Sales³, Juan Benezet Mazuecos⁴, Javier López País⁵, Pablo Jorge Pérez⁶, Pau Alonso Fernández⁷, Francisco Ruiz Mateas² y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁴Hospital Quirónsalud San José, Madrid. ⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña. ⁶Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria. ⁷Hospital de Manises, Valencia.

Introducción y objetivos: El éxito inicial de la cardioversión eléctrica (CVE) en fibrilación auricular (FA) oscila según series entre el 50% y el 90%. Identificar factores predictivos de éxito precoz podría mejorar resultados. Buscamos como objetivo identificar estos factores.

Métodos: Registro multicéntrico, prospectivo, incluyendo todos los pacientes con CVE por FA no valvular durante 3 meses consecutivos. Análisis univariable y multivariable con variables clínicas para identificar factores predictivos relacionados con el éxito inicial (grupo 1: éxito; 2: fracaso).

Resultados: Incluidos 332 pacientes. Respecto a tasa de éxito inicial, en el análisis univariable no hubo diferencias estadísticas en edad (66±11 vs. 64±10, $p < 0.35$), creatinina (1.03±0.4 vs. 0.98±0.2, $p < 0.49$), FEVI (55±12 vs. 58±12, $p < 0.26$), diámetro aurícula izquierda (44±6 vs. 43±4, $p < 0.71$), años desde diagnóstico (3.5±4 vs. 4.0±3, $p < 0.63$), días desde este episodio (127±276 vs. 158±262, $p < 0,54$), IMC (30±5 vs. 30±7, $p < 0,74$), CHADS2DS2-VASc (2,6±1,7 vs. 2,2±1,6, $p < 0,21$). Se mostró menor tasa de éxito con apnea del sueño (91% vs. 82%, $p = 0.08$) y terapia CPAP (91% vs. 79%, $p = 0.05$). El uso de flecainida/propafenona profiláctica se asoció con mayor riesgo de fracaso precoz (76% vs. 92%, $p = 0.002$) mientras que amiodarona (96% vs. 88%, $p = 0.02$) y estatinas (94% vs. 87%, $p = 0.049$) fueron factores protectores. En el análisis multivariante, solo flecainida/propafenona se asoció con mayor riesgo de fracaso precoz (OR 2.6, IC95% 1.05-6.4, $p = 0.038$).

Conclusiones: El uso de flecainida/propafenona previa CVE se asoció con mayor riesgo de fracaso inicial, mientras amiodarona y estatinas se asociaron con mayor tasa de éxito. La apnea del sueño y CPAP mostraron tendencia a disminuir la tasa de éxito.

548/47. APLICACIÓN DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y SU BENEFICIO EN SUPERVIVENCIA Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO

Blanca Olivares Martínez, María Rivadeneira Ruiz, María Inmaculada Fernández Valenzuela, Francisco Javier Cortés Cortés, Tania Seoane García y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La hipotermia terapéutica (HT) en pacientes en coma tras parada cardiorrespiratoria (PCR) es

objeto de controversia y su implantación no es universal, especialmente en ritmos no desfibrilables. El objetivo de este estudio es evaluar el beneficio de la aplicación de HT en pacientes en coma tras PCR.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes en coma post-PCR ingresados en una Unidad Coronaria en 2006-2020. Se comparó mortalidad intrahospitalaria y pronóstico neurológico entre los grupos tratados con y sin HT. Se realizó un análisis por subgrupos comparando ritmos desfibrilables (FV/TV) y no desfibrilables. El pronóstico neurológico se evaluó mediante la escala Cerebral Performance Categories (CPC), considerando desenlace neurológico favorable la supervivencia libre de secuelas limitantes (CPC 1-2).

Resultados: De 261 pacientes, 180 estaban en coma (Glasgow ≤ 10); con edad media de $65,8 \pm 0,95$ y 28,9% mujeres. Se sometieron a hipotermia 69 pacientes (38,3%) –43 presentaban ritmo desfibrilable y 26, no desfibrilable. En el grupo FV/TV, la mortalidad al someterse a HT fue menor (25,6% vs. 55,8%) ($p=0,03$). En ritmos no desfibrilables, hubo una tendencia a una menor mortalidad con HT (73,1% vs. 84,7%). En FV/TV, presentaron CPC 1-2 un 49,3% del grupo HT frente a 17,1% del grupo no HT ($p<0,001$). En el grupo de ritmos no desfibrilables hubo un 19,2% del grupo HT con CPC 1-2, frente a 10,2% del grupo no HT, sin alcanzar significación.

Conclusiones: La aplicación de HT en pacientes en coma tras PCR muestra resultados favorables en cuanto a supervivencia y pronóstico neurológico tanto en ritmos desfibrilables como no desfibrilables.

548/49. ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR GUIADA POR ABLATION INDEX. NUESTROS RESULTADOS

Alba Abril Molina, Carmen González-Portilla-Concha, Eduardo Arana Rueda, Juan Acosta Martínez, Manuel Frutos López y Alonso Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La reconexión de las venas pulmonares (VP) es la principal causa de recurrencia de fibrilación auricular (FA) después de la ablación. El *ablation index* (AI) es un marcador de calidad de la lesión que se asocia a lesiones duraderas y transmurales. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de ablación con radiofrecuencia de FA guiada por AI.

Métodos: Registro de pacientes tratados mediante aislamiento circunferencial de venas pulmonares guiado por AI. Procedimiento preestablecido con lesiones punto a punto, distancia < 6 mm, control de potencia y uso de AI ($\geq 350/\geq 450$). El objetivo del procedimiento es el aislamiento bidireccional duradero (>30 min y tras adenosina intravenosa) de las VP. Los episodios de FA o taquicardia auricular > 30 segundos ocurridos tras 3 meses (periodo de *blanking*) se consideran recidivas.

Resultados: Se incluyen 100 pacientes, 76% hombres, edad media $56 \pm 9,5$ años, FA paroxística 67%, persistente 29% y larga duración 4%. Tiempos medios de procedimiento y radiofrecuencia 151 ± 26 minutos y 32 ± 7 minutos. Se consigue el objetivo de ablación en el 97%. Tras un seguimiento medio de 424 días, el 77% de los pacientes estaban libres de recurrencia. En el 8% de los pacientes se realizó un reprocedimiento, demostrándose en un 50% aislamiento de todas las VP. Hubo tres complicaciones agudas (vasculares) y ninguna a largo plazo.

Conclusiones: El uso de un protocolo preestablecido usando AI se asocia a buenos resultados tras un primer procedimien-

to de ablación de FA y a alta tasa de desconexión duradera de las venas pulmonares.

548/50. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES JÓVENES: PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO

María del Pilar Ruiz García, Diego Félix Arroyo Moñino, Carlos Barea González, Tania Seoane García y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica aguda en pacientes jóvenes está cada vez más presente en nuestro medio; esto puede deberse a cambios en el estilo de vida y hábitos tóxicos en la actualidad. Nuestro objetivo es analizar el perfil clínico, factores de riesgo y pronóstico a corto plazo de los pacientes jóvenes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes menores de 45 años ingresados en una Unidad Coronaria por SCA entre enero de 2015 y enero de 2020.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes con una mediana de edad de 41 años, siendo el 85,1% varones. El principal motivo de ingreso fue SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) (74,3%), seguido de SCA sin elevación del segmento ST (22,8%). Presentaban hipertensión arterial el 26,7%; diabetes mellitus 9,9%; dislipemia 39,6%, y sobrepeso 39,6%. En cuanto a los hábitos tóxicos, hasta el 74,3% eran fumadores activos, 9,9% exfumadores, 15,8% bebedores de alcohol y 6% consumidores de cocaína u otros tóxicos. Con respecto a los antecedentes familiares, un 33,7% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica precoz en la familia, 5% antecedentes familiares de dislipemia y un 4% tenía diagnóstico de hipercolesterolemia familiar. No hubo ninguna muerte intrahospitalaria.

Conclusiones: Nuestra muestra representa el perfil del paciente joven que ingresa en una unidad coronaria por SCA, siendo el principal motivo de ingreso el SCACEST. Se observa una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, frecuentemente infratratados e infradiagnosticados, principalmente tabaquismo, dislipemia y sobrepeso. Cabe destacar también la importancia del componente hereditario en estos pacientes.

548/51. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO Y TERAPIAS DEL DESFIBRILADOR IMPLANTABLE SEGÚN EL SEXO. UN ESTUDIO POR PUNTUACIONES DE PROPENSIÓN

Alba Abril Molina, Carmen González-Portilla-Concha, Eduardo Arana-Rueda, Manuel Frutos-López, Juan Acosta-Martínez y Alonso Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Resulta controvertido si el sexo implica un beneficio distinto del desfibrilador automático implantable (DAI) en la prevención de muerte súbita. Utilizando un registro prospectivo, pretendemos analizar la supervivencia y el tiempo a la primera terapia del dispositivo en ambos sexos.

Métodos: Análisis retrospectivo sobre una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a implante de DAI desde 2008 hasta 2019. Se recogió el tiempo hasta la primera terapia adecuada, tipo de terapia administrada, incidencia y causas de mortalidad.

Resultados: De 756 pacientes, 150 (19,8%) fueron mujeres. Estas eran más jóvenes (51 ± 15 vs. 61 ± 14 años; $p < 0,001$), presentaban menos cardiopatía isquémica (23,3% vs. 54,3%; $p < 0,001$) y fibrilación auricular (12 vs. 18,8; $p = 0,05$); mayor fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($39 \pm 17\%$ vs. $35 \pm 13\%$), bloqueo de rama izquierda (38,6% vs. 28%, $p = 0,027$), implante de resincronizador (27,3% vs. 18,5%, $p = 0,02$) y prevención primaria (68% vs. 59,6%; $p = 0,058$). Tras una mediana de seguimiento de 46 meses (3382 pacientes-años), las mujeres presentaron menor mortalidad/trasplante (20% vs. 28,7%; logrank = 0,031) y menos terapias del DAI (27,3% vs. 33,8%; $p = 0,138$). En el análisis por puntuaciones de propensión ajustado a las diferencias basales, la incidencia de mortalidad/trasplante (24,8% vs. 28,6%; logrank = 0,88), terapias recibidas (28% vs. 27%; logrank = 0,17) y principal motivo de muerte (insuficiencia cardiaca) fueron similares en ambos sexos.

Conclusiones: Las características clínicas al implante de DAI son distintas entre mujeres y hombres. Tras ajustarlas, ambos se benefician de igual modo del dispositivo, siendo la insuficiencia cardiaca la principal causa de mortalidad en todos ellos.

548/52. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA POBLACIÓN DE AVANZADA EDAD

Jose Antonio Aparicio Gómez, Soraya Muñoz Troyano, Isabel María Jorquera Lozano, Samia Mohand Haddouch y Ricardo Fajardo Molina

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados hace que la cardiopatía isquémica en la edad avanzada sea más frecuente. Nuestro objetivo es analizar los resultados de los pacientes mayores de 90 años sometidos a cateterismo-cardíaco.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de una serie de 33 pacientes mayores de 90 años a los que se realiza cateterismo-cardíaco entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Se analizaron características demográficas y clínicas, así como mortalidad-hospitalaria (MH, definida como muerte por cualquier causa durante el ingreso-primeros 30 días desde la intervención) y durante el seguimiento (MS).

Resultados: De los 33 pacientes sometidos a cateterismo-cardíaco, el 27,3% fue secundario a síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), de los cuales el 88,9% presentaba obstrucción de alguna arteria coronaria (40% afectación multivaso). Hasta el 62,5% de los pacientes realizados por síndrome coronario sin elevación del ST (SCASEST) presentó afectación coronaria. La fracción de eyección (FEVI) al alta fue normal en el 72,7% del global. No existieron complicaciones mayores asociadas al procedimiento. La MH alcanza el 9% y durante el seguimiento, el 6%. No hubo relación significativa entre edad, número de vasos afectados, SCACEST, SCASEST y mortalidad (MH ni MS). Por el contrario, sí hubo aumento significativo de MH en pacientes con FEVI reducida e hipertensos ($p < 0,05$) y de MS en diabéticos y dislipémicos ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el cateterismo cardíaco es un procedimiento seguro y efectivo incluso en pacientes muy añosos, con una mortalidad-hospitalaria y en el seguimiento baja, a expensas sobre todo de la presencia de FRCV más que de la indicación del procedimiento (SCACEST/SCASEST) o el procedimiento en sí. Por ello, la edad de forma

aislada no debe ser impedimento para la realización de estrategias de reperfusión.

548/53. IMPORTANCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

José Antonio Aparicio Gómez, Soraya Muñoz Troyano, Isabel María Jorquera Lozano, Miriam Parra Rubio y Ricardo Fajardo Molina

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Los factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV) (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábito tabáquico y dislipemia) son cada vez más frecuentes a edades tempranas, lo que condiciona un aumento de la morbimortalidad poblacional a expensas de patologías que se presuponen de la adultez media (40-65 años) y tardía (>65 años) como son la cardiopatía-isquémica, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Nuestro objetivo es analizar los resultados de los pacientes menores de 40 años que precisan realización de cateterismo cardíaco.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de una serie de 56 pacientes menores de 40 años a los que se realiza cateterismo cardíaco entre enero de 2018 y junio de 2019. Se analizaron características demográficas, clínicas, así como mortalidad hospitalaria, definida como muerte por cualquier causa durante el ingreso/primeros 30 días desde la intervención.

Resultados: De los 56 pacientes sometidos a cateterismo-cardíaco, el 26,8% fue secundario a síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), de los cuales el 80% presentaba obstrucción de alguna arteria coronaria (2/3 afectación multivaso). Hasta el 25% de los pacientes realizados por síndrome coronario sin elevación del ST (SCASEST) presentó afectación coronaria. La fracción de eyección al alta fue normal en el 78% del global. Hubo asociación significativa entre presencia de enfermedad coronaria y HTA ($p < 0,05$) y hábito tabáquico ($p < 0,05$). No hubo mortalidad hospitalaria en ningún caso.

Conclusiones: Cada vez es más habitual la afectación coronaria en pacientes jóvenes debido a la temprana adquisición de FRCV, siendo en nuestra población a estudio más frecuente en pacientes hipertensos y/o fumadores. Ante el aumento de la morbimortalidad a medio-largo plazo que supone la cardiopatía isquémica, cobran cada vez más importancia las campañas de prevención primaria (abstención del hábito tabáquico, dieta cardiosaludable y realización de ejercicio de forma regular) de inicio en edades tempranas.

548/54. ANÁLISIS DEL FENOTIPO RESULTANTE DE DISTINTAS MUTACIONES EN EL GEN LMNA A EN LA CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

José Antonio Aparicio Gómez, Carlos Gómez Navarro, Raúl Reyes Parrilla, Regina Ibáñez Leal y Soraya Muñoz Troyano

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El gen de Lamina A/C (LMNA), codifica dos proteínas (laminas A y C) de la cara interna de la membrana nuclear en muchos tipos celulares, contribuyendo a su integridad. Mutaciones del gen LMNA

pueden provocar miopatías y miocardiopatías. La prevalencia es baja, pero las implicaciones pronósticas son relevantes. Las cardiolaminopatías más frecuentes son trastornos del sistema de conducción, taquicardias ventriculares (TV) y la miocardiopatía dilatada (MCD).

Métodos: Analizamos la prevalencia de mutaciones por LMNA y comparamos características diferenciales de las mismas, en cuanto al fenotipo resultante.

Resultados: De los 20 estudios genéticos en probandos, solicitados entre junio de 2019 y febrero de 2020 en MCD familiares y alteraciones de conducción a edad temprana, encontramos 2 mutaciones distintas del gen LMNA en 6 individuos. Las mutaciones son LMNA p.Ala146_Ala147ins-LeuLeuAsnSerLysGluAla en 5 individuos (misma familia) y LMNA p.Arg541His. En la primera mutación (p.Ala146) el fenotipo es trastorno de conducción AV precoz, con dos gemelos con BAV completo e implante de marcapasos con 38 y 40 años, con TV y función sistólica conservada. Los otros individuos son hijos de un probando, que con 23 años, 9 y 6, no presentan fenotipo alguno. La otra mutación (LMNA p.Arg541) en una única paciente de 15 años (no presente en padres ni hermano) y provoca una distrofia muscular de Emery Dreyfuss y una disfunción ventricular moderada (FEVI 43%) y extrasistolia ventricular muy frecuente sin trastornos conducción AV.

Conclusiones: Dos mutaciones diferentes del gen de LMNA producen fenotipos muy distintos, con afectación grave cardiovascular.

548/56. ÁREA VALVULAR AÓRTICA/ALTURA: UN MEJOR MÉTODO DE INDEXACIÓN EN ESTENOSIS AÓRTICA

Fátima González Testón, Sergio Gamaza Chulián, Enrique Díaz Retamino y Jesús Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: La indexación del área valvular aórtica (AVA) por superficie corporal ha sido previamente criticada, ya que se corrige en parte por el tejido graso adquirido. Nuestro objetivo fue analizar el valor pronóstico del AVA indexada por altura.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes mayores de 18 años diagnosticados en nuestro centro de estenosis aórtica (EA) al menos moderada ($AVA \leq 1.5 \text{ cm}^2$) entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Se excluyeron pacientes con otra valvulopatía significativa concomitante, estenosis supra o subvalvular aórtica significativa (velocidad $> 1.5 \text{ m/s}$), historia previa de cirugía valvular aórtica o cardiopatía congénita (salvo válvula aórtica bicúspide). El AVA se indexó por superficie corporal (AVA/BSA) y por altura. El objetivo primario fue la mortalidad cardiovascular en pacientes bajo tratamiento médico.

Resultados: Se incluyeron 225 pacientes (52% mujeres, edad media 74.5 ± 12.2 años). Durante un seguimiento medio de 234 ± 183 días, hubo 33 pacientes (15%) con mortalidad cardíaca y 97 (43%) que alcanzaron el evento combinado. El área bajo la curva (AUC) para la mortalidad cardiovascular fue mayor en AVA/altura (AUC 0.74, $p < 0.001$) que en AVA/BSA (AUC 0.71, $p = 0.001$). Un punto de corte de 0.52 para AVA/altura obtuvo una sensibilidad del 92%, una especificidad del 56%, un valor predictivo positivo del 26% y negativo del 98%. El tiempo de supervivencia medio fue inferior con AVA/altura < 0.52 (497 ± 29 vs. 1183 ± 39 , $p < 0.001$). Solo 2 pacientes (2%) fallecieron con un AVA/altura ≥ 0.52 .

Conclusiones: Nuestros datos demuestran que el AVA/altura mejora la estratificación pronóstica frente a la estandarizada

AVA/BSA. Pacientes con AVA/altura < 0.52 identifican un subgrupo de EA con mayor riesgo cardiovascular.

548/57. MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA Y CÁNCER: ¿EXISTE RELACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE MUTACIONES DESMOSÓMICAS?

María Aurora Gómez Barea¹, Paula Gaspar López-Cozar¹, Ainhoa Robles Mezcua², José Manuel García Pinilla² y Eduardo de Teresa Galván³

¹Estudiante. ²Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

³Hospital Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La mayor parte de genes implicados en la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD) codifican proteínas que forman parte de los desmosomas. Algunos estudios defienden la relación existente entre estas mutaciones y el cáncer. De acuerdo con esta teoría, se ha diseñado un estudio cuyos objetivos principales son: comparar la incidencia de cáncer en 3 grupos distintos: pacientes con mutación y enfermedad, pacientes con mutación, pero sin enfermedad cardíaca y pacientes sin mutación y sin enfermedad. Probar si alguna de las mutaciones desmosómicas supone un mayor riesgo de cáncer en comparación con las otras. Asentar las bases para futuros estudios sobre MAVD y cáncer.

Métodos: Gracias a la base de datos de la unidad de cardiopatías familiares del Hospital Virgen de la Victoria se obtuvo una muestra de 107 pacientes. Se diseñó un estudio de casos y controles retrospectivo. Como test paramétricos se utilizaron: Chi cuadrado para variables cualitativas dicotómicas. T-student al comparar variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: Del total de pacientes, un 74.8% (n=80) eran portadores de mutaciones desmosómicas y un 25.2% (n=27) no. Se detectaron 8 casos de cáncer, de los cuales 87,5% (n=7) eran portadores de alguna mutación y 12.5% (n=1) no portador.

Conclusiones: En el grupo de pacientes con cáncer existe una clara predominancia de portadores; sin embargo, no se ha obtenido significación estadística ($p=0,389$). Esto puede ser debido, entre otras limitaciones, a un tamaño de la muestra insuficiente. No obstante, estos resultados pueden sentar la base para estudios futuros que permitan obtener resultados importantes para su aplicación clínica.

548/58. IMPACTO DE LA EDAD EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER

Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño, Rodrigo Ariel di Massa Pezzutti, Flavio di Lella, Agustín Guisado Rasco, Mónica Fernández Quero, Luis Díaz de la Llera, Manuel Villa Gil-Ortega y José M. Cubero Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes de mayor edad que se someten a implante de prótesis valvular aórtica transcáteter (TAVI) podrían tener un mayor riesgo periprocedimiento en comparación con los más jóvenes. Nuestro objetivo es comparar el pronóstico y posibles complicaciones en estos dos grupos de edad.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo, entre 2010 y 2018, en el que se compararon la mortalidad y los reingresos en dos grupos de edad: aquellos sometidos a TAVI con ≥ 85

años, y otro grupo de menor edad. Como objetivo secundario se compararon la estancia media y las complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes sometidos a TAVI, 42 de ellos (20,5%) mayores de 85 años. Tras comparar los dos grupos (≥ 85 vs. < 85 años), no se observaron diferencias en las características basales excepto en la presencia de diabetes (31% vs. 49,4%; $p=0.03$), FG (45 vs. 62 ml/min, $p 0.05$), IMC (28.13 vs. 30.39 kg/m²; $p 0.02$) y FEVI (59.33 vs. 53.21; $p=0.008$). Tampoco hubo diferencias en el riesgo quirúrgico por STS (5.44 vs. 4.36; $p=0.13$) o la mortalidad a los 30 días (2.4 vs. 6.7%; $p=0.28$). Se objetivó una menor tasa de rehospitalización en ≥ 85 años (21.4 frente a 42.4%, $p=0.01$), siendo los reingresos por causa cardiovascular (11.1 frente a 42.2%). Las complicaciones (ictus, complicaciones vasculares e implante de marcapasos) fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie, la edad mayor de 85 años no condicionó un peor pronóstico ni un aumento en las complicaciones, luego esta no debería ser un determinante en la decisión del implante.

548/60. EVOLUCIÓN EN EL USO DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON ERC ESTADIO IV Y FA

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², José Manuel Andreu Cayuelas³, Juan Cosín Sales⁴, Juan Benezet Mazuecos⁵, Sergio Raposeiras Roubin⁶, Abel García del Egidio⁷, Francisco Ruiz Mateas² y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁴Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

⁵Hospital Quirónsalud San José. Madrid. ⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo. ⁷Hospital Monte San Isidro, León.

Introducción y objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y enfermedad renal crónica (ERC) en estadio IV tienen alto riesgo trombótico y hemorrágico. Las guías de práctica clínica recomiendan la anticoagulación en estos pacientes, aunque la evidencia de su eficacia y seguridad es escasa, por lo que desconocemos su prescripción real. Objetivo: Describir los cambios evolutivos en la prescripción de anticoagulantes en este grupo de pacientes desde 2008 hasta 2018.

Métodos: Registro nacional multicéntrico retrospectivo que incluyó pacientes con ERC en estadio IV (tasa de filtrado glomerular entre 15 y 30 ml/min/1,73 m²) y FANV diagnosticada entre enero de 2008 y diciembre de 2016. Los pacientes se agruparon en tres períodos de 36 meses: Grupo 1: 2008-2010, Grupo 2: 2011-2013 y Grupo 3: 2014-2016.

Resultados: Se incluyeron 282 pacientes. No se observaron diferencias significativas entre el riesgo isquémico y hemorrágico de los pacientes entre los tres periodos, estimado por las escalas CHA2DS2-VASc (Grupo 1: 4,3 \pm 1,3, Grupo 2: 4,3 \pm 1,4 y Grupo 3: 4,7 \pm 1,4 $p: 0.52$) y HASBLED (Grupo 1: 2,7 \pm 1,2, Grupo 2: 2,7 \pm 1,1 y Grupo 3: 2,3 \pm 1,2 $p: 0.08$). Se observó un aumento progresivo en la tasa de anticoagulación debido a un aumento en la prescripción de anticoagulantes orales directos (ACOD): Grupo 1: 1,6%, Grupo 2: 7,2% y Grupo 3: 15,2%, $p: 0.023$, sin cambios en las tasas de tratamiento con antagonistas de la vitamina K (AVK): Grupo 1: 53.1%, Grupo 2: 52.5%, Grupo 3: 54,4%, $p: 0.876$).

Conclusiones: El uso de anticoagulación en pacientes con ERC en estadio IV y FA ha aumentado en los últimos años, principalmente debido a un incremento en la prescripción de ACOD.

548/61. ESTABILIDAD DE UMBRAL CON ELECTRODOS DE FIJACIÓN ACTIVA DEL VI

Arancha Díaz Expósito, Amalio Ruiz Salas, Carmen Medina, Alberto Barrera, Javier Alzueta y Juan José Gómez Doblas

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El funcionamiento de los dispositivos TRC depende del buen posicionamiento de los electrodos, que puede quedar comprometido por la movilización de los cables, umbrales inaceptablemente altos o la estimulación frénica. El electrodo tetrapolar de fijación activa del VI mediante un mecanismo helicoidal podría aportar estabilidad. Objetivos: Estudiar el impacto de la fijación activa del VI en la estabilidad de umbral y las dislocaciones.

Métodos: Se incluyeron 127 pacientes con implante de dispositivos TRC entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019, mediante muestreo consecutivo, y fueron aleatorizados: 62 p con electrodos de fijación activa vs. 65 p con electrodos estándar. Se registraron umbrales, pérdidas de captura y dislocaciones en el seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 73,9 \pm 8,4 años. El 75% fueron hombres y el 48,4% presentó cardiopatía isquémica. Los dos grupos fueron similares respecto a estas variables. Se registraron 5 (7.7%) dislocaciones en el grupo control frente a 2 (3.2%) en el grupo de fijación activa ($p 0,12$). La variación del umbral (en V) durante el seguimiento fue mayor en el grupo control a las dos semanas del implante (0.59 vs. 0.15, $p < 0.05$) y a los 6 meses (0.99 vs. 0.36, $p < 0.05$).

Conclusiones: 1. Los electrodos de fijación activa del VI proporcionan mayor estabilidad de umbral que los convencionales. 2. Existe una tendencia no significativa a la reducción de dislocaciones.

548/62. IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSFEMORAL: RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO

Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño, Flavio di Lella, Rodrigo Ariel di Massa Pezzutti, Agustín Guisado Rasco, Mónica Fernández Quero, Luis Díaz de la Llera, Manuel Villa Gil-Ortega y José M. Cubero Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es una opción terapéutica consolidada para pacientes con estenosis aórtica (EA) grave con riesgo quirúrgico alto o intermedio, rechazados para cirugía. El objetivo de este estudio fue describir la serie de pacientes con TAVI transfemoral en nuestro centro, analizando la incidencia de complicaciones y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional en el que se analizaron prospectivamente pacientes con EA grave sintomática tratados con TAVI transfemoral desde septiembre de 2010 a septiembre de 2018. Se evaluaron las variables según las definiciones VARC-2.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (62,4% mujeres) con EA grave (área valvular: 0,69 \pm 0,2 cm² y gradiente medio: 46.51 \pm 14,8 mmHg) sometidos a TAVI transfemoral (Sapiens-XT 30,2%, Sapiens-S3 59%, Evolut-R 10.7%), con una edad media de 79,3 \pm 6,5 años y un perfil de riesgo EuroSCORE 11,6 \pm 8,63. El seguimiento medio fue de 24,9 \pm 22,3 meses. Un 76,6% de ellos en clase funcional III-IV de la NYHA. Las complicaciones intra-procedimiento fueron: taponamiento cardiaco (n = 4; 1.95%), insuficiencia aórtica moderada-severa (n = 7; 3,41%), embolización protésica (n = 1; 0,48%), oclusión coronaria (n = 2; 0,97%), rotura de anillo aórtico (n = 2; 0,97%), vasculares (mayores n = 11; 5,4%; menores n = 23; 11,2%). La tasa de complicaciones

a 30 días post-TAVI fueron: implante de marcapasos (9,9%), sangrado mayor (5.5%) e ictus/AIT (2,93%). En el seguimiento, la tasa de reingresos fue de un 37.8% (38,4% de causa cardiovascular). La mortalidad a los 30 días fue de un 5.9% (4.87% de causa cardiovascular), con una mortalidad total de un 15,6%.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a TAVI en nuestra serie presentan aceptables resultados perioperatorios, con una baja tasa de complicaciones y una supervivencia acorde a su edad.

548/63. RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON IMPLANTE DE MARCAPASOS MICRA FRENTE A IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACIÓN CONVENCIONAL

Alicia Almagro Romero, Manuel José Molina Lerma, Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez, Pablo Javier Sánchez Millán y Miguel Álvarez López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: Los marcapasos sin cable Micra permiten estimulación monocameral evitando las complicaciones que pueden derivarse de los sistemas de estimulación convencional, siendo una opción segura y eficaz. Analizamos las diferencias clínicas o parámetros de los dispositivos en los pacientes a los que se les implantó un Micra frente a un marcapasos monocameral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 14 pacientes a los que se les implantó un marcapasos MICRA desde 2015 hasta 2020 y 14 pacientes a los que se les implantó un marcapasos monocameral convencional con estimulación VVI durante 2019. Se analizan variables clínicas, eventos posprocedimiento y parámetros de los dispositivos.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 84.5 años en el grupo con marcapasos convencional y de 72.8 años en el grupo con micra ($p < 0.001$). No hubo diferencias en la presencia de factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal, disfunción ventricular o valvulopatía. Las complicaciones postimplante fueron bajas en ambos grupos (14% en el grupo de Micra y 21% en el grupo de marcapasos convencional) sin diferencias entre ambos, así como el porcentaje de éxitus (14% en ambos grupos). Los parámetros de los dispositivos (umbrales e impedancias) se mantuvieron estables en el seguimiento, sin diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con marcapasos micra son más jóvenes que los pacientes a los que se decidió implante de marcapasos convencional con estimulación VVI. El resto características clínicas, complicaciones derivadas del procedimiento y parámetros de los dispositivos fueron similares en ambos grupos.

548/64. TENDENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN, REINGRESOS A 30 DÍAS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA. UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL (2003-2015)

Juan Luis Bonilla Palomas¹, Manuel Anguita Sánchez², José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández Pérez³, Martín Ruiz Ortiz², Manuel Jiménez Navarro⁴, Francisco Javier Elola Somoza³, Ángel Cequier Fillat¹, Héctor Bueno Zamora¹ y Francisco Marín⁵

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un problema de salud pública. En Andalucía se carece de datos poblacionales actualizados. El objetivo de este estudio fue analizar las tendencias en hospitalización, reingresos y mortalidad intrahospitalaria por IC en Andalucía.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizaron las hospitalizaciones con el diagnóstico principal de IC entre 2003 y 2015 del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. Se calcularon las tasas de hospitalización por IC ajustadas por edad y sexo y las razones de mortalidad intrahospitalaria y de reingresos a los 30 días ajustadas por riesgo (RAMER y RARER, respectivamente).

Resultados: Se seleccionaron 176480 episodios. Desde 2003 a 2015 el número de hospitalizaciones incrementó un 50,4%, pasando de 183 a 243 por 100000 habitantes (IRR 1,03; IC95%: 1,028-1,035, $p < 0,001$). Al ajustar las hospitalizaciones por edad y sexo, se encontró un incremento significativo de las hospitalizaciones en los grupos de edad >75 años (IRR 1,01; $p < 0,001$) y un descenso entre 45 y 74 años (IRR 0,98; $p < 0,001$), sin diferencias en el grupo entre 35 y 44 años. La RAMER (14,37% para el periodo en conjunto) no mostró cambios significativos de 2003 a 2015 (IRR 0,99; IC95%: 0,99-1,01, $p = 0,97$), mientras que la RARER incrementó significativamente (IRR 1,01; IC95% 1,005-1,015, $p < 0,001$).

Conclusiones: Durante 2003-2015 Andalucía presentó un incremento significativo de las hospitalizaciones por IC (a expensas de los >75 años) y de los reingresos a los 30 días ajustado por riesgo, mientras que la mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo no se modificó.

548/65. PERFIL DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

María Isabel Prades García, José Luis Serrano Carrillo de Albornoz, Jacinto Benítez Gil, María del Carmen Morenate Navío, Carlos Ferreiro Quero, Asunción López Martínez, Miguel Gómez Matarín, José Castillo Ortiz, Antonio Alberto Bonilla López y Pilar Cardila Cruz

Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Introducción y objetivos: En Almería hay una alta frecuencia de población inmigrante (20,3%), siendo la provincia española con mayor porcentaje. Además, es la provincia con población más joven y mayor porcentaje de varones. Queremos averiguar si los pacientes incluidos en una Unidad de IC tienen distintas características según su país de origen.

Métodos: Se incluyó prospectivamente a los primeros 115 pacientes incluidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de Poniente de El Ejido, que comienza su andadura en abril de 2018. Noventa y seis de esos pacientes son de origen español y 19 son inmigrantes, principalmente de origen magrebí y subsahariano. Prácticamente todos tienen IC con FER o FEm. **Resultados:** Los pacientes de origen extranjero tenían una edad más joven (49 vs. 63 años), un mayor predominio del sexo masculino y una menor prevalencia de los factores de riesgo clásicos (HTA, DM, dislipemia), pero no de tabaquismo. Sin embargo, en estos pacientes fue más frecuente la etiología isquémica de la IC (52,6% vs. 39,5%), y ausente el origen enólico. Además, fue más frecuente el ingreso hospitalario como forma de debut de su enfermedad y no la valoración inicial en consultas ambulatorias.

Conclusiones: La población inmigrante presenta con alta frecuencia cardiopatía isquémica como causa de su insuficiencia cardiaca, a pesar de tratarse de una población joven. Una mejor educación sanitaria podría ayudar a identificar en ellos los factores de riesgo y a tratarlos, evitando en muchos de ellos la progresión a disfunción ventricular.

548/66. EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN ANDALUCÍA EN MÁS DE UNA DÉCADA. UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

Juan Luis Bonilla Palomas¹, Manuel Anguita Sánchez², José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández Pérez³, Martín Ruiz Ortiz², Manuel Jiménez Navarro⁴, Francisco Javier Elola Somoza³, Ángel Cequier Fillat¹, Héctor Bueno Zamora¹ y Francisco Marín⁵

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Aunque se estima que el perfil clínico del paciente hospitalizado por insuficiencia cardiaca (IC) ha cambiado en la última década, en Andalucía se carece de datos poblacionales. El objetivo de este estudio fue analizar si el perfil clínico de los pacientes hospitalizados por IC ha cambiado en más de una década.

Métodos: Para ello se realizó un estudio observacional en el que se analizaron las hospitalizaciones con el diagnóstico principal de IC en Andalucía entre 2003 y 2015 del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. Las características demográficas y clínicas de los pacientes de 2003 fueron comparadas con los de 2015. Para la comparación de variables cuantitativas se usó la T de Student y χ^2 o el test exacto de Fisher para las categóricas.

Resultados: Un total de 10935 episodios de IC fueron seleccionados durante 2003 y 16448 durante 2015. En el transcurso de 13 años, la edad media de los pacientes fue mayor (75 ± 10 frente a 78 ± 10 años, $p < 0,001$), el porcentaje de varones se incrementó (42,9% frente a 46,1%, $p < 0,001$) y también lo hizo la prevalencia de diabetes (41% frente a 48%, $p < 0,001$), cáncer metastásico (1,5% frente a 2%, $p = 0,001$), deterioro cognitivo (3,8% frente a 7,4%, $p < 0,001$) e insuficiencia renal (8,3 frente a 39,3%, $p < 0,001$).

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes hospitalizados por IC en Andalucía ha cambiado en la última década. En 2015, los pacientes fueron mayores y tuvieron más comorbilidades que en 2003. Además, se incrementó la proporción de varones.

548/68. REGISTRO MONOCÉNTRICO DE SACUBITRIL-VALSARTÁN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y SEGURIDAD

Magdalena Carrillo Bailén, Miguel Puentes Chiachio, Kaltoum El Marahoui, Javier Torres Llergo, Miriam Padilla Pérez y María Rosa Fernández Olmo

Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Sacubitril-valsartán (SV) ha demostrado resultados favorables en eficacia y seguridad tanto en insuficiencia cardiaca (IC) crónica en fase estable como tras descompensación aguda. Nuestro objetivo fue realizar un análisis descriptivo y evaluar la seguridad de SV iniciado tras descompensación aguda.

Métodos: De abril de 2017 a enero de 2020 se incluyeron 46 pacientes que comenzaron SV al alta hospitalaria. Mediana de edad, 69,5 años (rango 59-79); 24% mujeres; 43,5% diabéticos. La fracción de eyección ventricular izquierda media fue $31,7 \pm 6,6\%$. IC de novo en 19 pacientes y 10 pacientes eran pacientes naïve para IECA/ARAI. Un total de 12 pacientes asociaban insuficiencia renal. La etiología isquémica fue la más frecuente (37%). La dosis de SV más usada al alta fue 24/26 mg (65%).

Resultados: Entre el alta y la primera revisión no hubo diferencias significativas en la función renal (creatinina $1,13 \pm 0,45$ vs. $1,14 \pm 0,53$ mg/dl; $p > 0,84$), tensión arterial sistólica ($119,6 \pm 17,9$ vs. $124,1 \pm 17,7$ mmHg; $p > 0,21$), ni caliemia ($4,39 \pm 0,55$ vs. $4,62 \pm 0,59$ mEq/L; $p > 0,052$); el NT-proBNP se redujo de manera significativa ($5532,9 \pm 822,5$ vs. $2090,5 \pm 346,7$ pg/ml, $p < 0,005$). Solo en 10 pacientes no se pudo titular SV; ninguno tuvo que suspender ni reducir SV por efectos adversos; un tercio de los pacientes en la primera revisión alcanzaron la dosis de 49/51 mg (37%), y un 28.3% la dosis de 97/103. Hubo 6 pacientes que acudieron a urgencias precisando de aumento de diuréticos, con 4 reingresos por IC antes de la revisión.

Conclusiones: Iniciar SV tras descompensación aguda de IC es seguro, sin presentar efectos adversos; los resultados basales deberán ser evaluados en series mayores.

548/69. SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CRÍTICOS

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, María Bustamante Hermida², Alejandro Gómez González¹, Antonio José Fernández Soltero¹, Irene Méndez Santos¹, Román Calvo Jambrina¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes críticos con estenosis aórtica (Eao) severa constituyen un grupo de pésimo pronóstico con una mortalidad quirúrgica muy elevada. El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) podría ser una opción adecuada en estos pacientes. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el perfil clínico y la evolución de pacientes sometidos a implante de TAVI en situación crítica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de pacientes críticos con Eao severa sometidos a TAVI entre enero de 2014 y mayo de 2019. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI en situación de shock cardiogénico, que precisaron aminas o con necesidad de ventilación mecánica. Se analizaron características clínicas y parámetros ecocardiográficos, tanto basales como al año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 11 (3,9%) de un total de 282 pacientes tratados con TAVI (6 hombres, edad media de $74,5 \pm 12$ años). Presentaban un euroSCORE log medio de $24 \pm 16\%$, estando el 81% en clase funcional IV. Únicamente se registró un fallecimiento intrahospitalario, siendo nula la mortalidad intraoperatoria y a un año de seguimiento. En los 10 pacientes que sobrevivieron se objetivó una mejoría en la clase funcional, la FEVI (37 ± 5 vs. $53 \pm 7\%$) y PSAP ($57,8 \pm 4,2$ vs. $45,2 \pm 3,9$ mmHg) tras el implante TAVI.

Conclusiones: Nuestra experiencia sugiere que el implante TAVI es una alternativa eficaz para el tratamiento del paciente crítico con Eao severa. Además, se observó una mejoría, tanto en el estatus clínico como en parámetros ecocardiográficos de función ventricular.

548/70. SARCOIDOSIS CARDIACA: PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Carmen González de la Portilla-Concha, Alba Abril Molina, Eduardo Arana Rueda, Manuel Frutos López, Juan Acosta y Alonso Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica con afectación multiorgánica. Aunque la afectación

cardiaca (CS) es variable y de difícil diagnóstico, afecta al sistema de conducción y al miocardio, siendo el principal factor pronóstico de la enfermedad. Pretendemos analizar una población de pacientes con CS para establecer la forma de presentación y evolución seguidas.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico de CS en nuestro centro desde 2012. Analizamos las características basales, expresión clínica, tratamiento y evolución a largo plazo.

Resultados: Se incluyen 10 pacientes con CS (60% hombres, edad 47.4 ± 10 años). El 30% tiene afectación cardiaca aislada y el 70% afectación sistémica. Cinco pacientes (50%) presentan disfunción ventricular. El 80% presenta trastornos del ritmo: un 30% bloqueo auriculoventricular y un 50% arritmias ventriculares (TV/FV). Al 20% se le implantó un marcapasos y al 70% un DAI (71.4% prevención secundaria). A todos se les trató con fármacos inmunosupresores (corticosteroides 27%, inmunosupresores tipo metotrexato 45% y ambos 9%, 18% solo en fase aguda). Tras seguimiento de 35 [22-68] meses hubo un éxitus por otra enfermedad; solo un paciente con DAI presentó terapias apropiadas (tormenta) que se corrigió con tratamiento inmunosupresor y no hubo progresión de la disfunción ventricular en ningún caso.

Conclusiones: En nuestro medio, la CS es infrecuente y con alto porcentaje de afectación cardiaca aislada. Suele debutar con una presentación clínica grave, predominando los trastornos del ritmo con necesidad de estimulación o DAI. Es necesario un alto índice de sospecha en estos casos, ya que tras tratamiento específico la evolución es favorable.

548/71. IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI) EN PACIENTES JÓVENES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

María del Pilar Ruiz García¹,
María Del Carmen Cortés Jiménez²,
Blanca Olivares Martínez¹,
María Inmaculada Fernández Valenzuela¹,
Román Calvo Jambrina¹ e Irene Méndez Santos¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Estudiante.

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcatóter (TAVI) está actualmente indicado en pacientes con riesgo quirúrgico prohibitivo o elevado. La mayoría de los pacientes incluidos en los estudios son de edad avanzada, octogenarios, siendo escasos los datos en pacientes más jóvenes. El desconocimiento de la durabilidad a largo plazo del TAVI supone una cuestión de especial importancia en este grupo de pacientes con una esperanza de vida presumiblemente larga. Nuestro objetivo fue analizar las características clínicas de pacientes jóvenes tratados con TAVI en nuestro centro. Se realizó igualmente un seguimiento clínico de un año posterior al implante.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes menores de 75 años tratados con TAVI en el H.U.V Macarena entre 2012 y 2018.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes (11%) de los 228 TAVI implantados. La edad media fue 65 ± 7 años y el riesgo EuroSCORE $12,35 \pm 8,40$. De ellos, 7 pacientes presentaban alguna característica que contraindicaba la cirugía: 4 aorta en porcelana, 2 radioterapia previa, 1 obesidad mórbida. La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,7%, y del 15,4% al año de seguimiento, con un alto número de reingresos (42,3%).

Conclusiones: Los pacientes menores de 75 años tratados con TAVI en nuestro centro se caracterizan por ser pacientes con gran comorbilidad y alto riesgo quirúrgico o con alguna característica no reflejada en las escalas de riesgo que

contraindica la cirugía. Presentan una morbimortalidad elevada tanto hospitalaria como al año de seguimiento acorde con su comorbilidad.

548/72. TENDENCIAS EN HOSPITALIZACIÓN, REINGRESOS A LOS 30 DÍAS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN INSUFICIENCIA CARDIACA. ¿SOPORTA ANDALUCÍA UNA COMPARACIÓN CON EL RESTO DE ESPAÑA? UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL 2003-2015

Juan Luis Bonilla Palomas¹, Manuel Anguita Sánchez², José Luis Bernal Sobrino³, Cristina Fernández Pérez³, Martín Ruiz Ortiz², Manuel Jiménez Navarro⁴, Francisco Javier Elola Somoza³, Ángel Cequier Fillat¹, Héctor Bueno Zamora¹ y Francisco Marín⁵

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, Madrid. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar las tendencias en hospitalización, reingresos a 30 días y mortalidad intrahospitalaria en IC en Andalucía con el resto de España.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizaron las hospitalizaciones con el diagnóstico principal de IC entre 2003 y 2015 del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. Se calcularon las tasas de hospitalización por IC ajustadas por edad y sexo y las razones de mortalidad intrahospitalaria y de reingresos a 30 días ajustadas por riesgo.

Resultados: Entre 2003-2015 se seleccionaron 1254830 episodios. De ellos 176480 correspondieron a Andalucía. En España la tasa de hospitalización se incrementó de forma significativa de 210 a 309 por 100 000 habitantes ($p < 0,001$). En Andalucía, el incremento fue inferior, aunque significativo (de 183 a 243 por 100 000 habitantes, $p < 0,001$). En ambos casos, el análisis ajustado por edad y sexo mostró que el incremento se producía por el grupo de edad ≥ 75 años. En Andalucía, el reingreso a 30 días ajustado por riesgo fue inferior a la media nacional (9,79% frente a 10,57%, $p < 0,001$), mientras que la mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo fue superior (14,37% frente a 10,49%, $p < 0,001$), siendo Andalucía la comunidad con la tasa más alta.

Conclusiones: En Andalucía, las hospitalizaciones por IC se incrementaron entre 2003 y 2015 de forma significativa, aunque este incremento fue inferior que en el resto de España. El reingreso a los 30 días ajustado por riesgo fue inferior a la media nacional, pero la mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo fue significativamente superior.

548/74. LIPOPROTEÍNA A Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN POBLACIÓN JOVEN

Adrián Rodríguez Córdoba, Álvaro Melgar Melgar, María Victoria Doncel Abad, José David Martínez Carmona, Jorge Rodríguez Capitán, Paloma Márquez Camas, Rafael Méndez Natera, David Grande Prada, Arancha Díaz Expósito y Manuel Luna Morales

Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La lipoproteína A (Lpa) es una molécula implicada en la enfermedad aterosclerótica cardiovascular. Existen pocos datos sobre los valores del Lpa en

pacientes jóvenes que han sufrido un evento cardiovascular mayor, lo que permitiría evaluar los posibles objetivos terapéuticos del Lpa en esta población diana.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes varones menores de 65 años y mujeres menores de 70 años que han sufrido IAMCEST o IAMSEST desde noviembre de 2019 ingresados en nuestro centro. Se recogieron, además de los valores de Lpa, los siguientes datos: edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, tabaquismo, enolismo, tóxicos, colesterol total, Lpa, y SCORE risk.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes. La media de niveles de Lpa fue 38,28 mg/dl (desviación estándar 37,64, rango 2,4-130). El 25,5% presentó un Lpa elevado mayor de 60 mg/dl. Calculando el SCORE de riesgo vascular previo al evento, el 52,7% de los pacientes presentaban riesgo bajo y 47,3% moderado, alto o muy alto. La media de Lpa en paciente con SCORE bajo fue 42,4 mg/dl y en pacientes con SCORE mayor que bajo 34,1 mg/dl ($p < 0,43$).

Conclusiones: En una muestra de jóvenes con síndrome coronario agudo, la media de Lpa fue de 38,28 mg/dL. Se identificaron un 25,5% de pacientes con valores de Lpa de alto riesgo (mayor de 60 mg/dl). No se encontraron diferencias significativas según el riesgo cardiovascular previo al evento.

548/75. EL REMODELADO MIOCÁRDICO CON SACUBITRIL/VALSARTAN COMO LLAVE DE LA MEJORA DE LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL. RESULTADOS EN LA VIDA REAL

Diego Félix Arroyo Moñino, Francisco Javier Cortés Cortés, María Rivadeneira Ruiz, Alicia Alcalde Calleja, Marinela Chaparro Muñoz, Antonio Castro Fernández y Alejandro Recio Mayoral

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia mitral (IM) funcional condiciona alta morbimortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Hasta hace poco no había ningún fármaco que mostrara mejoría de la misma. Recientes estudios con pequeños grupos de pacientes han mostrado que Sacubitril/Valsartan (S/V) mejora la IM funcional, así como el remodelado miocárdico. **Objetivo:** Determinar la mejoría de la IM funcional a través del remodelado miocárdico en pacientes con miocardiopatía dilatada (MCD) en pacientes en la vida real.

Métodos: Registro unicéntrico, observacional, de pacientes de la Consulta de Insuficiencia Cardíaca con MCD e IM funcional grados III – IV, que iniciaron tratamiento con S/V entre enero de 2018 y enero de 2019, con seguimiento de 1 año mediante ecocardiografía.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 31 (75,6%) hombres. La principal causa de MCD fue la isquémica (17-41,5%). Inicialmente, 17 pacientes presentaban una IM de grado IV (41,5%) y 24 de grado III (58,5%). Tras un año de seguimiento, se observó una mejoría estadísticamente significativa de todos los volúmenes: telediastólico de ventrículo izquierdo (VI) (132,8 vs. 111,9, $p < 0,001$), telesistólico de VI (96,2 vs. 71,9, $p < 0,001$), de aurícula izquierda (49,1 vs. 40,6, $p < 0,013$); así como de la fracción de eyección de VI (28,4 vs. 37,6, $p < 0,004$). Así mismo, se produjo de forma paralela una mejoría del grado de IM en un alto porcentaje de los pacientes quedando así: 16,1% grado I, 25,8% grado II, 48,4% grado III y 9,7% grado IV.

Conclusiones: El tratamiento con S/V consigue una mejoría del grado de IM a través del remodelado ventricular.

548/76. EFECTO NEGATIVO DE LOS ACEITES ESENCIALES SOBRE LA CONCENTRACIÓN DE TMAO EN UN MODELO ANIMAL

Víctor M. Becerra Muñoz, Manuel Jiménez Navarro, Óscar Antonio Porras Perales, Javier Pavón Morón, Ana Isabel Molina Ramos, Jorge Rodríguez Capitán y Josué Delgado Perón

Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Introducción y objetivos: Las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte en España. Estas se producen por estenosis y eventual complicación de la placa del árbol coronario por sustancias proaterogénicas, como el trimethylamine N-oxide (TMAO), fruto de la conversión a nivel hepático de trimethylamine (TMA) generado en colon en función de la microbiota intestinal, por lo que esta última se convierte en diana terapéutica. Existen diferentes compuestos naturales que podrían inhibir a bacterias compatibles con las formadoras de TMA. Algunas de estas sustancias son el carvacrol o el timol, presentes en aceite esencial de tomillo y romero. Por tanto, el objetivo de este trabajo es evaluar el impacto del consumo de estos dos aceites sobre los niveles sanguíneos de TMAO.

Métodos: Para ello se empleó un modelo animal con ratones a los que se les trasplantó contenido fecal de pacientes con niveles altos de TMAO. Se mantuvieron durante 30 días suplementados con L-carnitina al 0.02% en agua de bebida y con tratamiento de 10 y 20 mg/kg peso vivo de aceite esencial de tomillo y orégano. Finalmente, se sacrificaron y se les extrajo sangre para el análisis de TMAO mediante espectrometría de masas. Además, se analizaron los ácidos grasos de cadena corta (AGV) en heces mediante CG-FID.

Resultados: No se obtuvo ninguna reducción significativa en los niveles de TMAO; además, no hubo diferencias en la cantidad de AGV entre grupos.

Conclusiones: Los aceites esenciales, a pesar de sus propiedades antibacterianas, no produjeron una reducción en la concentración de TMAO.

548/77. ASPECTOS DIFERENCIALES DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS COMPLICADOS CON DERRAME PERICARDIO SIGNIFICATIVO

Inmaculada Navarrete Espinosa, Daniel Gaitán Román y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El everolimus es un fármaco inhibidor mTOR, utilizado como agente inmunosupresor en el trasplante de órganos. Sin embargo, los datos sobre efectos adversos en comparación con el sirolimus son limitados. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la incidencia de derrame pericárdico en pacientes trasplantados renales en tratamiento con everolimus.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes trasplantados renales tratados con everolimus entre enero de 2015 y diciembre de 2016 en nuestro hospital, con seguimiento hasta diciembre de 2018. Se analizó la incidencia de derrame pericárdico y su severidad, en las visitas programadas en la Unidad de Cardio-Nefrología. Se excluyeron pacientes con sospecha de etiología urémica.

Resultados: Se registraron un total de 71 pacientes, con una edad media de 61.96 ± 11.12 años, siendo un 62% varones. El 31% eran diabéticos, el 87.3% presentaba hipertensión arterial, dislipemia un 56.3% y antecedentes de tabaquismo un

39.4%. Las causas de insuficiencia renal que llevaron a trasplante fueron glomerulonefritis (24.3%), causa no filiada (23.9%), nefroangiosclerosis (18.3%), poliquistosis (15.5%), nefropatía intersticial (9.9%) y nefropatía diabética (7%). El derrame pericárdico apareció en 11 pacientes (15.5%), siendo severo solo en 2 de los pacientes, que requirieron pericardiocentesis. En el resto se resolvió tras conversión de inmunosupresor. Según el análisis bivariable realizado, únicamente el tabaquismo mostró una asociación estadísticamente significativa para el desarrollo de derrame pericárdico.

Conclusiones: El derrame pericárdico no es una complicación infrecuente en pacientes tratados con everolimus tras trasplante renal. El tabaquismo podría ser un factor de riesgo.

548/78. ALTA PRECOZ TRAS TAVI. ¿UNA ESTRATEGIA SEGURA?

Carlos Palacios Castelló, Julia Rodríguez Ortuño, Rodrigo Ariel di Massa Pezzutti, Flavio di Lella, Agustín Guisado Rasco, Mónica Fernández Quero, Luis Díaz de la Llera, Manuel Villa Gil-Ortega, José M. Cubero Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) es hoy una técnica consolidada. La duración del ingreso conlleva un riesgo aumentado de complicaciones intrahospitalarias. El objetivo es determinar el impacto clínico de una estrategia de alta precoz y evaluar su seguridad a los 30 días posimplante.

Métodos: Se incluyeron 197 pacientes a los que se les implantó TAVI entre 2010 y 2018. Se definió alta precoz como el grupo de 3 días o menos de hospitalización tras el procedimiento. Como grupo control se consideraron los pacientes con estancia prolongada (más de 3 días). Analizamos mortalidad, tasa de reingresos y complicaciones.

Resultados: De los 197 pacientes, 59 (62.7% mujeres) fueron alta precoz, mientras que los 138 restantes (60.9% mujeres) conformaron el grupo control de estancia prolongada. Las características basales fueron similares en ambos grupos. La estancia media del ingreso fue de $2,25 \pm 0,6$ días en el grupo de corta estancia y $9,2 \pm 6,8$ en el grupo control. Los objetivos de mortalidad a 30 días tras el alta y tasa de reingresos a 30 días no mostraron diferencias en el grupo de alta precoz frente al grupo de estancia prolongada. Determinadas complicaciones relacionadas con el procedimiento se asociaron a una estancia más prolongada, como la necesidad de implante de marcapasos (3.39 vs. 13.77%, $p=0,03$) y las hemorragias (5.04 vs. 29.71%, $p=0,00$).

Conclusiones: Los resultados de nuestra muestra ponen de manifiesto que el alta precoz tras TAVI en pacientes seleccionados es seguro en términos de mortalidad y reingresos.

548/79. NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA MEDIANTE IMPLANTE PERCUTÁNEO O CIRUGÍA CONVENCIONAL

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez, Alejandro González Gómez, María Inmaculada Fernández Valenzuela, Román Calvo Jambrina e Irene Méndez Santos

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La necesidad de marcapasos definitivo (MPD) sigue siendo una complicación frecuente en

pacientes intervenidos de estenosis aórtica (EAo). Nuestro objetivo es analizar la necesidad de MPD en pacientes con EAo tratados tanto con sustitución valvular aórtica (SVAo) convencional como mediante implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) y conocer su impacto clínico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados de EAo severa entre 2018 y 2019 con un seguimiento de 12 meses.

Resultados: Se analizaron 208 pacientes; 91 se sometieron a implante de TAVI (44,2%) y 116 (55,8%) a recambio quirúrgico. En el grupo TAVI, 65 usaron prótesis expandibles con balón (Edwards SAPIENS 3) mediante acceso femoral y 26, válvulas autoexpandibles (Pórtico) mediante accesos subclavio y aórtico. Se encontraron diferencias respecto a la necesidad de MPD según la técnica (14,3% grupo TAVI vs. 6% quirúrgico, $p<0,05$) sin diferencias dentro del grupo TAVI en función del tipo de válvula. No encontramos diferencias en la tasa de ictus, sangrado, hemodinámica de la válvula, cambios en la FEVI, ingreso, ni mortalidad en el primer año entre los pacientes con o sin necesidad de marcapasos. La necesidad de MPD se asoció a un tiempo más prolongado en UCI sin alcanzar la significación (3,05 días sin MPD y 4,33 días con MPD, $p=0,1$).

Conclusiones: Los pacientes tratados con TAVI tienen una mayor incidencia de implante de MPD que los tratados con cirugía convencional, sin diferencias según la vía o tipo de prótesis. El implante de MPD no se asoció a peores resultados clínicos.

548/80. TROMBOASPIRACIÓN DE RUTINA EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Susana Gorriño Marín, Miriam Ana Jiménez González, Carlos Lara García, Luz Divina Muñoz Jiménez, Macarena Cano García y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La aspiración de trombo (TA) durante la intervención coronaria percutánea (ICP) para el tratamiento del infarto de miocardio con elevación del segmento ST (STEMI) ha sido ampliamente utilizada; sin embargo, ensayos recientes han cuestionado su valor y seguridad. Nuestro objetivo fue analizar los resultados de la TA a corto plazo y al año de seguimiento.

Métodos: Se incluyeron 75 pacientes consecutivos que ingresaron en nuestro centro con STEMI. Se analizó el éxito del procedimiento (TIMI final), implante de stent directo, longitud total de stents implantados, duración del procedimiento y volumen de contraste, ICTUS, muerte, reinfarto e IC durante el ingreso y los eventos mayores al año de seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 62,5 años, 77% hombres y 23% mujeres. En 21% de los casos se utilizó TA. No se evidenciaron diferencias significativas en el éxito del procedimiento, stent directo (30% vs. 32%), diámetro ($3 \pm 0,5$ mm vs. $3,1 \pm 0,4$ mm) y longitud total del stent (30 ± 13 mm vs. $30,7 \pm 10\%$) ni ICTUS. Tampoco reducción significativa en cuanto al uso de contraste (177 ± 60 ml vs. 186 ± 43 ml) y duración del procedimiento medido en tiempo de escopia ($9,4 \pm 4$ min vs. 11 ± 7 min), para no TA/si TA, respectivamente. La mortalidad hospitalaria sí fue significativamente mayor en el grupo de la no tromboaspiración, relacionado con mayor shock cardiogénico en este grupo. Al año, no se observaron diferencias significativas en IAM recurrente, trombosis del stent, IC o mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, la aspiración de trombo de rutina durante la ICP en STEMI no tuvo influencia ni mejoró los resultados clínicos ni angiográficos a corto plazo. Tampoco tuvo influencia en los eventos al año de seguimiento.

548/81. INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE LA PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES JÓVENES

Diego Félix Arroyo Moñino, María del Pilar Ruiz García, Carlos Barea González, Tania Seoane García y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La presencia de pacientes jóvenes con cardiopatía isquémica aguda es cada vez más común en nuestros servicios. Aunque los factores que parecen influir en esta situación son comunes a ambos sexos, los estudios muestran que la presentación difiere en función del sexo. Nuestro objetivo es analizar las diferencias en el perfil clínico y factores de riesgo de los pacientes jóvenes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) en función del sexo.

Métodos: Registro unicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo de los pacientes menores de 45 años ingresados en una Unidad Coronaria por SCA entre enero 2015 y enero de 2020.

Resultados: Se incluyeron un total de 101 pacientes, con una mediana de edad 41 años, siendo el 85,1% varones. El principal motivo de ingreso fue el SCA con elevación del segmento ST (SCACEST) (74,3%), seguido de SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST) (22,8%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al motivo de ingreso, siendo tanto solo un 8% de los ingresos de varones por SCASEST frente al 30,4% en el caso de las mujeres ($p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en lo referente a factores de riesgo cardiovascular, aunque sí una tendencia en varones a presentar un perfil de mayor riesgo.

Conclusiones: Los ingresos por SCA en pacientes jóvenes están protagonizados fundamentalmente por varones. La presencia de SCASEST como motivo de ingreso fue más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque en ambos sexos la principal causa de ingreso fue la presencia de SCACEST.

548/82. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER

Francisco Javier Soria Romero, Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Luz Divina Muñoz Jiménez, Macarena Cano García, Manuel de Mora Martín y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La prevalencia de enfermedad coronaria en la población con estenosis aórtica severa candidata al implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) es alta. En los registros y ensayos de pacientes de moderado y alto riesgo se ubica entre el 40 y el 70% según las diferentes series. Nuestro objetivo fue determinar si la enfermedad coronaria antes de TAVI tuvo un impacto importante en los resultados posteriores a TAVI.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva diagnosticada por angiografía que se sometieron a TAVI en los años 2017-2018. Se valoró la mortalidad, así como los reingresos por todas las causas a 30 días y 1 año posprocedimiento.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 81 procedimientos. Un 52% varones y un 48% mujeres, con una edad media de 79,1 años. La presencia de FRCV fue elevada (88% HTA, 29% DM, 56% DL). El 48,8% tenía enfermedad coronaria (51,3%

revascularización percutánea; 10,3% revascularización quirúrgica; 5,1% mixta, y 33,3% tratamiento médico). En el seguimiento a un año, encontramos que la enfermedad coronaria no se asoció significativamente a un aumento de mortalidad ($p = 0,6$) pero sí se encontró un aumento significativo del reingreso ($p < 0,05$), siendo la causa de reingreso más frecuente la insuficiencia cardiaca (35%).

Conclusiones: En nuestra serie, la prevalencia de enfermedad coronaria significativa es elevada. En el seguimiento, la presencia de enfermedad coronaria no se asoció a un aumento de mortalidad, aunque sí encontramos diferencias significativas en cuanto a los reingresos a favor del grupo con enfermedad coronaria.

548/83. ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS VERSUS ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Francisco Javier Soria Romero, Luz Divina Muñoz Jiménez, Carlos Lara García, Manuel de Mora Martín y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una comorbilidad común en pacientes sometidos a implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI), pero si los anticoagulantes orales directos (ACOD) confieren una seguridad y eficacia similares en comparación con el antagonista de la vitamina K (AVK) sigue sin estar claro en esta población. El objetivo de nuestro estudio fue comparar los ACOD con AVK en pacientes sometidos a TAVI con indicación de anticoagulación oral.

Métodos: En nuestra serie se incluyeron todos los pacientes que se sometieron a TAVI en los años 2017 y 2018. Se realizó seguimiento a un año. Los principales resultados de eficacia fueron la mortalidad por todas las causas y el accidente cerebrovascular, mientras que el principal resultado de seguridad fue el sangrado definido según la escala BARC.

Resultados: Durante el periodo descrito, 81 pacientes fueron sometidos a TAVI, de los cuales tenían indicación de anticoagulación el 33,3%, la mayoría de ellos por FA como indicación de anticoagulación (80%). La edad media de este subgrupo es de 77,8 años, siendo el 48% hombres y el 52% mujeres y con elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA 95%, DM 43%, DL 71%). La incidencia de eventos en el seguimiento fue muy baja para ambos grupos, sin diferencias significativas en la mortalidad por todas las causas, el sangrado mayor ni el ACV en pacientes tratados con ACOD versus AVK.

Conclusiones: En pacientes sometidos a TAVI con indicación de anticoagulación oral, la terapia tanto con ACOD como con AVK es segura, siendo la mortalidad por todas las causas, el sangrado mayor y el ACV similares entre ambos grupos.

548/86. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ATRECTOMÍA CORONARIA CON LÁSER EXCÍMER EN LESIONES INCRUZABLES

Rafael González Manzanares, Cristina Pericet Rodríguez, Nick Iván Paredes Hurtado, Juan Carlos Elizalde Joza, Ignacio Gallo Fernández, Lucía Carnero Montoro, Aurora Luque Moreno, Manuel Jesús Oneto, Soledad Ojeda Pineda y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las lesiones incruzables constituyen un reto en el intervencionismo coronario percutáneo. La aterectomía rotacional es con frecuencia la única alternativa, pero requiere una guía específica que cruce la lesión, lo que a menudo no es posible. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la aterectomía coronaria con láser Excímer (ELCA) en lesiones incruzables con balón de bajo perfil o microcatéter.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes en los que se utilizó ELCA entre junio y diciembre de 2018. Se usó el CVX-300-Excimer-Laser-System junto con el catéter 0.9-mm-X80 (Spectranetics-Inc.).

Resultados: El ELCA se utilizó en 15 pacientes (edad media: 73 ± 9 años). Seis presentaban SCASEST y 9 angina estable. Todas las lesiones eran severas y muy calcificadas. La tasa de éxito fue del 80% ($n = 12$). En 7 de los casos el catéter cruzó la lesión completamente (58.3%), en los 5 restantes (41.7%) permitió modificar la placa y el paso posterior del balón. Como complicaciones, 3 pacientes presentaron daño miocárdico sin repercusión clínica, 1 paciente presentó un ictus (no directamente atribuible al ELCA) y posteriormente falleció, y otro presentó una fibrilación ventricular durante la aplicación. Tras 4 meses de seguimiento no se registraron eventos cardíacos mayores en los pacientes tratados con éxito y permanecieron libres de síntomas.

Conclusiones: El ELCA es seguro y efectivo en el tratamiento de lesiones incruzables, alcanzando una tasa de éxito del 80% en este complejo tipo de lesiones. Su principal ventaja es que puede ser utilizada con cualquier tipo de guía coronaria.

548/87. PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE TORMENTA ARRÍTMICA TRATADO DE FORMA CONSERVADORA

Carmen González de la Portilla-Concha, Alba Abril Molina, Juan Acosta, Manuel Frutos López, Eduardo Arana Rueda y Alonso Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Existen pocos datos sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con tormenta arrítmica (TA) tratados de forma conservadora (sin ablación). Este estudio analiza la supervivencia a corto y largo plazo de pacientes con DAI ingresados por primer episodio de TA.

Métodos: Se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes con primer ingreso por TA desde enero de 2008 hasta enero de 2020. Se definió TA como tres o más terapias apropiadas de DAI en 24 horas, separadas por período de ritmo sinusal. Se recogieron características basales y datos del seguimiento de todos los pacientes. Todos ellos fueron seguidos cada 6 meses en la consulta de DAI. El endpoint primario fue la mortalidad por cualquier causa.

Resultados: 77 pacientes fueron incluidos (81.8% hombres, 61.8 ± 15.5 años, 46.1% isquémicos, FEVI $35.1 \pm 13.4\%$). La supervivencia a los 30 días fue 98.71% y 87% al año. Tras un seguimiento mediano de 31 (RIQ 6-69) meses, 31 (40.2%) pacientes fallecieron (51.6% por causa cardiovascular) y 35 (58.3%) pacientes reingresaron (48.5% por eventos arrítmicos recurrentes y 45.7% por recidiva de TA). En el análisis multivariado, la edad [HR 1.05 (1.01-1.08); $p = 0.021$] y el diámetro telediastólico [HR 1.05 (1-2); $p = 0.04$] fueron predictores independientes de mortalidad a largo plazo.

Conclusiones: Pese a la gravedad del cuadro, el manejo conservador (sin ablación) del primer episodio de TA es razonable considerando la elevada supervivencia al mes y al año. Sin embargo, encontramos un elevado número de recurrencias y

reingresos durante el seguimiento a largo plazo. Se requieren más estudios para identificar aquellos pacientes que se beneficiarían de estrategia de ablación precoz.

548/88. DESARROLLO DE CATARATAS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA DE UNA OCLUSIÓN CRÓNICA TOTAL

Jose Manuel Sánchez Moreno, Ricardo Francisco Rivera López, Miriam Jiménez Fernández, Julio Almansa López, Joaquin Sanchez Gila y Eduardo Molina Navarro

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: Evaluar la incidencia de cataratas en el seguimiento de pacientes sometidos a tratamiento de oclusión crónica total (OCT) y los predictores relacionados con su aparición.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo analizando los pacientes tratados de una OCT dividiéndolos en dos grupos: aquellos que no han precisado intervención por cataratas (grupo A) y aquellos que han sido derivados a cirugía de cataratas (grupo B), analizando las variables asociadas a la aparición de cataratas.

Resultados: Se siguieron 137 pacientes (86.1% varones) durante $47 + 14.7$ meses, de los cuales 28 (20.4%) desarrollaron cataratas (grupo A) y 109 (79.6%) no desarrollaron cataratas durante el seguimiento (grupo B). La edad media de los pacientes fue superior en aquellos que desarrollaron cataratas $60.0 + 9.1$ vs. $67.8 + 8.7$ ($p = 0.01$). Los pacientes que presentaron cataratas fueron expuestos a más radiación en el tratamiento de la OCT $3.5G + 2.3$ vs. $4.3G + 2.6$ ($p = 0.14$). Eran diabéticos el 67.9% ($n = 19$) de los pacientes que desarrollan cataratas vs. el 30.3% ($n = 33$) de los pacientes sin cataratas ($p = 0.01$). En el análisis multivariante se relaciona con el desarrollo de cataratas en el seguimiento: la edad (OR: 1.1 [1.04-1.17], $p = 0.01$), la diabetes (OR: 3.4 [1.3-8.8], $p = 0.01$) y el empleo de más de 3.5G durante el procedimiento (OR 3.2 [1.1-9.0], $p = 0.02$).

Conclusiones: Un 20% de los pacientes sometidos a la revascularización de OCT desarrollan cataratas en el seguimiento, y se relaciona con la edad, la diabetes y la dosis de radiación recibida durante el procedimiento.

548/89. FUNCIÓN RENAL TRAS EL PRIMER AÑO DEL TRASPLANTE CARDÍACO Y SU RELACIÓN CON LOS EVENTOS EN EL SEGUIMIENTO

Julia Rodríguez Ortuño, Jose Manuel Sobrino Márquez, Antonio Grande Trillo y Diego Rangel Sousa

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal (IR) es una complicación con valor pronóstico incierto en los receptores de trasplante cardíaco (TC). Objetivo: Valorar la relación entre el pronóstico y la IR al año del TC.

Métodos: Incluimos receptores de TC entre 2007 y 2018, excluyendo los fallecidos en el primer año. Registramos función renal (FR) al mes y al año, considerando IR creatinina $> 1,5$ mg/dl. Evaluamos la relación entre la creatinina al año y la evolución. Analizamos mortalidad y morbilidad (mortalidad, ingresos por insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular del injerto, terapia renal sustitutiva) y comparamos la evolución entre subgrupos (IR al mes, tras 1 año, no IR). Se analizó la influencia de la edad ($< o > 55$ a) y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (hipertensión, diabetes) en la incidencia de IR al año.

Resultados: 140 pacientes (75% hombres; 50±11 años). Seguimiento: 4,7 a. Diabetes o hipertensión previa fue descrita en el 11% y 17%, respectivamente. Un 98% recibió anticalcineúricos. Se describió IR en 13 pacientes (9%) al mes, y en 31 (22%) al año. La FR se relacionó con la edad ($p=0,007$). IR al año no se asoció con supervivencia o morbilidad. Observamos tendencia hacia un peor pronóstico en <55 años ($p=0,0056$). El desarrollo de IR al año en <55 a se relacionó con la mortalidad comparándolos con aquellos sin IR ($p=0,049$).

Conclusiones: La IR al año del TC no se asoció con la morbimortalidad. En <55 años, el empeoramiento de FR durante el primer año se relacionó con la mortalidad en el seguimiento.

548/91. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO ÓPTIMO DESPUÉS DEL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA?

Francisco Javier Soria Romero, Daniel Jesús Salazar Rodríguez, Macarena Cano Nieto, Luz Divina Muñoz Jiménez, Cristóbal A. Urbano Carrillo y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Los pacientes en los que se realiza implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) tienen un riesgo hemorrágico considerable por la edad y las comorbilidades. La estrategia antitrombótica óptima tras TAVI es incierta, recomendándose actualmente la doble terapia antiagregante durante los primeros meses. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el tratamiento antitrombótico al alta tras TAVI y valorar su eficacia y seguridad al año.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a TAVI en los años 2017-2018 en nuestro centro. Se comparó terapia antiplaquetaria doble (DAPT), terapia antiplaquetaria única (SAPT) y terapia antiplaquetaria única más anticoagulación en relación con la aparición de muerte, IAM, accidente cerebrovascular y hemorragia grave en el año posterior al procedimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 81 pacientes, 52% varones y 48% mujeres. La edad media fue de 79,1 años y la presencia de factores de riesgo cardiovascular elevada (88% HTA, 29% DM, 56% DL). El 48,8% tenía enfermedad coronaria (51,3% revascularización percutánea, 10,3% CABG, 5,1% mixta, 33,3% tratamiento médico). Al alta hospitalaria se prescribió 57% DAPT; 9,5% SAPT; 24,3% SAPT + anticoagulación. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad, ACV, IAM o sangrado mayor entre los grupos, aunque sí observamos una mayor incidencia de eventos en el grupo de SAPT más anticoagulación en ACV y la mortalidad, así como en los sangrados menores (grados 1-3a escala BARC).

Conclusiones: En nuestra serie, las distintas combinaciones de tratamiento antitrombótico tras TAVI no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a eventos en el seguimiento. Serán necesarios más ensayos a gran escala para buscar el régimen antitrombótico óptimo en esta población.

548/92. RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN GENERAL

Juan Luis Domínguez Cano, Antonio Delgado Ariza, Carlos Millán Rodríguez y Jesús Vallejo Carmona

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Con motivo del día del corazón realizamos un *screening* de riesgo cardiovascular (RCV) sobre la población general que acudió a nuestro hospital y quiso conocer su riesgo.

Métodos: En la valoración se incluían antecedentes personales, hábitos tóxicos, actividad deportiva, medición antropométrica, determinación in situ del perfil lipídico y toma de presión arterial. Para la estimación del riesgo cardiovascular utilizamos la tabla SCORE.

Resultados: Se realizó *screening* en 31 personas. El 67,7% eran mujeres, con edad media de 54±11 años. El 54,8% no fumaba. El IMC medio fue 28±6 kg/m², el perímetro abdominal en hombres 107,9±10,5 cm (en mujeres 88,7±13,9 cm). El 9,7% tenía antecedentes familiares cardiovasculares, el 12,9% eran hipertensos, el 12,9% diabéticos, el 9,7% dislipémicos en tratamiento y el 9,6% había presentado previamente eventos cardiovasculares. Durante la determinación de presión arterial, un 22,6% presentó cifras elevadas (75% de los hipertensos conocidos obtuvieron cifras altas). El colesterol total medido fue 206±50, el LDL 114±38 (33% de dislipémicos tratados estaban fuera de objetivo). En cuanto al RCV calculado en la muestra, el 29% fue muy bajo, el 38,7% bajo, el 19,4% elevado y el 12,9% muy elevado.

Conclusiones: La población de la encuesta es pequeña, pero los datos muy interesantes, reflejando la situación real del grado de control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Las personas con FRCV conocidos presentaron un control subóptimo. El IMC y el perímetro abdominal medido refleja una muestra con sobrepeso. El RCV calculado fue al menos elevado en el 32,3% de la población estudiada.

548/93. TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO Y COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA TRATADA MEDIANTE IMPLANTE DE BIOPRÓTESIS

Blanca Olivares Martínez, Pilar Ruiz García, María Rivadeneira Ruiz, Alejandro Gómez González, Irene Méndez Santos y Román Calvo Jambrina

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La evidencia sobre el tratamiento antitrombótico/anticoagulante óptimo en pacientes tratados con prótesis percutánea aórtica (TAVI) es escasa. El objetivo de nuestro estudio es analizar el régimen antiagregante/anticoagulante de dichos pacientes en nuestro centro e identificar posibles factores predictores de sangrado.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con TAVI entre 2018 y 2019 con un seguimiento de 12 meses. Se recogió la tasa de sangrados mediante la escala TIMI y se analizaron posibles factores predictores de sangrado.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes. La elección entre los distintos tipos de terapia vino determinada fundamentalmente por la presencia o no de fibrilación auricular (FA) y de cardiopatía isquémica previa. Los pacientes recibieron en un 36% monoantiagregación, un 19% doble antiagregación, un 28% antivitaminas K (AVK), un 9% AVK + monoantiagregación, un 2% AVK + doble antiagregación y un 2% nuevo anticoagulante (NACO) + monoantiagregación. Un 2% de pacientes no recibieron ninguna terapia antiagregante/anticoagulante. Diez pacientes (10,8%) sufrieron algún evento hemorrágico mayor o menor en el seguimiento. De ellos, 2 estaban monoantiagregados, 1 doblemente antiagregado, 6 con AVK y 1 AVK + monoantiagregación. El tratamiento con AVK y niveles bajos de hemoglobina y albúmina preoperatorias se asociaron de forma significativa a un mayor riesgo de sangrado.

Conclusiones: La elección de la terapia antiagregante/anticoagulante en pacientes con TAVI vino determinada por la presencia de FA y cardiopatía isquémica previa. El uso de AVK y unos niveles bajos de hemoglobina y albúmina preoperatorias se asociaron a una mayor tasa de sangrados, por lo que

habría que intentar terapias alternativas en este subgrupo de pacientes.

548/96. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES AGUDOS INGRESADOS EN CUIDADOS INTERMEDIOS DE CARDIOLOGÍA

Ana María Campos Pareja, Manuel Frutos López, Lorena García Riesco, Jaime Nevado Portero y Carmen Carmona Bernal

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS) se ha relacionado con el desarrollo y peor evolución de la enfermedad cardiovascular. Conocer la prevalencia de la misma en pacientes cardiopatas agudos y su asociación con los factores de riesgo reconocidos podría contribuir a destacar la importancia de considerar su diagnóstico en nuestros pacientes.

Métodos: Analizamos retrospectivamente la presencia de SAHS diagnosticado en pacientes ingresados consecutivamente por patología cardíaca aguda, desde enero de 2017 a enero de 2020, en la Unidad de Cuidados Intermedios de Cardiología y su asociación estadística con los factores de riesgo clásicos.

Resultados: Analizamos 1183 pacientes. Un 66,3% hombres. Edad media de 65,2±13 años. El 13,4% obesos, 33,7% diabéticos, 44,4% dislipémicos, 57,9% hipertensos y 6,4% (76 pacientes) estaban diagnosticados de SAHS. En el análisis bivariado hubo asociación entre SAHS con edad ($p<0,05$), sexo masculino ($p<0,002$), obesidad ($p<0,000$), diabetes ($p<0,000$), dislipemia, ($p<0,000$), HTA ($p<0,000$), EPOC ($p<0,000$) e insuficiencia renal ($p<0,000$). No hubo asociación con presencia de cardiopatía previa ($p<0,073$). En el análisis multivariante, la asociación de SAHS con edad, obesidad, HTA, EPOC, insuficiencia renal y tabaquismo se mantuvo significativa.

Conclusiones: La prevalencia de SAHS es menor que la de los factores de riesgo cardiovascular reconocidos en nuestros pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos. No obstante, su asociación estadística con ellos orienta a la importancia de reconocerlo en este perfil de pacientes, ante la posibilidad de mejorar la asistencia del enfermo y el control de los factores de riesgo en el seguimiento.

548/100. ESTUDIO COMPARATIVO DE CIERRES VASCULARES EN PROCEDIMIENTOS TAVI

Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Macarena Cano García, Luz Divina Muñoz Jiménez, Inmaculada Navarrete Espinosa, Manuel de Mora Martín y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Las complicaciones vasculares y los sangrados aumentan la morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a implante de TAVI. El objetivo de nuestro estudio fue comparar el resultado del dispositivo de cierre con sutura ProstarXL® (Abbott), usado frecuentemente en este escenario, con el sistema de colágeno MANTA® (Essential Medical Inc.) introducido recientemente.

Métodos: Estudio retrospectivo y monocéntrico de pacientes sometidos a implante de TAVI entre abril y septiembre 2019. Se analizaron complicaciones vasculares, sangrados y éxito del sistema de cierre.

Resultados: Recopilamos un total de 24 pacientes (50% MANTA®, 50% ProstarXL®). La edad media de los pacientes fue 78,0±6,5

años, sin objetivarse diferencias significativas en cuanto a comorbilidades ni a puntuación de STS score (5,9±2,0 vs. 4,7±1,4, $p=0,13$). Tampoco se objetivaron diferencias en cuanto a tamaño máximo del introductor utilizado (14,8±1,8 Fr vs. 15,3±0,9 Fr, $p=0,34$) ni en cuanto a presencia de calcio femoral >180° (33,3% vs. 50%, $p=0,40$). Aunque no hubo diferencias en mortalidad (0 vs. 8,1%, $p=0,3$), se observó una tendencia a un mayor porcentaje de complicaciones vasculares con ProstarXL® (16,7% vs. 50,0%, $p=0,08$), siendo los sangrados totales significativamente superiores (0 vs. 41,7%, $p=0,01$). El nivel de hemoglobina posterior al procedimiento fue inferior en el grupo ProstarXL® (11,0±2,2 vs. 10,5±1,0, $p=0,02$). El éxito del cierre del dispositivo fue superior con el sistema MANTA® (100% vs. 58,3%, $p=0,01$).

Conclusiones: En nuestro estudio, el uso del nuevo dispositivo se relacionó con un menor porcentaje de sangrados y un mayor porcentaje de éxito en el cierre vascular.

548/103. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS TRAS UN EVENTO CORONARIO

Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Miriam Ana Jiménez González, Daniel Jesús Salazar Rodríguez y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Estudiar el porcentaje en vida real de pacientes que reciben una estatina de alta dosis tras un síndrome coronario agudo.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo revisando el alta hospitalaria y prescripciones de 219 pacientes con síndrome coronario agudo desde septiembre de 2018. Consideramos estatina de alta dosis: atorvastatina de 40 mg y 80 mg, rosuvastatina de 20 mg.

Resultados: De los pacientes incluidos, la media de edad fue de 68±11 años, con un 69% de género masculino. Un 79% de los pacientes hipertenso, un 46% con diabetes mellitus, un 64% con dislipemia y un 50% con tabaquismo activo. El nivel de LDLc basal al ingreso fue 94,4±52, siendo por grupos de edad de 112±63,3 (<50 años), 98±54,7 (51-65 años), 86±48,2 (66-79 años) y 93±50,8 (>80 años). Del total de pacientes, un 90,4% (198 pacientes) recibió estatinas al alta. El porcentaje de pacientes que recibió estatinas de alta dosis fue del 42% (92 pacientes). Realizando un análisis por grupos de edad se observa que en pacientes <50 años (18 pacientes, 8,2%) el porcentaje de prescripción de estatinas de alta dosis fue del 44,4%, mientras que en los grupos entre 51-65 años (73 pacientes, 33,3%) y 66-79 años (86 pacientes, 39,25%) se alcanza hasta el 46% y 44%, respectivamente. En el grupo de pacientes >80 años (41 pacientes, 18,7%) el porcentaje de prescripción de estatina de alta dosis fue del 29%.

Conclusiones: A pesar de lo que indican las guías de práctica clínica, la prescripción de estatinas de alta dosis tras un síndrome coronario agudo en vida real sigue siendo subóptima, sobre todo a expensas de pacientes con mayor edad.

548/106. ANEMIZACIÓN POR SANGRADO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA

Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Macarena Cano García, Manuel de Mora Martín y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Es conocida la relación entre la estenosis aórtica severa (EAoS) y la mayor prevalencia de

sangrado, sobre todo a nivel gastrointestinal. Realizamos un estudio descriptivo acerca de este hecho en pacientes donde el tratamiento de elección es una prótesis aórtica percutánea (TAVI).

Métodos: Analizamos 86 pacientes con EAoS desde 2015 a 2019. Estudiamos los episodios de sangrado mayor o menor no atribuibles a otras causas los 12 meses previos a la intervención y después de la misma. A su vez, hemos analizado la relación entre los episodios de sangrado y la toma de antiagregantes o anticoagulantes orales previamente a la misma.

Resultados: Incluimos 30 mujeres y 56 hombres, media de edad 86 años. La prevalencia de sangrado 12 meses antes del implante de TAVI fue del 20% (76,5% sangrado gastrointestinal). En los 12 meses posteriores, la prevalencia fue únicamente del 5,9% (65% sangrado gastrointestinal). De los episodios de sangrado, un 55,9% fueron sangrado mayor definido por inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión. En último lugar la influencia de antiagregación o anticoagulación oral (ACO) previa al implante de TAVI y posteriormente respecto a episodios de sangrado no fue estadísticamente significativa ($p < 0,06$ para ACO y $p < 0,652$ para antiagregación).

Conclusiones: Además de objetivar una prevalencia de sangrado pretratamiento sustitutivo similar a otros estudios, la baja tasa de sangrado postintervención sugiere que dichos episodios guardan relación con la valvulopatía de base, independientemente de la toma de ACO o antiagregación. Dicho fenómeno ha sido ampliamente descrito en la literatura en el recambio valvular aórtico quirúrgico, pero no percutáneo.

548/107. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE NUESTRO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Juan Luis Domínguez Cano,
María de Regla Caballero Valderrama,
Carlos Millán Rodríguez, Ignacio Sáinz Hidalgo
y Jesús Vallejo Carmona

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Se conocen bien los beneficios de los programas de rehabilitación cardiaca (PRC) en pacientes con cardiopatía isquémica. Pretendemos evaluar la tasa de reingresos y mortalidad a largo plazo tras completar un PRC, y establecer la relación de la tasa de recuperación de frecuencia cardiaca (TRFC) con dichos resultados en nuestra muestra.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. La muestra es de 213 pacientes incluidos en PRC durante los años 2009-2010. Se han recogido y analizado variables clínicas y funcionales de los pacientes.

Resultados: El 91,1% de los pacientes eran varones, la edad media fue de 54 ± 9 años (54,5% hipertensos, 43,2% dislipémicos, 23,5% diabéticos y 52,6% fumadores). La cardiopatía isquémica fue en el 99,5% el motivo de inclusión en el PRC (8% *angor* estable, 19,2% *angor* inestable, 17,4% IAMSEST y 54,5% IAMCEST). En el seguimiento, el 96% permanecía en clase I de la NYHA y el 69,5% no presentaba *angor*. El 22,5% reingresó por causa cardiovascular y la mortalidad fue del 3,3% (29% por causa cardíaca). Una menor TRFC en la ergometría final y una peor clase funcional NYHA fueron predictores de mayor mortalidad global ($p = 0,021$ y $0,012$).

Conclusiones: En un seguimiento a 10-11 años, las tasas de hospitalización por causa cardíaca y de mortalidad de nuestros pacientes son bajas. Una baja TRFC en ergometría final así como una peor clase funcional se asoció a peor pronóstico en términos de mortalidad global a largo plazo. Estos resultados son similares a lo descrito en estudios previos.

548/108. VALOR DE LA GAMMAGRAFÍA CON ^{99m}Tc -DPD EN EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDÍACA

Carmen González de la Portilla-Concha, Yiraldine Herrera,
Alba Abril Molina, Julia Rodríguez Ortuño,
Joaquín Ruiz Franco-Baux y Agustín Guisado Rasco

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de amiloidosis cardiaca (AC) sigue siendo un reto dada la heterogeneidad clínica en etapas precoces donde aún podemos modificar el curso de la enfermedad, marcado principalmente por dicha afectación cardiaca. En este estudio pretendemos evaluar el valor diagnóstico en la AC de la gammagrafía con ^{99m}Tc -ácido 3,3-difosfono-1,2-propanodicarboxílico (^{99m}Tc -DPD).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes con sospecha de AC que se realizan gammagrafía- ^{99m}Tc -DPD (positiva si captación de grado 2-3/3 según puntuación de Perugini) y proteinograma, siguiendo el algoritmo de Gillmore. Se recogen características basales, manifestaciones clínicas, estudio diagnóstico y seguimiento.

Resultados: Se estudian 30 pacientes con sospecha de AC (edad media $71 \pm 11,4$ años, 50% varones). El 70% presenta clínica cardiológica, siendo la más frecuente la insuficiencia cardíaca (36.7%), y clínica extracardiaca el 20%. El 57.7% presenta FEVI conservada ($56 \pm 8\%$) siendo la hipertrofia ventricular y la disfunción diastólica hallazgos prevalentes (78 y 80%, respectivamente). Siete estudios gammagráficos son positivos (23.3%). Dos de ellos con cadenas ligeras en suero, confirmando histológicamente en uno de ellos amiloidosis AL. El resto no presentan picos monoclonales y/o cadenas ligeras en suero/orina, confirmando AC tipo transtiretina (TTR) en todos mediante otras técnicas: tres con estudio genético positivo, uno con confirmación histológica y otro con resonancia cardiaca compatible con AC. Tres pacientes fallecieron (10%), uno de ellos por causa CV (insuficiencia cardíaca).

Conclusiones: La gammagrafía- ^{99m}Tc -DPD positiva en ausencia de proteínas monoclonales y cadenas ligeras en suero/orina permite el diagnóstico precoz de AC tipo TTR, sin necesidad de confirmación histológica, permitiendo inicio de tratamiento en fases iniciales de la enfermedad.

548/110. FIBRILACIÓN AURICULAR Y PRONÓSTICO TRAS EL IMPLANTE PERCUTÁNEO DE VÁLVULA AÓRTICA

Julia Rodríguez Ortuño¹, Carlos Palacios Castelló¹,
Rodrigo Ariel di Massa², Flavio di Lella¹, Alba Abril Molina¹,
Mónica Fernández Quero¹, Luis Salvador Díaz de la Llera¹,
Agustín Guisado Rasco¹, Manuel Villa Gil Ortega¹
y Jose María Cubero Gómez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Río Tinto, Huelva.

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) es un factor de riesgo de peor pronóstico y mortalidad. En pacientes con estenosis aórtica severa (EAs), la prevalencia de FA es considerablemente mayor que en la población general. Objetivo: Valorar si la presencia de FA previa condiciona un peor pronóstico en los pacientes que se someten al implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo en el que se comparó mortalidad, reingresos y clase funcional en pacientes con EAs sometidos a TAVI, en relación con la presencia de FA (entre 2010 y 2018).

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (62,4% mujeres) con EAs sometidos a TAVI; 83 de los pacientes (40,5%) presentaban FA previa. Al comparar los 2 grupos de pacientes (FA vs. no FA),

no se observaron diferencias en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo) y tampoco en cardiopatía isquémica previa y disfunción ventricular (<50%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de FA y peor clase funcional (NYHA III-IV) previo (84,3% vs. 71,3%; $p=0,031$) y posteriormente al procedimiento (38,5% vs. 24,2%; $p=0,032$), así como en mortalidad de causa cardiovascular (15,7 vs. 6,6%; $p=0,03$), pero sin diferencias en la mortalidad por todas las causas. No se hallaron diferencias significativas en ninguno de los grupos en la tasa de hemorragia y rehospitalizaciones (p NS). **Conclusiones:** La FA se asoció al riesgo de mortalidad cardiovascular y a la peor clase funcional en el seguimiento.

548/111. UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN FISIOLÓGICA CORONARIA EN LA PRÁCTICA DIARIA: RESULTADOS INMEDIATOS Y A MEDIO PLAZO

Cristina Pericet Rodríguez, Rafael González Manzanares, Nick Iván Paredes Hurtado, Francisco José Hidalgo Lesmes, Juan Carlos Elizalde Joza, Aurora Luque Moreno, Manuel Jesús Oneto, Lucía Carnero Montoro, Ignacio Gallo Fernández y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Objetivos: Analizar la utilidad y eficacia de la evaluación fisiológica de las lesiones coronarias y el uso del software Syncvision en los pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva aquellos pacientes en los que se realizó a criterio del operador evaluación funcional (iFR y/o FFR) y/o uso del software Syncvision para la toma de decisiones en la intervención coronaria percutánea entre enero de 2017 y diciembre de 2019 en nuestro centro.

Resultados: Se realizó evaluación fisiológica en 277 pacientes con un total de 433 lesiones. La presentación clínica fue angina estable en 136 pacientes (49,1%), SCASEST en 110 pacientes (39,7%) y SCAGEST en 31 pacientes (11,2%). El software Syncvision fue utilizado en 155 lesiones (35,8%). Las lesiones evaluadas fueron: lesiones moderadas (240, 55.4%); lesiones largas, secuencias o difusas (116, 26.8%); bifurcaciones para guiar el resultado (51, 11.8%); otras lesiones (26,6%) (reestenosis, 22 lesiones; lesiones en *bypass*, 2 lesiones; estenosis aórtica significativa, 2 lesiones). Se realizó determinación de FFR en 13 lesiones (3%), con un valor medio de $0,80 \pm 0,15$; y de iFR en 427 lesiones (98,6%), con un valor medio de $0,89 \pm 0,12$. Los vasos analizados fueron: DA (180, 41.6%); CD (99, 22.9%); Cx (84, 19.4%); TCI (23, 5.3%); otras (47, 10.9%). Tras un seguimiento medio de 14 ± 8 meses, 13 pacientes (4,7%) presentaron un evento cardíaco adverso grave: 6 pacientes (2,2%) necesitaron revascularización del vaso analizado, 3 (1,1%) tuvieron un infarto agudo de miocardio y 4 presentaron muerte de etiología incierta o cardíaca (1,4%).

Conclusiones: El uso de la evaluación coronaria fisiológica junto al uso del software Syncvision para la toma de decisiones en intervencionismo percutáneo en los diferentes escenarios clínicos y anatómicos parece ser seguro, con un bajo porcentaje de eventos mayores en el seguimiento.

548/112. HEMOGLOBINA GLICADA COMO VALOR PREDICTOR DE ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Ana María García Bellón, Jaime González Lozano y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Realizamos este estudio para determinar la asociación entre Hb1Ac y enfermedad coronaria multivaso en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Métodos: Se incluyeron 324 pacientes con SCAGEST ingresados en nuestro centro desde noviembre de 2016 a diciembre de 2019. Los pacientes fueron clasificados según su concentración de Hb1Ac al ingreso (elevada > 6.5%; normal < 6.5%) independientemente del diagnóstico previo o no de diabetes. La enfermedad coronaria multivaso se evaluó mediante angiografía coronaria invasiva. La asociación entre Hb1Ac y enfermedad coronaria multivaso se evaluó mediante regresión logística.

Resultados: El 39% de los pacientes con SCAGEST tenían Hb1Ac elevada. En un 92,6% de pacientes con antecedentes conocidos, la diabetes tenía Hb1Ac > 6.5%. Aquellos con Hb1Ac > 6.5% tenían mayores probabilidades de padecer enfermedad multivaso en comparación con aquellos con Hb1Ac < 6.5% (OR: 2.15) IC95%: 1.01, 4.55, $p=0,02$.

Conclusiones: Los niveles de Hb1Ac > 6.5% tuvieron una asociación positiva con la enfermedad coronaria multivaso en los pacientes de nuestro estudio.

548/114. EMPLEO DEL BALÓN DE MUY ALTA PRESIÓN OPN NC PTCA EN LESIONES CORONARIAS COMPLEJAS: RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Samuel Ortiz Cruces¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Tobias Rheude², Jessica Roa Garrido¹, Massimiliano Fusaro², Antonio Enrique Gómez Menchero¹, Rosa María Cardenal Piris², Adnan Kastrati² y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Deutsches Herzzentrum, Munich, Alemania.

Introducción y objetivos: El manejo de las lesiones coronarias calcificadas continúa siendo un desafío cuando se realiza angioplastia, con elevada tasa de complicaciones periprocedimiento y eventos adversos a largo plazo. Nuestro objetivo es demostrar la eficacia y seguridad de un balón de muy alta presión llamado OPN NC.

Métodos: Registro multicéntrico que incluye a 392 pacientes (412 lesiones) tratados con el balón OPN NC. Se recogen características y angiográficas incluyendo objetivos de eficacia y seguridad (MACE).

Resultados: La edad media fue de 69 ± 9 años, el 73% fueron varones y un 66% pacientes diabéticos. La forma de presentación clínica más frecuente fue IAMSEST y angina inestable (32.3% y 28.6%, respectivamente). Los tipos de lesiones tratadas con este balón fueron: 62.5% lesiones coronarias severamente calcificadas, 31.6% reestenosis intrastent y 4.5% oclusiones coronarias crónicas. El balón OPN NC se empleó para preparar la lesión en un 64.9%, y para posdilatarse en un 34.3%. Una media de 3.03 balones fueron usados para la predilatación incluyendo en la mayoría de casos (84%) balones no compliantes o de corte previo al uso del balón OPN NC. La eficacia y seguridad del balón OPN NC fue excelente con tasas de éxito angiográficas del 94% sin ninguna complicación fatal intraprocedimiento. La tasa de MACE a 5 años de seguimiento fue del 23,2%.

Conclusiones: El balón de muy alta presión OPN es efectivo y seguro para optimizar la preparación de lesiones en enfermedad arterial coronaria compleja calcificada.

548/115. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Antonio Aurelio Rojas Sánchez, Ana María García Bellón, Patricia Ruiz Martín y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue detectar la prevalencia del perfil anormal de carbohidratos en personas sin diagnóstico previo de DM ingresados por SCA.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Incluimos 782 pacientes (p), 29,6% con DM conocida y 70,4% no tenían alteración HC. Tres meses después del alta, todos fueron reevaluados clínica y analíticamente (Hb1Ac); también se sometieron a test de tolerancia oral a la glucosa (TOG).

Resultados: Analizamos 551 p sin DM conocida. Edad media 68 ± 11 años, Hb1Ac 6,3%, glucosa 112 ± 23 ; 281 p (51%) no tenían enfermedad cardíaca previa y 112 p (20,3%) tenían antecedentes de IAM. ACV previo en 68 p (12,3%) y 88 p (15,9%) tenían antecedentes de enfermedad arterial periférica. La estancia promedio de los pacientes sin DM fue más corta que los pacientes con DM (4 ± 2 días vs. 8 ± 3 , $p < 0,05$); 342 p se sometieron a TOG durante el seguimiento; 154 p (27,9%) desarrollaron DM, 179 p (32,4%) intolerancia oral a la glucosa y en 102 p (18,5%) la respuesta fue normal. En términos de Hb1Ac durante el seguimiento, el promedio fue: $6,8\% \pm 0,6$ en pacientes no DM conocidos, $5,8\% \pm 0,4$ en pacientes con intolerancia a la glucosa y $5,2\% \pm 0,2$ en pacientes sin alteración de la glucemia. Ciento treinta y ocho p. (25%) tuvieron SCA durante el seguimiento, de 66 p (47,8%) fueron DM recientemente diagnosticada; 17 p (12,3%), intolerancia HC y 55 p (39,8%) sin alteraciones HC.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes en nuestra área no estaban diagnosticados de metabolismo anormal de carbohidratos, y desarrollaron más complicaciones cardiovasculares en el seguimiento.

548/116. ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD ASOCIADA A INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Isabel María Jorquera Lozano, Miriam Parra Rubio, Soraya Muñoz Troyano, Félix Valencia Serrano y Ricardo Fajardo Molina

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca es un problema de salud de primera magnitud. Los episodios de descompensación suponen una importante carga asistencial de los servicios implicados en su atención hospitalaria. Conocer los resultados en salud de estos ingresos puede ayudar a planificar de forma adecuada su organización asistencial.

Métodos: Estudio retrospectivo de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca descompensada en un hospital terciario. Análisis de las características clínicas, mortalidad intrahospitalaria y al año, así como los reingresos hospitalarios y consultas en urgencias.

Resultados: En un periodo de 25 meses se produjeron 894 ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca. La edad media de los pacientes fue de 77,6 (11,2) años, con ligero predominio del sexo femenino (57%), e índice de Charlson medio de 5,6 (2,4). El servicio responsable de la asistencia fue en un 21,8% cardiología y en el 72,9% medi-

cina interna. La mortalidad fue del 9,8% durante el ingreso, del 12,2% a los 30 días y del 33,4% al año. El 4,9% de los pacientes reingresó en el hospital en los 30 primeros días tras el alta y el 15% en el primer año. El 63% de los pacientes consultaron al menos 1 vez en urgencias en el primer año tras el alta.

Conclusiones: La insuficiencia cardíaca descompensada se asocia a alta morbilidad, mortalidad y movilización de recursos asistenciales. La organización de su atención requiere el diseño de vías de atención específicas y movilización de recursos que mejoren la atención de estos pacientes y sus resultados en salud.

548/118. INGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD PRECOZ

Elvira Carrión Ríos, Samia Mohand Haddouch, Félix Valencia Serrano, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La descompensación por insuficiencia cardíaca es un modo frecuente de muerte en el paciente con patología cardíaca. La identificación de pacientes con peor pronóstico supone en ocasiones un reto clínico. Nuestro objetivo es analizar las variables que se asocian con un desenlace adverso en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca aguda.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en un hospital terciario. Análisis de factores asociados a muerte intrahospitalaria y en los 30 primeros días tras ingreso por insuficiencia cardíaca descompensada.

Resultados: Durante un periodo de 25 meses se produjeron 894 ingresos hospitalarios con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca. Se produjeron 110 muertes durante el ingreso o en los 30 primeros días tras el alta. Una mayor edad ($p < 0,01$), un índice de Charlson mayor ($p < 0,05$), niveles elevados de NTproBNP ($p < 0,01$), la presencia de congestión ($p < 0,05$) y menores valores de PAS, PAD, Hb y creatinina (todos $p < 0,01$) se asociaron con mayor riesgo de morir en el periodo estudiado. En el análisis multivariante de regresión logística la edad, la Hb al ingreso y la función renal se asociaron de forma independiente con el riesgo de muerte.

Conclusiones: El ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca se asocia con un riesgo de muerte relevante durante el propio ingreso y tras el alta. Conocer los factores asociados al riesgo de muerte puede ayudar a mejorar la atención de estos pacientes.

548/119. EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN HEART TEAM VIRTUAL EN CENTROS SIN CIRUGÍA CARDIACA

Isabel María Jorquera Lozano, Elvira Carrión Ríos, Regina Ibáñez Leal, Félix Valencia Serrano, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El *heart team*, grupo de expertos que incluye cirujanos cardíacos, es el *gold standard* para la toma de decisiones en patología cardíaca compleja. Cómo ofrecer esta herramienta a pacientes complejos en centros sin cirugía no está resuelto. Nuestro objetivo es describir el establecimiento

de un HT virtual provincial de servicios de cardiología sin cirugía con la participación del centro de referencia quirúrgico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo del establecimiento de un HT virtual mediante sesiones semanales simultáneas telemáticas de vídeo y audio por tres servicios de cardiología sin cirugía y el servicio de cirugía del centro de referencia. Se describen las características de los pacientes, su mortalidad y reingresos a 30 días.

Resultados: Se discutieron 178 pacientes en un periodo de 1 año. El 81,4% eran mujeres con edad media de 68.83 años, patología predominante (82%) valvular (78,6% aórtica, 27,6% mitral y 7,6% ambas), seguida de coronaria (27%) y congénita (9%). En dos tercios de los casos la decisión incluyó intervención quirúrgica. La mortalidad perioperatoria de los pacientes discutidos fue de un 4,5% y la tasa de reingresos del 7,3%. Hubo asociación significativa entre la mortalidad perioperatoria y un score de riesgo elevado ($p < 0,001$).

Conclusiones: El establecimiento de un HT virtual puede ofrecer el patrón de referencia en la toma de decisiones para el paciente con patología cardíaca compleja en centros de cardiología sin cirugía cardíaca.

548/121. UTILIDAD DE LA EFICIENCIA VENTILATORIA EN LA ERGOESPIROMETRÍA COMO PREDICTOR DE REHOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)

Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Marahoui, María Rosa Fernández Olmo, Miriam Padilla Pérez, Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llergo

Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Las guías de práctica clínica identifican al consumo pico de oxígeno ($VO_{2\text{máx}}$) y los parámetros de eficiencia ventilatoria como principales predictores de la ergoespirometría de eventos adversos en IC. Objetivo: estimar la utilidad pronóstica de la ergoespirometría en la predicción de reingresos por IC en una cohorte de pacientes con IC con fracción de eyección reducida (FER).

Métodos: Estudio prospectivo, analítico, monocéntrico, de pacientes ambulatorios evaluados en una unidad de IC. Se comparó mediante análisis univariante reingresos por IC y mortalidad cardiovascular (MCV) en pacientes con $VO_{2\text{máx}}$ mayor y menor de 10 ml/kg/min. Mediante regresión logística se determinaron predictores clínicos y ergoespirométricos de rehospitalización por IC (reHIC).

Resultados: 127 pacientes incluidos. Los pacientes con $VO_{2\text{máx}} < 10$ ml/kg/min ($n=27$) eran mayores (63.89 ± 8.13 vs. 57.78 ± 10.13 ; $p=0.005$), presentaban mayor proporción de IAM previo (48,1 vs. 20%; $p=0.003$), clase funcional III-IV NYHA (33,3 vs. 14%; $p=0.02$), peor equivalente ventilatorio del CO_2 (VE/VCO₂ slope; $42.63 \pm 10,31$ vs. $34.43 \pm 6,45$; $p < 0,001$) y menor proporción de pruebas con esfuerzo máximo ($RER > 1.1$; 24 vs. 45.7%; $p=0.05$), sin diferencias farmacológicas. Los pacientes con $VO_{2\text{máx}} < 10$ ml/kg/min presentaron, durante el seguimiento, mayor proporción de reHIC (25,9 vs. 4%; $p < 0,001$) y MCV (18,5% vs. 1%; $p < 0,001$). Tras el análisis multivariante, los únicos predictores independientes de reHIC fueron la clase funcional III-IV NYHA (OR 325, IC 3,98-26576; $p < 0,001$) y el VE/VCO₂ slope (OR 1,31, IC 1,046-1,65; $p=0,001$).

Conclusiones: en pacientes con ICFER, una baja eficiencia ventilatoria en la ergoespirometría o una clase funcional NYHA más avanzada puede identificar un mayor riesgo de reHIC, pudiendo ser independiente del $VO_{2\text{máx}}$.

548/122. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS RESULTADOS A MUY LARGO PLAZO DEL USO DE DISPOSITIVOS EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA

M. Carmen Durán Torralba, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, Daniel Pastor Wulf, Jorge Perea Armijo, Cristina Pericet Rodríguez, Rafael González Manzanares, Martín Ruiz Ortiz y Dolores Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: TRC y DAI han demostrado mejoría en supervivencia y rehospitalizaciones por IC a medio plazo. Objetivo: Analizar el impacto pronóstico del uso de dispositivos en la disfunción de VI severa según el género.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo con pacientes consecutivos con ingreso por IC y FE reducida, entre enero de 2002 y diciembre de 2008. Se compararon características clínicas y MACE entre mujeres (M) y hombres (V).

Resultados: De 157 pacientes: 114 hombres y 43 mujeres. Sin diferencias en edad, FRCV, FA o BRI. Mayor etiología no isquémica en M (83% vs. 40% V, $p < 0,05$). M recibieron TRC (46% vs. 21% V; $p < 0,05$) y menos TRC-D (27% vs. 50% V). Porcentaje sin dispositivo similar en ambos (25% vs. 27%). Seguimiento medio: 89 ± 59 meses. La supervivencia global menor en V, aunque no significativa (28,3% frente a 40%, $p=0,066$). No hubo diferencias significativas en la supervivencia en V según el dispositivo: tratamiento médico 18.7%, CRT 18.7% y CRT-D 19.7% ($p=0.11$, ns). La supervivencia en M fue significativamente mayor en CRT y CRT-D (47,8% y 64,3%) que sin dispositivo (18,2%, $p=0,022$). No hubo diferencias en ingresos IC, entre V y M. La tasa de reingresos fue menor en pacientes con CRT o CRT-D.

Conclusiones: Existe una menor prevalencia de cardiopatía isquémica en las mujeres. La terapia con CRT y/o CRT-D se asoció con una mayor supervivencia a largo plazo solo en mujeres.

548/124. CORRELACIÓN GUÍA DE PRESIÓN: DP/DR Y FFR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Carlos Lara García, Macarena Cano García, Luz Divina Muñoz Jiménez, Carlos Sánchez González, Daniel Prieto Toro, Antonio Aurelio Sanchez Rojas y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Con la guía de presión podemos evaluar la repercusión funcional de las lesiones coronarias, especialmente en lesiones dudosas/moderadas. EL FFR, con un valor de corte $< 0,80$, tiene su eficacia más que demostrada, con el inconveniente de tener que emplear adenosina. Disponemos de parámetros de valoración funcional diastólicos que no requieren adenosina, como el DP/DR, mediante el uso de guía presión Cardiva OptoWire, valor de corte $< 0,90$. Objetivo: Evaluar la correlación y validez del empleo del DP/DR en relación con el FFR.

Métodos: Análisis retrospectivo de 20 casos donde se muestran lesiones coronarias intermedias/moderadas por angiografía. La indicación más habitual fue el estudio de dolor torácico ambulatorio con presencia de lesiones moderadas. Perfil de los pacientes: 75% hombres/25% mujeres. Media de edad, 68 años. Un 77% HTA, 34% DM, 44% DL, 12% AP C. isquémica. Arterias interrogadas: 42% descendente anterior, 24% circunfleja 34%. Se llevan a cabo dos mediciones de DP/DR y otras dos de FFR (300 mg de adenosina intracoronaria), con objetivo de evaluar la correlación. Si discordancia, se considera superior el FFR para la toma de decisión.

Resultados: Se observó positividad del estudio en 10/20 casos. La media de Dp/Dr fue de 0.87; la de FFR fue 0.79. Correlación entre ambos parámetros en 18/20 casos (90%). Cuatro casos de mala tolerancia a la adenosina; náuseas, mareos sudoración y bradicardia transitoria.

Conclusiones: Los índices de valoración funcional como el Dp/Dr muestran una gran correlación con el FFR, por lo que su uso puede extenderse, obviando la necesidad de infusión de adenosina en un gran número de casos.

548/127. VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA INCLUIDOS EN UN ENSAYO CLÍNICO SOBRE EJERCICIO FÍSICO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Raúl Reyes Parrilla¹, José Antonio Aparicio Gómez¹, Carlos Federico Gómez Navarro¹, Jesús Aceituno Cubero¹ y Enrique García Artero²

¹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²SPORT Research Group y Centro de Investigación CERNEP, Universidad de Almería.

Introducción y objetivos: La obesidad se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular, aumenta la morbimortalidad y el gasto sanitario. Conocemos los beneficios en la salud cardiovascular de la pérdida de peso intensa tras cirugía bariátrica (CB), pero no existen datos de la influencia de un programa supervisado de ejercicio físico en posibles mejoras adicionales.

Métodos: El ensayo controlado aleatorizado EFIBAR (ClinicalTrials.gov: NCT03497546) prevé reclutar 80 pacientes intervenidos de CB, aleatorizándolos 1:1 a un grupo de ejercicio físico supervisado durante 16 semanas o un grupo control con cuidados habituales, y evaluará resultados a 4 y 12 meses. Analizamos las características basales de los primeros 40 pacientes consecutivos incluidos. Se evaluaron parámetros ecocardiográficos y realizaron ergometría precirugía para la valoración de la capacidad funcional.

Resultados: La edad media fue 43.6 años con IMC medio de 47.3 kg/m². Predominan las mujeres (67.5%). La FEVI fue normal en todos los casos, aunque un 34% presentó disfunción diastólica. Existe tendencia a un remodelado concéntrico (grosor parietal relativo medio 0,47; Masa/SC media 73,7 g/m²). Destaca la normalidad clínica y eléctrica de la ergometría en todos y una baja capacidad funcional para su edad (duración media ejercicio: 4.35 min; VO₂máx estimado: 5.1 METS).

Conclusiones: Observamos, en esta muestra de pacientes, adaptaciones a nivel estructural (remodelado concéntrico, disfunción diastólica) y clínico (baja capacidad funcional) como consecuencia de su obesidad mórbida, que suponen una desviación de valores normales de población sana y que son precursores de futura patología cardiovascular.

548/128. IMPACTO PRONÓSTICO A MUY LARGO PLAZO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

M. Carmen Durán Torralba, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, Daniel Pastor Wulf, Jorge Perea Armijo, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra, Martín Ruiz Ortiz y Dolores Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La TRC ha demostrado mejoría en supervivencia y rehospitalizaciones por IC a medio plazo.

Objetivo: Analizar, a muy largo plazo, los resultados de pacientes que recibieron TRC y comparar su impacto pronóstico entre respondedores (R) y no respondedores (NR).

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo que incluyó 157 pacientes consecutivos con ingreso por IC con FE reducida, entre enero de 2002 y diciembre de 2008. Se consideró R si experimentó un incremento del 5% de la FE, una reducción del VTSVI en 15% y mejoría del grado funcional. Se compararon características clínicas y resultado: muerte, trasplante e ingreso por IC, entre R y NR.

Resultados: Incluimos 157 pacientes: 42 (27%) sin dispositivo por respuesta al tratamiento médico (TM), 45 (28%) con TRC y 70 (45%) TRC-D. Edad media 61 ± 10 años, 28% mujeres, FE 24 ± 7%, anchura QRS 149 ± 27 mseg. No hubo diferencias en las características basales entre los 3 grupos y solo se observó una anchura QRS menor en pacientes de TM: [133 ± 19 mseg vs. 155 ± 30 mseg (TRC) vs. 154 ± 39 mseg (TRC-DAI), *p* < 0,05]. Seguimiento medio de 85 ± 35 meses. La supervivencia global fue mayor en los R (20% frente a 13% NR a 11% TM, *p* < 0,05). La supervivencia libre de reingresos por IC fue mayor en los R sin diferencias entre NR y TM (56% frente a 18% frente a 14%, *p* < 0,05).

Conclusiones: Los beneficios de TRC en respondedores se mantiene a muy largo plazo, sin diferencias entre NR y TM.

548/130. EMBOLIA CORONARIA, OTRO DESCONOCIDO. CARACTERÍSTICAS BASALES, FORMA DE PRESENTACIÓN Y MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Jesús Carmona Carmona, Iria Ruth Martínez Primoy, Tania Seoane García, Diego Félix Arroyo Moñino, Néstor García González y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El embolismo coronario (EC) es una causa heterogénea e infrecuente de síndrome coronario agudo (SCA), con evidencia limitada extraída de pequeñas series de casos y que supone un reto diagnóstico angiográfico y etiológico. Nuestro trabajo evalúa las características clínicas, manejo y pronóstico intrahospitalario de pacientes diagnosticados de EC.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que analiza los pacientes ingresados en nuestro servicio entre julio de 2011 y febrero de 2020 por SCA y diagnóstico de EC (National Cerebral and Cardiovascular Center).

Resultados: De 34 pacientes, el 76.5% eran mujeres. La edad media al ingreso fue de 71.53 ± 13.6 años con SCACEST (67.6%) como presentación más frecuente. El 33.3% presentaba antecedente de fibrilación auricular (FA), y de estos, un 54.5% no estaba anticoagulado. La mayoría (79.4%) no tenía predisponente embolígeno. La etiología más frecuente fue la FA (50%, 11.8% *de novo*). Dos casos ocurrieron en pacientes con trombofilia, dos asociados a valvulopatía o prótesis mecánica mitral o aórtica y una embolia séptica. El vaso más afectado fue la arteria descendente anterior (50%), y el tratamiento conservador e implante de *stent* fueron las estrategias más frecuentes (35.3% ambos), tromboaspiración única en un 17.6% de los casos. Al alta, la mayoría recibía tratamiento antiagregante y anticoagulante (58.8%), solo anticoagulación en el 5.9%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8.8% (1 parada cardiopulmonar como presentación).

Conclusiones: La EC es una entidad de relevancia clínica, más frecuente en mujeres y cuyo factor de riesgo principal es la FA. En un porcentaje considerable no se llega a diagnóstico etiológico y el tratamiento está sujeto a la elección del cardiólogo intervencionista.

548/131. ¿USAMOS ADECUADAMENTE LOS ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y FA NO VALVULAR? DATOS DEL REGISTRO REFLEJA

Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Marahoui, María Rosa Fernández Olmo, Miguel Puentes Chiachio, Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llergo

Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La insuficiencia renal crónica (IRC) se identifica como un factor limitante en el uso de ACOD en pacientes con FANV. Evaluar la proporción de pacientes con FG < 60 ml/min tratados con ACOD en un registro de vida real y la adecuación de su dosificación.

Métodos: Registro prospectivo unicéntrico de pacientes evaluados entre octubre de 2017 y octubre de 2018. Se comparó el número de pacientes bajo tratamiento con ACOD, dosis reducidas y adecuación de dosis reducidas frente a pacientes con FG normal.

Resultados: De la cohorte total (n = 1337), el 34% (458) presentó un FG < 60 ml/min. Entre los pacientes con IRC, hubo más mujeres (58.3 vs. 40.5; $p < 0.001$), eran mayores ($79,4 \pm 8,1$ vs $71,4 \pm 11,6$ años; $p < 0,001$), más anemia (30.3 vs. 11; $p < 0,001$) e IC (29.9 vs. 17%; $p < 0,001$), sin diferencias en los episodios hemorrágicos mayores (5 vs. 3.5%; $p = 0.18$) ni embólicos isquémicos (8.3 vs. 9.1%; $p = 0.62$). El riesgo hemorrágico e isquémico evaluados con escala HAS-BLED > 2 (40.8 vs. 24.1; $p < 0.001$) y CHA2DS-VASc ≥ 2 (97.4 vs. 80.9%; $p < 0.001$) fueron superiores, al igual que la proporción de ACO total (94.3 vs. 91.6%; $p = 0.07$). El uso de ACOD fue inferior (58.2 vs. 72.8%; $p < 0.001$) sin diferencias entre los diferentes ACOD salvo dabigatrán donde fue menor (7 vs. 19%; $p < 0.001$). Las dosis reducidas de ACOD fueron superiores (15.1 vs. 5.7%; $p < 0.001$), con una sobredosificación evidente (52.6 vs. 0.1%; $p < 0.001$) aunque sin diferencias en la infradosificación (7.2 vs. 5.8%; $p = 0.31$).

Conclusiones: En este registro de vida real, el uso de ACOD entre pacientes con IRC es alto, con un uso mayor y adecuado de dosis bajas. Una gran proporción de pacientes recibieron una sobredosificación de ACOD.

548/132. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ACCESO ARTERIAL RADIAL DISTAL EN LA PRÁCTICA DIARIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Raúl Reyes Parrilla, Elvira Carrión Ríos, Félix Valencia Serrano, Fabiola Nicolás Cañadas e Isabel María Jorquera Lozano

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La vía radial es el acceso de referencia para la mayoría de procedimientos percutáneos coronarios. La descripción reciente del acceso distal a nivel de la tabaquera anatómica puede ofrecer ventajas ergonómicas y multiplica las opciones de acceso radial. Su eficacia y seguridad en el día a día está por determinar.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie de 173 pacientes con acceso radial distal. Se describen características clínicas, del procedimiento y presencia de complicaciones.

Resultados: En el 50,9%, el acceso radial distal fue derecho; en el resto, izquierdo. El éxito inicial de la punción se consiguió en la mayoría de pacientes (>95%). La coronariografía se realizó por síndrome coronario agudo (44,8%), angina crónica estable (30,2%), seguida de patología valvular (18,6%). La edad media de fue de 63,4 años, predominando el sexo masculino (72,3%). Se realizó angioplastia coronaria en el 40% de los casos, incluyendo procedimientos de ACTP primaria, recanali-

zación de oclusiones crónicas e intervención sobre *bypass* previo. Aparecieron complicaciones relacionadas con el acceso vascular en 4 casos: hematoma en miembro superior (2), espasmo radial (1) y accidente isquémico transitorio (1).

Conclusiones: El acceso radial distal es una alternativa eficaz y segura para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos coronarios en el día a día.

548/133. ¿HACEMOS UNA CORRECTA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CUANTO A CONTROL LIPÍDICO EN C. ISQUÉMICA?

Carlos Lara García, Alicia Moreno Ortiz, Ana María García Bellón, Macarena Cano García, Joaquín Alberto Cano Nieto, Daniel Prieto Toro, Antonio Aurelio Rojas Sánchez y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Es fundamental el control del LDL en la cardiopatía isquémica. Disponemos de un gran arsenal para su control; estatinas, ezetimibe y los IPCSK9. Análisis retrospectivo del tratamiento hipolipemiente al año en pacientes con un infarto agudo de miocardio (con/sin elevación ST) o revascularización percutánea, en el primer semestre del año 2018.

Métodos: Análisis retrospectivo del tratamiento hipolipemiente en pacientes con IAM -158 pacientes- o revascularización percutánea -47 pacientes- en el primer semestre del año 2018. Tratamiento: tipo de estatinas (potencia). Ezetimibe. IPCSK9. Niveles de LDL y relación con el tratamiento.

Resultados: 205 pacientes: Estatinas: 11 sin estatinas, 13 estatinas de baja potencia, 68 estatinas de media potencia, 113 de estatinas alta potencia. Ezetimibe: 169 sin/36 con. IPCSK9, 12. LDL: >70 mg/dl: 91, >100 mg/dl: 16. LDL y tratamiento: > 70 mg/dl: 91; estatinas dosis altas 30, estatinas dosis altas + ezetimibe 9, estatinas dosis altas + iPCSK9 0, estatinas dosis altas + ezetimibe + iPCSK9 0; >100 mg/dl: 16; estatinas dosis altas 5, estatinas dosis altas + ezetimibe 3, estatinas dosis altas + iPCSK9 0, estatinas dosis altas + ezetimibe + iPCSK9 4, IPCSK9 2.

Conclusiones: La gran mayoría recibe estatinas a dosis altas al año, aunque entre un 15 y un 20% reciben dosis más bajas o ninguna. Solo un 15-20% de pacientes reciben ezetimibe y el uso de antiPCSK9 es testimonial. Un 50% presenta niveles de LDL > 70 al año. Con las nuevas recomendaciones LDL < 55 debemos ser más agresivos en el tratamiento hipolipemiente desde fases iniciales.

548/135. CARACTERIZACIÓN Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON AMILOIDOSIS CARDIACA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cristina Pericet Rodríguez, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Mónica Delgado Ortega, Dolores Mesa Rubio, Ignacio Gallo Fernández, Roberto Maza Muret, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardíaca es una rara enfermedad infiltrativa que frecuentemente cursa con la aparición de arritmias y trastornos de la conducción, especialmente fibrilación auricular. El objetivo del estudio fue definir las características electrocardiográficas basales de una población con amiloidosis cardíaca en nuestro hospital.

Métodos: Estudio ambispectivo realizado entre enero de 2013 y febrero de 2020 que recoge las características electrocardiográficas basales de los pacientes con diagnóstico de amiloidosis cardiaca.

Resultados: 32 pacientes fueron incluidos, con una edad media al diagnóstico de 71 ± 11 años. El 66% eran varones. Fueron diagnosticados de amiloidosis AL 14 pacientes, y 18 de amiloidosis TTR. En el momento del diagnóstico, 23 pacientes (72%) se encontraban en ritmo sinusal, 9 (28%) presentaban FA y 10 desarrollaron FA durante el seguimiento. Se objetivó patrón de pseudoinfarto en 22 pacientes (82%); bajo voltaje en 11 (41%); HVI en 8 (31%); bloqueo completo de rama en 7 [BCRIHH 4 (15%); BCRDHH 3 (11%)]. El desarrollo de FA durante el seguimiento, el bajo voltaje o la presencia de hipertrofia no se relacionaron con la supervivencia ni con el tiempo libre de reingresos hospitalarios. La presencia de FA al diagnóstico mostraba tendencia a la significación en cuanto al tiempo de supervivencia ($p=0,061$). El patrón de pseudoinfarto se relacionó con una mayor supervivencia desde el inicio de los síntomas [81 ± 19 meses y 8 ± 4 meses, respectivamente ($p=0.005$)].

Conclusiones: Los pacientes con amiloidosis cardiaca presentan hasta en el 90% de los casos alteraciones electrocardiográficas basales, siendo las más frecuentes el patrón de pseudoinfarto y el bajo voltaje. La presencia de FA al diagnóstico supone un factor de mal pronóstico.

548/136. EMBOLIA CORONARIA, OTRO DESCONOCIDO. CARACTERÍSTICAS BASALES, FORMA DE PRESENTACIÓN Y MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Jesús Carmona Carmona, Iria Ruth Martínez Primoy, Tania Seoane García, Diego Félix Arroyo Moñino, Beatriz Lorenzo López y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El embolismo coronario (EC) es una causa heterogénea e infrecuente de síndrome coronario agudo (SCA), con evidencia limitada extraída de pequeñas series de casos y que supone un reto diagnóstico angiográfico y etiológico. Nuestro trabajo evalúa las características clínicas, manejo y pronóstico intrahospitalario de pacientes diagnosticados de EC.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que analiza los pacientes ingresados en nuestro servicio entre julio del 2011 y febrero del 2020 por SCA y diagnóstico de EC (National Cerebral and Cardiovascular Center).

Resultados: De 34 pacientes, el 76.5% eran mujeres. La edad media al ingreso fue de 71.53 ± 13.6 años con SCACEST (67.6%) como presentación más frecuente. El 33.3% presentaba antecedente de fibrilación auricular (FA), y de estos, un 54.5% no estaba anticoagulado. La mayoría (79.4%) no tenía predisponente embolígeno. La etiología más frecuente fue la FA (50%, 11.8% de novo). Dos casos ocurrieron en pacientes con trombofilia, dos asociados a valvulopatía o prótesis mecánica mitral o aórtica, una embolia séptica. El vaso más afectado fue la arteria descendente anterior (50%), y el tratamiento conservador e implante de *stent* fueron las estrategias más frecuentes (35.3% ambos); tromboaspiración única en un 17.6% de los casos. Al alta, la mayoría recibían tratamiento antiagregante y anticoagulante (58.8%), solo anticoagulación en el 5.9%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8.8% (1 parada cardiorrespiratoria como presentación).

Conclusiones: La EC es una entidad de relevancia clínica, más frecuente en mujeres y cuyo factor de riesgo principal es la FA. En un porcentaje considerable no se llega a diagnóstico etiológico y el tratamiento está sujeto a la elección del cardiólogo intervencionista.

548/138. VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA INCLUIDOS EN UN ENSAYO CLÍNICO SOBRE EJERCICIO FÍSICO TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Raúl Reyes Parrilla¹, Jose Antonio Aparicio Gómez¹, Carlos Federico Gómez Navarro¹, Jesús Aceituno Cubero¹ y Enrique García Artero²

¹Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²SPORT Research Group y Centro de Investigación CERNEP, Universidad de Almería.

Introducción y objetivos: La obesidad se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular, aumenta la morbimortalidad y el gasto sanitario. Conocemos los beneficios en la salud cardiovascular de la pérdida de peso intensa tras cirugía bariátrica (CB), pero no existen datos de la influencia de un programa supervisado de ejercicio físico en posibles mejoras adicionales. **Métodos:** El ensayo controlado aleatorizado EFIBAR (ClinicalTrials.gov: NCT03497546) prevé reclutar 80 pacientes intervenidos de CB, aleatorizándolos 1:1 a un grupo de ejercicio físico supervisado durante 16 semanas o un grupo control con cuidados habituales, y evaluará resultados a 4 y 12 meses. Analizamos las características basales de los primeros 40 pacientes consecutivos incluidos. Se evaluaron parámetros ecocardiográficos y realizaron ergometría precirugía para la valoración de la capacidad funcional.

Resultados: La edad media fue 43.6 años con IMC medio de 47.3 kg/m^2 . Predominan las mujeres (67.5%). La FEVI fue normal en todos los casos, aunque un 34% presentó disfunción diastólica. Existe tendencia a un remodelado concéntrico (grosor parietal relativo medio 0,47; Masa/SC media $73,7 \text{ g/m}^2$). Destaca la normalidad clínica y eléctrica de la ergometría en todos y una baja capacidad funcional para su edad (duración media ejercicio: 4.35 min; VO_2 máx estimado: 5.1 METS).

Conclusiones: Observamos en esta muestra de pacientes adaptaciones a nivel estructural (remodelado concéntrico, disfunción diastólica) y clínico (baja capacidad funcional) como consecuencia de su obesidad mórbida, que suponen una desviación de valores normales de población sana y que son precursores de futura patología cardiovascular.

548/139. INCIDENCIA Y RELACIÓN ENTRE LOS ELECTROGRAMAS AURICULARES RÁPIDOS Y LA APNEA DEL SUEÑO DETECTADOS POR MARCAPASOS

Manuel Frutos López, Carlos Anaya Quesada, Eduardo Arana-Rueda, Juan Acosta, Carmen Nieto-Aguilar, Ana Campos-Pareja, Lorena García-Riesco y Alonso Pedrote Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La apnea del sueño (SAHS) predispone a fibrilación auricular (FA). Algunos marcapasos (MP) recogen datos que permiten sospechar el diagnóstico de SAHS y electrogramas auriculares rápidos (AHRE) que se asocian a FA clínica. **Objetivos.** Determinar la incidencia del SAHS y AHRE detectados por MP, la correlación entre ambos y sus factores predisponentes.

Métodos: Analizamos 91 pacientes en seguimiento rutinario de MP bicamerales, sin antecedentes de SAHS ni FA clínica. Definimos SAHS detectado por el MP como la presencia de un índice de trastornos respiratorios > 20 por hora, siendo severo cuando ocurre más del 75% de las noches. Se definen AHRE significativos aquellos de más de 6 horas de duración o varios episodios con un acumulado de 10 horas en un mes.

Resultados: La edad media fue de $75,3 \pm 8,5$ años, el 56% varones. El motivo de implante fue el bloqueo auriculoventricular en el 74,7%. La detección de SAHS fue del 65,9%, severo en el 35,3% de los pacientes. En $35,2 \pm 21,5$ meses, un 23,1% presentaron AHRE significativos. No encontramos factores relacionados con el diagnóstico de SAHS, incluida la obesidad ($p=0,59$). Solo la presencia de SAHS se relacionaba con una mayor incidencia de AHRE (30% vs. 9,8%, $p=0,036$), así como la dilatación auricular izquierda (16% vs. 46,2%, $p=10,03$). No existían diferencias significativas en la presencia de dilatación auricular izquierda entre los pacientes con o sin SAHS (9,5% vs. 26,2%, $p=0,18$).

Conclusiones: La detección de SAHS por MP es frecuente y se asocia a una mayor incidencia de arritmias auriculares relacionadas con la FA clínica.

548/142. DIFERENCIAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE SUSTITUCIÓN VALVULAR AÓRTICA Y RESULTADOS SEGÚN TIPO DE PROTESIS: MECÁNICA O BIOLÓGICA, Y TIPO DE ABORDAJE

Alejandro Gómez González, María Rivadeneira Ruiz, María Inmaculada Fernández Valenzuela, Pilar Ruiz García, Román Calvo Jambrina e Irene Méndez Santos

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las últimas GPC tanto americanas como europeas han modificado los criterios de elección entre prótesis biológica quirúrgica (PBQ) y mecánica (PM) y además han expandido el uso de TAVI a pacientes con riesgo quirúrgico elevado. El objetivo de este estudio es conocer el perfil clínico de los pacientes con EAO severa tratados en nuestro centro y comprobar la adherencia a las últimas recomendaciones.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con EAO intervenidos en nuestro centro en los años 2018 y 2019.

Resultados: Se incluyeron 208 pacientes de los cuales 92 fueron TAVI, 38 PM y 78 PMQ. Entre estas últimas, 21 (26,9%) fueron PERCEVAL. Los pacientes con TAVI tenían de forma significativa más edad ($80,7 \pm 6$ vs. $68,9 \pm 8,7$), menores niveles de hemoglobina ($11,7 \pm 1,7$ vs. $13,3 \pm 1,7$) y albúmina (4 vs. $4,3 \pm 0,38$) y mayor Euroscore II ($4,4 \pm 0,5$ vs. $2,6 \pm 0,4$) que los pacientes quirúrgicos. Entre estos últimos, únicamente se encontraron diferencias en la edad entre los pacientes con PM o PBQ ($73,1 \pm 5,6$ vs. $60,37 \pm 7,8$). De los pacientes intervenidos entre 60 y 65 años, tan solo el 23% recibió una PBQ y entre 65-70 años estos fueron el 42%. No se encontraron diferencias en las variables analizadas entre los pacientes con PBQ convencional y los tratados con PERCEVAL.

Conclusiones: En nuestro centro, la edad, el Euroscore y los niveles de albúmina y hemoglobina (ambos parámetros incluidos en las escalas de fragilidad) determinaron la elección de TAVI frente a la cirugía convencional, mientras que la edad fue el único factor que distinguía a los pacientes tratados con PM frente a PBQ. Los pacientes entre 60 y 70 años continúan recibiendo en su mayor parte una PM a pesar del cambio en las recomendaciones.

548/143. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Patricia Ruíz Martín, Joaquín Alberto Cano Nieto, Jaime González Lozano, Antonio Aurelio Rojas Sánchez y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (OI) se considera una alternativa para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) en pacientes con

fibrilación auricular (FA) y contraindicación para la anticoagulación. Realizamos este estudio para analizar, entre los pacientes de nuestro centro, la eficacia y seguridad de esta alternativa terapéutica.

Métodos: Se realizó un análisis observacional con seguimiento prospectivo, entre 2015 y 2020, de una muestra de 24 pacientes con FA sometidos a cierre percutáneo de OI.

Resultados: De los 24 pacientes analizados, un 87,5% fueron varones y un 12,5%, mujeres. La puntuación media en la escala CHA2DS2-VASc fue de 4,2 y de la escala HAS-BLED 3,6. Un 20,8% presentaba insuficiencia cardíaca; un 75% hipertensión arterial; un 37,5% diabetes tipo II; un 62,5% ACV; un 20,8% infarto de miocardio, y un 16,7% enfermedad arterial periférica. El 75% había recibido tratamiento anticoagulante previo, empleándose anticoagulantes de acción directa en el 54,2% y antagonistas de la vitamina K en el resto. Un 83,3% había presentado hemorragia previa, siendo las localizaciones más frecuentes la intracraneal (45%) y la gastrointestinal (40%). La indicación más frecuente del procedimiento fue el antecedente de hemorragia mayor (79,2%), seguida de un riesgo hemorrágico alto (12,5%). En el seguimiento se observó un solo caso de hemorragia intracraneal, un taponamiento cardíaco y una complicación relacionada con el acceso vascular, todas ellas sin relevancia clínica. La mortalidad en el seguimiento fue del 0%. No hubo eventos tromboembólicos ni trombosis del dispositivo.

Conclusiones: El cierre percutáneo de OI es un procedimiento eficaz y con baja tasa de complicaciones en nuestra población de estudio.

548/144. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CONTROL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Alejandro Gómez González, Manuel García del Río, Luis López Flores, Tania Seoane García, Juan Carlos García Rubira y Rafael Hidalgo Urbano

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El tratamiento hipolipemiente es un pilar fundamental en materia de prevención secundaria para aquellos pacientes que han sufrido un evento coronario. A pesar de ello, el grado de consecución del control lipídico es bajo.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados consecutivamente en nuestra Unidad Coronaria durante el año 2018 bajo el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

Resultados: 150 pacientes ingresaron bajo diagnóstico de SCACEST, con una edad de $61,7 \pm 11,7$ años, y un 81,7% de varones. Un 26% de los pacientes tomaba estatinas, siendo un 36% de alta potencia. La media de colesterol LDL al alta y al año de seguimiento fue de $94 \pm 36,2$ y $62,9 \pm 23,2$ mg/dL, respectivamente. Un 96% de los pacientes recibió tratamiento con estatinas de alta potencia (95% atorvastatina 80 mg) y un 2% combinadas con ezetimibe. El porcentaje de pacientes con LDL < 70 y/o reducción del LDL a la mitad fue del 50% (12% cumplían objetivos pautados por las guías de 2019). En un 20% de los casos no se confirmó el cumplimiento de objetivos al no disponer de control analítico. Se tituló tratamiento en un 34,4% de los pacientes que no alcanzaron cifras objetivo (estatina + ezetimibe 72,8%, inhibidores del PCSK9 18,2%).

Conclusiones: Un porcentaje significativo de pacientes no alcanzan cifras objetivo de colesterol a pesar de tratamiento intensivo con estatinas. Los resultados plantean la necesidad

de iniciar tratamiento combinado con mayor precocidad y vigilar el cumplimiento del objetivo terapéutico.

548/146. SÍNTOMAS Y SIGNOS CARDIOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT

Helena Llamas Gómez, María Luisa Peña Peña, Carlos Anaya Quesada, Eva María Cantero Pérez, Antonio Ortiz Carrellán y Jose López Haldón

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Steinert o distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es la enfermedad hereditaria neuromuscular más prevalente en adultos. La afectación cardíaca es frecuente y suele cursar asintomática, por lo que está recomendado el seguimiento, siendo controvertida su correlación con la severidad de la lesión muscular. Nuestro objetivo fue describir las manifestaciones cardiológicas en una población de pacientes con DM1 y analizar su asociación con el perfil clínico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 75 pacientes con DM1 evaluados en una consulta de neurología entre 2006 y 2019. Analizamos las características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (edad media 39.5 ± 14.2), siendo el 61.3% varones. El 94.7% presentaba miotonía clínica y el 61.3% debilidad muscular moderada (MDRS=3). El 52% presentaba compromiso bulbar y el 50.7%, respiratorio. Se identificaron síntomas cardiológicos en el 26.7%, en su mayoría disnea (10.7%), seguido de síncope (9.3%), palpitaciones (6.7%) y dolor torácico (4%). La evaluación cardiológica fue anormal en el 54.7%. En el 50.7% de los casos se evidenciaron trastornos de la conducción (bloqueo AV de primer grado 28%, bloqueo de rama 33.3%). El 4% de los pacientes presentaban fibrilación auricular y el 10.7% tenía una fracción de eyección < 50%.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con DM1, la afectación cardíaca es frecuente y puede cursar asintomática, presentando alteraciones en la evaluación cardiológica más de la mitad de los pacientes, especialmente trastornos de la conducción. Las anomalías en la evaluación se asociaron con una mayor edad y la presencia de compromiso respiratorio.

548/148. ¿QUÉ ESCONDE EL REINGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA? UN ANÁLISIS COMPARATIVO

Rocío Rodríguez Delgado, Carmen Otte Alba, Irene M. Estrada Parra, Manuel González Correa, David Villagómez Villegas y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las unidades de insuficiencia cardíaca (UIC) han demostrado mejoría en la calidad de vida, así como reducción de las rehospitalizaciones y de la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio fue valorar las características basales y factores predictores de hospitalización por IC en nuestra muestra.

Métodos: Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y analítico de una cohorte de 218 pacientes incluidos en nuestra UIC durante un seguimiento medio de 20.96 ± 11.55 meses.

Resultados: Analizamos comparativamente las características de los pacientes que sufrían reingresos durante el seguimiento en la UIC frente a los que no (42 vs. 176 pacientes). Los primeros presentaban una edad media significativamente

superior (70.9 vs. 64.8 años) y mayor prevalencia de DM, DLP y FA. Análiticamente, sus niveles de NTproBNP durante el seguimiento fueron mayores (mediana de 2239 vs. 600 pg/ml) y la tasa de filtrado glomerular fue significativamente inferior (53.4 vs. 72.1 ml/min). Tanto la FEVI (32.7 vs. 43%) como el TAPSE (17.3 vs. 19.5 mm) reevaluados durante el seguimiento ecocardiográfico fueron inferiores en los pacientes que reingresaban. Con respecto al tratamiento médico, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de uso de diuréticos, betabloqueantes y necesidad de levosimendán, superiores en el grupo con reingresos. Atendiendo a otros eventos, la tasa de éxitus fue mayor y la de altas de la unidad, inferior.

Conclusiones: En nuestra UIC, los pacientes que presentan reingresos por IC son aquellos con un perfil de enfermedad más avanzada, representada por la presencia de comorbilidades, función sistólica biventricular inferior y valores de NT-proBNP más elevados.

548/150. ESTIMULACIÓN HISIANA: UNA SERIE DE CASOS

Fabiola Nicolás Cañadas, Jose Antonio Aparicio Gómez y Jesús Aceituno Cubero

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La estimulación hisiana es una técnica de actualidad y en crecimiento continuo que permite una secuencia de activación auriculoventricular fisiológica evitando los posibles efectos deletéreos de la estimulación apexiana. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos y los resultados obtenidos en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos en los que se aplica la técnica de implante de electrodo en el Haz de His. Se describen características de los pacientes, aspectos relacionados con la técnica, resultados del procedimiento y evolución clínica de los pacientes.

Resultados: Desde junio de 2019 hasta marzo de 2020 se realizaron 13 implantes de electrodo en el His (edad media 70 años; 92% varones). De los implantes hubo 4 CRT con estimulación hisiana en pacientes con DSVI severa y CF III a pesar de TMO (3/4 por intento fallido de CRT convencional por no disponer de vena adecuada o por disección de la misma) y 9 marcapasos con estimulación hisiana en trastornos de la conducción sintomáticos. El QRS previo al implante fue de 132.5 ± 12.5 ms (50% BRIHH, 16% BRDHH, 25% QRS límite) con mejoría en la mayoría de los pacientes (media QRS postestimulación 118.5 ms). No hubo complicaciones y en el seguimiento solo se ha registrado un caso de IC en el contexto de infección respiratoria.

Conclusiones: La estimulación hisiana, tanto en resincronización como en implante de marcapasos, es una técnica segura, sin más complicaciones que la técnica habitual y que supone una estimulación más fisiológica, evitando a largo plazo los efectos deletéreos de la estimulación en ápex.

548/154. ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA: ÉXITO, PARÁMETROS Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO

Manuel Molina Lerma, Pablo Javier Sánchez Millán, Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez, Luis Tercedor Sánchez, Mercedes Cabrera Ramos, Javier Ramos Maqueda y Miguel Álvarez López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La estimulación en rama izquierda (ERI) se ha descrito en los últimos años y, dentro de la estimulación fisiológica, podría solventar las desventajas de la estimulación hisiana (EH): elevados umbrales, baja detección, mayor tasa de dislocación de electrodo. El objetivo es analizar los resultados de la ERI en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, entre abril y diciembre de 2019, de 40 pacientes consecutivos con necesidad de estimulación cardiaca en los que se llevó a cabo ERI. El implante lo realizó un único operador con experiencia en EH. Se consideró éxito según criterios descritos por Xueying et al. Se valoraron variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, parámetros de marcapasos, intraprocedimiento y complicaciones a las 24 h del implante.

Resultados. De los 40 pacientes (media de 69,6 años, 62% varones) se consiguió éxito en 36 (90%). El 67% tenía QRS ancho y la FEVI media fue del 48% (el 45% tenía FEVI < 50%). La indicación más frecuente fue el BAV (46%) seguido de la resincronización (33%), disfunción sinusal (10%) y ablación de nodo AV (10%). El 37% no presentaba cardiopatía. El intervalo QRS estimulado fue significativamente más estrecho que el basal (media de 109,2 ms vs. 139,7 ms; $p < 0,05$). La detección de onda R media fue de 10,3 mV, el umbral de estimulación de 0,56V@0,47 ms y el tiempo de fluoroscopia medio de 11,9 minutos. Hubo 1 dislocación a las 24 h en una paciente con electrodo de backup, sin más complicaciones.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la ERI presenta un elevado porcentaje de éxito, parámetros óptimos y baja tasa de complicaciones.

548/155. IMPACTO CLÍNICO DE LA RECUPERACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR SEVERA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia, Cristina Pericet Rodríguez, Mónica Delgado Ortega, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En la IC-FEVIr existe un porcentaje de pacientes que normalizan la FEVI en el seguimiento y cuyo pronóstico aún continúa incierto. Nuestro objetivo principal fue conocer el porcentaje de pacientes con disfunción ventricular que normalizan la FEVI y analizar su impacto en el pronóstico a medio plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEVIr. Se analizó el porcentaje de pacientes que mejoraron la FEVI (FEVI > 40%, Grupo 1) y se comparó con aquellos que mantuvieron la disfunción ventricular (FEVI ≤ 40%, Grupo 2). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de tratamiento, y se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad por cualquier causa y reingresos hospitalarios por IC.

Resultados: Se analizaron 139 pacientes y 82 de ellos (59%) mejoraron la FEVI > 40% en el seguimiento. Al inicio, la proporción de tratamiento fue similar en ambos grupos, mientras que, al final del seguimiento, el grupo 2 tenía mejor optimización del tratamiento de IC-FEVIr. Con una media de 75 ± 9 meses de seguimiento, los pacientes del grupo 1 tuvieron menor tasa de reingreso por IC (52% vs. 85%; $p = 0,044$) y una tendencia a menor mortalidad (15,4% vs. 28,3%, $p = 0,19$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con IC-FEVIr mejoran su FEVI en el seguimiento. Dicha mejoría no parecía

estar relacionada con una mejor optimización del tratamiento de IC-FEVIr. A medio plazo, los pacientes que mejoraban la FEVI tenían menor tasa de reingresos por IC y una tendencia a menor mortalidad.

548/156. IMPACTO CLÍNICO DEL INCREMENTO DE LOS NIVELES DE PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia, Dolores Mesa Rubio, Ana Rodríguez Almodóvar, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El uso de péptidos natriuréticos se ha extendido como herramienta diagnóstica en pacientes con IC, aunque no se ha establecido claramente su influencia en el pronóstico. Nuestro principal objetivo fue conocer las características de los pacientes con niveles elevados de NT-proBNP y analizar su impacto en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes en los que se determinó el NT-proBNP al inicio de seguimiento en consulta. Los pacientes fueron divididos en: Grupo 1 (NT-ProBNP < 10000 pg/mL) y Grupo 2 (NT-ProBNP > 10000 pg/mL). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de tratamiento, y se evaluó el impacto a largo plazo en términos de mortalidad por cualquier causa y reingresos hospitalarios por IC.

Resultados: Se seleccionaron 280 pacientes cuya determinación media al inicio de NT-proBNP fue de 6558 pg/mL. El seguimiento medio fue de 130 ± 9 meses. En el Grupo 2 se observó una menor FEVI inicial (40,36% vs. 43,19%; $p = 0,057$) y un mayor porcentaje de enfermedad renal crónica (55% vs. 29%; $p = 0,000$). El Grupo 2 tuvo una tasa similar de reingreso hospitalario (81,2% vs. 84,8%, $p = 0,133$) y un incremento de mortalidad por cualquier causa (84,4% vs. 48,4%, $p = 0,000$).

Conclusiones: Los pacientes con niveles de NT-proBNP > 10000 pg/mL al inicio del seguimiento se asociaron con una FEVI inicial menor y una mayor proporción de enfermedad renal crónica. A largo plazo, los pacientes con niveles de NT-proBNP > 10000 pg/mL tenían similar tasa de reingresos por IC, pero mayor tasa de mortalidad por cualquier causa.

548/157. IMPACTO CLÍNICO DE LA DIABETES MELLITUS Y DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia, Martín Ruiz Ortiz, Fátima Esteban Martínez, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La DM es una comorbilidad frecuente en pacientes con IC y cuya asociación implica un peor pronóstico. Nuestro objetivo fue caracterizar la población con IC y DM, analizar el tratamiento antidiabético y el impacto en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC que se clasificaron en: Grupo 1 (sin DM) y Grupo 2 (con DM). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto de la DM y su tratamiento a largo plazo en términos de mortalidad por cualquier causa y reingresos por IC.

Resultados: Se seleccionaron 396 pacientes. El Grupo 2 incluyó 151 pacientes (38,1%) y tenían mayor porcentaje de hipertensión (83% vs. 56%; $p=0,000$), hipercolesterolemia (74% vs. 40%; $p=0,000$) y enfermedad renal crónica (40% vs. 25%; $p=0,001$). En el tratamiento antidiabético del Grupo 2 hubo predominio de metformina (54,3%), I-SGLT2 (39,7%) e insulina (39,1%) y no tanto de sulfonilureas (6%). Con una media de 58 ± 7 meses de seguimiento, el Grupo 2 tuvo una tasa similar de mortalidad (24% vs. 22,8%; $p=0,460$). En dicho grupo, aquellos con I-SGLT2 tuvieron menor tasa de mortalidad (3,8% vs. 35,8%; $p=0,002$) mientras que aquellos con sulfonilureas tuvieron mayor tasa de mortalidad (44,4% vs. 14,8%; $p=0,006$).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con IC presentaron más comorbilidades, aunque esto no asoció un peor pronóstico en nuestra serie. Los pacientes con IC y DM en tratamiento con I-SGLT2 tuvieron menor mortalidad por cualquier causa mientras que aquellos con sulfonilureas tenían peor pronóstico en cuanto a mortalidad.

548/158. IMPACTO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia, Dolores Mesa Rubio, Mónica Delgado Ortega, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en pacientes con IC, cuya asociación implica un peor pronóstico. Nuestro objetivo principal fue caracterizar la población con IC y ERC y analizar su impacto en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC que se clasificaron en: Grupo 1 (sin ERC) y Grupo 2 (con ERC). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y de tratamiento, y se evaluó el impacto de la ERC a largo plazo en términos de mortalidad por cualquier causa y reingresos por IC.

Resultados: Se analizaron 393 pacientes. El Grupo 2 incluyó 116 pacientes (29,5%) y presentaron mayor porcentaje de hipertensión (80,2% vs. 59,8%; $p=0,000$), DM (46,6% vs. 32,3%; $p=0,007$), fibrilación auricular (58,6% vs. 44,3%; $p=0,010$) y anemia (50% vs. 19,7%; $p=0,000$). Al inicio del seguimiento, el grupo 2 tenía mayor proporción de diuréticos de asa (72,4% vs. 55,9%; $p=0,002$) y menor proporción de I-SGLT2 (3,4% vs. 9,1%; $p=0,052$). Con un seguimiento medio de 110 ± 7 meses, los pacientes con ERC tuvieron una mayor tasa de reingresos por IC (77% vs. 64,5%; $p=0,000$) y mayor tasa de mortalidad (42,1% vs. 15,1%; $p=0,007$).

Conclusiones: Los pacientes con IC y ERC asociaron un mayor número de comorbilidades, así como mayor uso de diuréticos de asa y menor uso de I-SGLT2 al inicio del seguimiento. Además, aquellos pacientes con IC y ERC presentaron una mayor tasa de reingresos por IC y mortalidad por cualquier causa.

548/159. IMPACTO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DEL POTASIO EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández de Heredia, Martín Ruiz Ortiz, Ana Rodríguez Almodóvar, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Los niveles de potasio presentan un papel relevante en pacientes con IC, cuyos niveles pueden alterarse según las comorbilidades y tratamientos, pudiendo asociar un peor pronóstico. Nuestro objetivo principal fue caracterizar la población con IC según sus niveles de potasio al inicio del seguimiento en una unidad de IC y analizar su impacto en el pronóstico a largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC que se clasificaron en: Grupo 1 (hipopotasemia: potasio $< 3,5$ mEq/L), Grupo 2 (potasio 3,5-5 mEq/L) y Grupo 3 (hiperpotasemia: potasio > 5 mEq/L). Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y tratamiento, y se evaluó el impacto de los niveles de potasio a largo plazo, en términos de mortalidad por cualquier causa y reingresos por IC.

Resultados: Se seleccionaron 393 pacientes. El Grupo 1 tuvo 24 pacientes (6,1%) mientras que el Grupo 2 y el Grupo 3 tuvieron 305 (77,6%) y 64 (16,3%), respectivamente. Al inicio, se observó mayor proporción de FEVI conservada (62,5% vs. 33,7% vs. 28,1%; $p=0,024$) y mayor prescripción de tiacidas (33,3% vs. 12,2% vs. 18,8%; $p=0,011$) en el Grupo 1. Con un seguimiento medio de 37 ± 7 meses, el Grupo 1 tuvo mayor tasa de reingresos por IC (41,2% vs. 31% vs. 32,3%; $p=0,571$) y mayor tasa de mortalidad por cualquier causa (39,3% vs. 15,4% vs. 7,9%; $p=0,000$).

Conclusiones: Los pacientes con IC e hipopotasemia, a pesar de tener mayor proporción de FEVI conservada, presentaron mayor tasa de reingresos por IC y mortalidad por cualquier causa en el seguimiento a largo plazo.

548/160. TENDENCIA TEMPORAL DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS EN PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA

Blanca Olivares Martínez, Manuel García del Río, Tania Seoane García, María Pilar Ruiz García, María Rivadeneira Ruiz y Juan Carlos García Rubira

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La población anciana es un sector en aumento debido al incremento de la esperanza de vida. No obstante, hay todavía escasa evidencia respecto al manejo más adecuado de estos pacientes.

Métodos: Estudio transversal de pacientes con edad mayor o igual a 80 años hospitalizados en una Unidad Coronaria (UCOR) en 2008 y 2018, registrando comorbilidades, causas de ingreso, complicaciones, técnicas empleadas y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes (mediana de edad 83 ± 4 años, varones 52%): 74 ingresados en 2008 y 74 en 2018. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (84%), más prevalente en 2018 (90% versus 78%). La mediana de días de ingreso en la UCOR fue 4 ± 5 días, similar en ambos grupos. El motivo de ingreso más frecuente fue síndrome coronario agudo (52% del total; 63,5% en 2018 y 40,5% en 2008). Los ingresos por insuficiencia cardíaca (IC) aumentaron del 5,4% al 20,3% de 2008 a 2018. La complicación más frecuente fue el fallo cardíaco (36%); seguida por el fallo respiratorio

(31%). La utilización de ventilación mecánica no invasiva aumentó del 9 al 19% de 2008 a 2018 (14% del total); la intubación orotraqueal del 12% al 24% (18% total) ($p=0,019$). Un 75% del total requirió técnicas intervencionistas: 41,2% cateterismo terapéutico, 12,2% cateterismo diagnóstico, 16,9% marcapasos transitorio/definitivo. La mortalidad global fue del 20%; mayor en 2018 (27% versus 12%, $p=0,02$).

Conclusiones: A pesar del desarrollo de las técnicas invasivas, la mortalidad en los pacientes octogenarios permanece elevada. Son necesarios estudios adicionales para profundizar en el manejo intensivo de este subgrupo.

548/161. ANÁLISIS DEL INDICADOR IQI15 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL AÑO 2019. COMPARATIVA CON LA MORTALIDAD POR IAM 5 AÑOS ANTES

Ana María Campos Pareja¹, Jose Antonio Guerrero Durán¹, David Chinchón Espino¹, Rafael Martín Bermúdez¹, Fernando Barrera Pulido², Domingo Acosta Delgado¹, Luis Jara Palomares¹, María Isabel Lopez Márquez¹, Carmen Cepeda Franco¹ y Francisco Camino Durán¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Especialista en Cirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQI) analizan la calidad asistencial, incluyendo el estudio de mortalidad intrahospitalaria. Como objetivo anual de la comisión de mortalidad de nuestro centro, analizamos el indicador de la AHRQ: IQI15: tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio en mayores de 18 años en nuestro hospital en 2019, comparándolo con el mismo análisis que efectuamos en 2014.

Métodos: Analizamos las características clínicas de los pacientes mayores de 18 años que fallecieron intrahospitalariamente cuyo «diagnóstico principal» fue infarto agudo de miocardio (IAM) (códigos 410.*1 de la CIE-9-MC) en el año 2014 y 2019. Los datos fueron proporcionados por el Servicio de Documentación de nuestro centro a partir del CMBD de nuestro hospital.

Resultados: La tasa de mortalidad fue de 5,4 (8,46 en 2014). Analizamos 40 pacientes, edad media 75,7 + 12,6 años. El 62,5%, hombres. El 77,5% HTA, 47,5% DM, 50% dislipemia, 44,5% fumadores o exfumadores. El 37,5% ingresó en Medicina Interna (40,6% en 2014). El 10% debutó como PCR extrahospitalaria (14,5% en 2014). Se sometieron a coronariografía el 32,5% (33,9% en 2014). Los pacientes no revascularizados presentaban edad media más alta. El 20% (32,5% en 2014) de los pacientes habían presentado sintomatología previamente.

Conclusiones: Como en 2014, los éxitos tenían una edad media avanzada y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásico era muy importante. Existió retraso prehospitalario ligeramente menor que en 2014. Necesitamos campañas de educación sanitaria sobre riesgos de infarto y actuación a seguir en caso de creer padecerlo.

548/162. USO DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD VALVULAR NO REUMÁTICA: DATOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO DE VIDA REAL

Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Marahoui, María Rosa Fernández Olmo, Miguel Puentes Chiachio, Miriam Padilla Pérez, Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llargo

Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La evidencia del uso de anticoagulantes directos (ACOD) en los pacientes con FA y enfermedad valvular cardíaca (EVC) no reumática ni prótesis mecánica es muy limitada. Objetivo: evaluar la prevalencia de EVC en una cohorte ambulatoria de FA y analizar su influencia en el uso de ACOD.

Métodos: Registro unicéntrico prospectivo de pacientes ambulatorios con FA evaluados entre octubre de 2017 y octubre de 2018. Se consideró EVC aquella que en su severidad al menos era moderada (estenosis o insuficiencia aórtica, insuficiencia mitral o insuficiencia tricuspídea). Se determinó mediante análisis bivariante las diferencias clínicas y uso de ACOD entre aquellos con EVC y los que no tenían. Se usó regresión logística binaria para evaluar los factores asociados al uso de ACOD.

Resultados: los pacientes con EVC ($n=245$) representaron el 20.2% de la población total ($n=1212$), siendo la valvulopatía más frecuente la insuficiencia mitral, seguida de la insuficiencia tricuspídea y aórtica, y estenosis aórtica (71.8%, 31.8%, 19.2% y 9.8%, respectivamente). Eran más frecuentemente mujeres (58 vs. 44.3%), mayores (78 ± 7.8 vs. 73 ± 11.6 años; $p < 0.001$), con mayor IRC (44.4 vs. 30.2%; $p < 0.001$) y anemia (24.1 vs. 15.4%; $p = 0.001$), y un CHA2DS2-VASc (4.0 ± 1.3 vs. 3.3 ± 1.6 ; $p < 0.001$) y HASBLED (1.4 ± 0.7 vs. 1.1 ± 0.7 ; $p < 0.001$) mayores. Aunque el uso de ACO total fue superior entre el grupo de EVC (97.1 vs. 90.8%; $p = 0.001$), el de ACOD fue inferior (53.9 vs. 69.7%; $p < 0.001$), de forma significativa con dabigatrán y rivaroxabán. La EVC se asoció de forma independiente a una menor prescripción de ACOD (OR 0.54 IC 0.40-0.73; $p < 0.001$).

Conclusiones: 1 de cada 5 pacientes con FA ambulatoria presenta EVC, siendo la valvulopatía más frecuente la insuficiencia mitral. Su presencia determina un menor uso de ACOD, posiblemente relacionado con una mayor presencia de IC e IRC.

548/165. ANÁLISIS DEL STRAIN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE UN NUEVO SOFTWARE AUTOMÁTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEDITERRÁNEA: DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES EN RELACIÓN CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Jorge Perea Armijo, Cristhian Humberto Aristizabal Duque, Juan Fernández Cabeza, Isabel María Blancas Sánchez, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Vaquero Álvarez, Mónica Delgado Ortega, Fátima Esteban Martínez, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Dolores Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La obesidad infantil es un gran problema de salud pública, con aumento de la mortalidad cardiovascular a largo plazo. Nuevas herramientas como la cuantificación automática de strain de ventrículo izquierdo pueden ayudar a detectar alteraciones precoces desde edades tempranas. Objetivo: Conocer la relación entre la obesidad infantil y los cambios ecocardiográficos en el strain longitudinal global (SGL) del ventrículo izquierdo.

Métodos: Una muestra aleatoria en un pueblo de 2864 habitantes del sur de España. Edad entre 6 y 17 años. Se estratificó en tres grupos siguiendo la clasificación de la OMS: normopeso, sobrepeso y obeso. Se realizó análisis ecocardiográfico de strain mediante la estación Qlab (versión 13.0) del nuevo software de strain automático (Phillips®).

Resultados: Se analizaron 212 niños ($10,8 \pm 2,8$ años, 52% varones). Las medidas del SGL fue posible en 196 (92%) de la muestra. Los valores [p25-p95] fueron similares entre pacientes

con peso normal (n=100), sobrepeso (n=54) y obesidad (n=42) (-27,24 [-28,35 -25,18] vs. -26,25 [-27,62 -25,18] vs. -26,64 [-28,01 -25,18]; p=0,06). Tampoco hubo diferencias al comparar entre niños con obesidad y resto de la serie (n=154) (-26,64 [-28,01 -25,18] vs. -26,8 [-28,19 -25,03]; p=0,98). Sin embargo, los pacientes con peso normal tuvieron un SGL significativamente mejor que el resto de la serie (n=96) (-27,24 [-28,35 -25,18] vs. (normopeso) -26,32 [-27,64 -25,18]; p=0,04).

Conclusiones: El análisis automático del SGL del ventrículo izquierdo fue posible en la mayoría de los sujetos de este estudio. El SGL es significativamente peor en los niños con sobrepeso y obeso en esta población pediátrica mediterránea.

548/169. HALLAZGOS CARDIOVASCULARES EN BALONCESTISTAS FEDERADOS

Carlos Ayllón Salas¹, Claudia Azulay Lara¹, Eduardo de Teresa Galván² y Diego Montañés Toval²

¹Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga.

²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Es sabido que el deporte de competición conlleva adaptaciones cardiovasculares. Algunas de ellas pueden predisponer a ciertas patologías. El objetivo de este estudio es analizar si estos cambios ocurren desde edades inferiores para poder prevenir esta condición en el futuro.

Métodos: Se realizó anamnesis, examen físico y electrocardiograma a los jugadores de la cantera de un equipo de baloncesto profesional. Se incluyen sujetos de edades comprendidas entre 13 y 18 años (n=119), de sexo masculino (n=60) y femenino (n=59).

Resultados: En la exploración física no se encontraron datos relevantes, excepto un 3,4% de jugadores con rasgos marfanoides. Con respecto a la monitorización de la presión arterial, se hallaron un 12,6% de sujetos con criterios de PA normal-alta (PAS 130-139 mmHg y/o PAD 85-89 mmHg) y un 1,7% de sujetos con criterios de HTA grado I (PAS 140-159 mmHg y/o PAD 90-99 mmHg). Un 54,6% de los deportistas mostraron alteraciones en el electrocardiograma, en concreto, un 68,3% de los hombres y un 40,7% de las mujeres. El hallazgo más frecuente fue el bloqueo incompleto de rama derecha (60% de los hombres y 37,3% de las mujeres). Otros hallazgos fueron: repolarización precoz, bloqueo AV de primer grado y un caso de extrasístoles supraventriculares y ventriculares.

Conclusiones: Se ha visto que las adaptaciones cardiovasculares que ocurren típicamente en el deporte de competición aparecen desde las categorías inferiores, en baloncestistas que realizan esta práctica de forma regular, a pesar de no dedicarse de forma profesional. La mayoría de estos cambios no tienen significación patológica.

548/170. HALLAZGOS CARDIOVASCULARES EN BALONCESTISTAS DE ÉLITE

Claudia Azulay Lara¹, Carlos Ayllón Salas¹, Antonio Esteban Luque², Diego Montañés Toval³ y Eduardo De Teresa Galván³

¹Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga.

²Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga. ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción y objetivos: La práctica profesional del deporte comporta una serie de adaptaciones del sistema cardio-

vascular que, en algunos casos, puede suponer una predisposición o aumento de ciertas patologías. En particular, los jugadores de baloncesto presentan unas características antropométricas que les hacen ser más susceptibles a determinadas alteraciones cardiovasculares. El objetivo es el estudio de dichos cambios en baloncestistas profesionales, así como su posible relación con esta práctica deportiva.

Métodos: Se realizó anamnesis, examen físico, electrocardiograma y ecocardiograma a las plantillas profesionales de dos equipos de baloncesto, uno masculino que milita en la Liga Endesa (Primera División) (n=15) y otro femenino de la Liga Femenina 2 (n=10).

Resultados: No hubo datos relevantes en la anamnesis ni en la exploración física. Se encontraron 12 electrocardiogramas alterados entre los hombres (80%) y 7 entre las mujeres (70%). El hallazgo más frecuente entre los hombres fue el bloqueo incompleto de rama derecha (60%), seguido de la repolarización precoz (53,33%) y el crecimiento de ventrículo izquierdo por criterios de voltaje (46,66%). En cuanto a las mujeres, el hallazgo más frecuente fue también el bloqueo incompleto de rama derecha (50%), seguido de la repolarización precoz (20%) y la inversión de la onda T en derivaciones distintas de V₁-V₃ (10%). En cuanto al ecocardiograma, no se detectaron alteraciones significativas.

Conclusiones: Los baloncestistas profesionales presentan una alta prevalencia de alteraciones del electrocardiograma, aunque la mayoría sin significado clínico, y más frecuentemente en hombres que en mujeres. Estas alteraciones no se acompañan de anomalías ecocardiográficas.

548/171. REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA MEDIANTE DISPOSITIVO MITRACLIP®, 9 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Manuel Luna Morales, Álvaro Melgar Melgar, Germán Berteli García y Fernando Carrasco Chinchilla

Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La regurgitación mitral es una de las valvulopatías más frecuentes en la población general. Actualmente, la reparación quirúrgica es el tratamiento de elección; sin embargo, en pacientes de elevado riesgo o inoperables, la alternativa al tratamiento médico es la reparación percutánea. Nuestro objetivo es describir características, factores asociados a mortalidad y eficacia mediante exámenes ecocardiográficos del registro de pacientes tratados mediante MitraClip® en nuestro hospital de tercer nivel.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo incluyendo 155 pacientes con insuficiencia mitral severa sintomática desestimados para cirugía, intervenidos de manera percutánea e implantando diferentes versiones de MitraClip® desde noviembre de 2011 hasta noviembre de 2019.

Resultados: Nuestra muestra presentó un 68.4% de hombres (edad 72.4±10.6), con diferentes factores de riesgo: hipertensión arterial (48.4%), diabetes mellitus (35.1%), dislipemia (48.4%), cardiopatía isquémica (47.4%), fibrilación auricular (52.9%) y tabaquismo (27.1%). El grado de regurgitación era de III (20.3%) y IV (79.9%) previa intervención, cambiando a IV (0.7%), III (4.7%), II (36.9%), I (51.7%) y trivial (6%) tras procedimiento; manteniendo resultados similares al año: grado IV (2.9%), III (15.9%), II (36.2%), I (42%) y trivial 2.9%. La mortalidad a los 30 días fue del 1.9% con una mediana de supervivencia alrededor de 70 meses. Identificamos la cardiopatía isquémica como factor de riesgo independiente con un HR de 2.289 (p=0.013).

Conclusiones: La reparación percutánea mitral con dispositivo MitraClip® es una técnica segura y razonablemente efectiva en la reducción de la regurgitación mitral, aplicable a ambas etiologías, funcional y degenerativa; y encontramos que la supervivencia está reducida en pacientes que presentan cardiopatía isquémica.

548/172. DETERMINANTES DEL CONSUMO DE OXÍGENO EN LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR (CPET) EN PACIENTES CON CIRUGÍA DE FONTAN

Pastora Gallego García de Vinuesa, Amadeo José Wals Rodríguez, Pilar Cejudo Ramos, María José Rodríguez Puras, Israel Valverde Pérez, Rocío Camacho y Begoña Manso García

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El objetivo es describir los parámetros de CPET en pacientes con Fontan y determinar su valor pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 57 pacientes (38% mujeres) con cirugía de Fontan (intervenidos a los 8 [4-20] años) a los que se realiza CPET entre 2010 y 2020 a una edad mediana de 23 (13-42) años. Recibieron conducto extracardiaco 75% (43) y tenían ventrículo único morfológicamente izquierdo 58% (33). Se analizaron determinantes del consumo de oxígeno (VO_2 pico) mediante regresión lineal y predictores de complicaciones clínicas mediante regresión lineal múltiple.

Resultados: La media del VO_2 pico fue 23 (± 6) ml/kg/min y al umbral anaeróbico (AT) 15 (± 4) ml/kg/min; el valor de equivalentes de CO_2 en el AT 32 (± 5), 38% (21) presentaron insuficiencia cronotrópica (IC). Se registró desaturación al esfuerzo en 29% (15). El perfil de la curva de pulso de oxígeno era «aplanado» en 65% (30). La edad explica el 20% del cambio en VO_2 pico disminuyendo cada año 0.42 ml/kg/min ($p=0.0005$). Se encontraron diferencias significativas en el VO_2 pico entre tres estratos de edad (el VO_2 pico medio en pacientes < 20 años es 26,82; entre 20-30, 21,45; y 19,7 en >30 años; $p=0.0009$). Mediante regresión lineal múltiple el VO_2 pico se relaciona con tendencia a significación ($p=0.08$) con pulso de oxígeno e IC: pacientes con curva de pulso ascendente y sin IC tenían mayor VO_2 pico. Seguidos 14 (7-36) años presentaron 17% (10) arritmias, 20% (11) disfunción ventricular o del circuito del Fontan, 12% (7) marcapasos, 4 (7%) muerte o trasplante. En análisis multivariante, VO_2 pico e IC predicen complicaciones (OR 0,82; $p=0.02$ y OR 14,2; $p=0.001$, respectivamente).

Conclusiones: Edad e insuficiencia cronotropa son los principales determinantes de capacidad funcional en pacientes con Fontan. Un menor VO_2 pico está asociado a la aparición de complicaciones.

548/173. DISFUNCIÓN SISTÓLICA SUBCLÍNICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Fátima González Testón, Sergio Gamaza Chulián, Enrique Díaz Retamino y Antonio Martín Santana

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: El strain longitudinal estimado mediante Speckle Tracking ha demostrado poder detectar disfunción sistólica subclínica. Nuestro objetivo fue determinar los valores de strain longitudinal en una muestra de pacientes diabéticos.

Métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con diabetes mellitus tipo 2 entre octubre de 2019 y marzo de 2020, excluyéndose valvulopatía severa, antecedentes de cardiopatía isquémica o fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) menor del 50%. Los ecografistas, cegados a los datos clínicos, demográficos y analíticos, realizaron un estudio ecocardiográfico completo, incluyendo el análisis del Global Longitudinal Strain (GLS). Se clasificó el remodelado ventricular izquierdo en función del grado de dilatación ventricular, masa indexada y grosor relativo de pared.

Resultados: Se analizaron 44 pacientes (45% mujeres, edad media 63.3 \pm 23.5 años, índice de masa corporal 30.3 \pm 6.2 kg/m²), de los cuales un 59% era hipertenso y un 53% presentaba disfunción renal (0% filtrado glomerular < 30 ml/min). El tiempo medio de diagnóstico de diabetes fue 94 meses (rango de 1 a 456 meses) y el valor de Hb1Ac 7.4 \pm 1.0%. Solo 11 pacientes (25%) tenían un remodelado ventricular normal, mientras que el 34% presentaba hipertrofia concéntrica y el 39% remodelado concéntrico. El valor de GLS promedio fue -17.8 \pm 3.6%. Considerando un punto de corte de -18%, solo 23 pacientes (52%) presentaban un strain normal.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos presentan un strain longitudinal deprimido, lo que podría reflejar una disfunción sistólica subclínica.

548/175. VALOR PRONÓSTICO DEL REALCE TARDÍO DE GADOLINIO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA Y DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Alicia Almagro Romero, Rocío Parrilla Linares, Rosa Macías Ruiz, Miguel Álvarez López y Luis Tercedor Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La presencia de realce tardío de gadolinio (RTG) en la resonancia magnética cardíaca (RMC) se ha asociado a un peor pronóstico en pacientes con miocardiopatía isquémica y no isquémica. Analizar si la presencia de RTG en pacientes con miocardiopatía a los que se les ha implantado un DAI en prevención primaria se asocia a mayor tasa de eventos arrítmicos o eventos cardiovasculares en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyó a pacientes con miocardiopatía remitidos a nuestro centro para implante de DAI en prevención primaria entre junio de 2012 y octubre de 2019. A todos se les había realizado previamente una RMC con administración de gadolinio.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes (edad media de 55,7 años; el 75,9% varones). Durante un seguimiento medio de 35,4 meses [20,2-53,6], 16 pacientes presentaron terapias apropiadas del DAI (13,8%), 3 pacientes fallecieron (2,6%), 24 (20,7%) tuvieron al menos un ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) y 3 (2,6%) precisaron un trasplante cardíaco. Noventa y ocho pacientes (84,5%) presentaron RTG en la RMC, sin encontrarse asociación estadística con las terapias apropiadas del DAI en el seguimiento ($p=0,708$), mortalidad total ($p=0,600$), ingresos por IC ($p=0,619$) ni trasplante cardíaco ($p=0,406$). El número de segmentos con RTG sí se asoció de forma significativa con un mayor número de terapias apropiadas de DAI ($p=0,019$).

Conclusiones: En nuestro estudio, no encontramos diferencias significativas en la presencia de terapias apropiadas del DAI ni eventos cardiovasculares en función de la presencia o no de RTG, probablemente debido a un sesgo de selección, ya que la mayoría de los pacientes presentaban RTG en la RMC,

lo que pudo favorecer la decisión de implante de DAI en prevención primaria.

548/176. EXPERIENCIA INICIAL EN CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN NUESTRO CENTRO

Patricia Ruiz Martín, Joaquín Alberto Cano Nieto, Jaime González Lozano, Inmaculada Navarrete Espinosa y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Gracias al avance de la cardiología intervencionista existen técnicas percutáneas que han demostrado su eficacia y seguridad. Un ejemplo es el cierre percutáneo de la orejuela izquierda (OI), que constituye una opción terapéutica en pacientes con fibrilación auricular no valvular y contraindicación para la anticoagulación con el fin de disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV). En este estudio analizamos los aspectos técnicos del procedimiento en nuestro centro.

Métodos: Se ha realizado un análisis prospectivo desde 2015 a 2020, de una muestra de 24 pacientes sometidos a cierre percutáneo de OI en nuestro hospital.

Resultados: El dispositivo implantado en todos los pacientes fue Amplatzer Amulet™, con un tamaño medio de 22,6 mm \pm 3,4 (intervalo 16-28), empleándose una vaina de acceso de 12 French en el 62,5% de los pacientes y de 14 French en el 37,5% restante. La cantidad media de contraste administrado por procedimiento fue 174 ml (\pm 82,6) con un tiempo de escopia media de 24 minutos \pm 14,9. Todos los implantes se realizaron guiados con ecocardiografía transesofágica. El éxito del procedimiento fue del 95,8%, siendo necesario el implante en un segundo tiempo en un solo paciente por dificultad en la punción transeptal. En el 66,7%, el cierre vascular se realizó mediante sutura Perclose Proglide®. Solo un paciente presentó complicaciones relacionadas con el acceso vascular y otro taponamiento cardíaco. La supervivencia en el seguimiento fue del 100%.

Conclusiones: El cierre percutáneo de la OI es una técnica segura y con baja tasa de complicaciones y mortalidad (0% en nuestra serie) para la prevención de ACV en una población seleccionada acorde a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

548/177. PREDICTORES DE TERAPIAS APROPIADAS EN PACIENTES CON DAI EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y MIOCARDIOPATÍA

Rocío Parrilla Linares, Alicia Almagro Romero, Rosa Macías Ruiz, Miguel Álvarez López y Luis Tercedor Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El implante de DAI en prevención primaria ha demostrado disminuir la muerte súbita cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca y FEVI \leq 35%, y también en pacientes con miocardiopatías de alto riesgo arrítmico. Nuestro objetivo es determinar qué variables se asocian a la presencia de terapias apropiadas del DAI en pacientes con miocardiopatía portadores de DAI en prevención primaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes con miocardiopatía remitidos a nuestro centro para implante de DAI en prevención primaria, previa realización de RMN.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes (edad media 55,7 años; el 75,9% varones), seguimiento medio de 35,4 meses [20,2-53,6]. Las variables asociadas a terapias apropiadas fueron: la edad más joven (47,8 años frente a 56,1 años), el tabaquismo activo (25,1% frente a 6,1%), la presencia de mayores diámetros telediastólico de ventrículo izquierdo (VI) (68,1 \pm 10,7 mm frente a 62,0 \pm 11,4 mm; $p=0,044$) y telesistólico (58,6 \pm 12,2 mm frente a 49,5 \pm 13,5 mm; $p=0,021$), y mayor número de segmentos con RTG ($p=0,019$). En los pacientes con terapias apropiadas del DAI, hubo una clara tendencia a tener mayores volúmenes telediastólicos de VI (148,0 mL/m² [111,1-199,5] frente a 121,5 mL/m² [92,0-158,8]; $p=0,070$) y telesistólicos (101,5 mL/m² [80,7-154,0] frente a 79,0 mL/m² [50,2-113,7]; $p=0,071$). Además, más frecuente en pacientes tratados con amiodarona.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes portadores de DAI en prevención primaria que tuvieron terapias apropiadas del DAI fueron más jóvenes, fumadores y con mayores diámetros y volúmenes de VI respecto al grupo que no presentó terapias en el seguimiento.

548/178. CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEPRIMIDA

Cristina Pericet Rodríguez, José López Aguilera, Carmen Durán Torralba, Juan Carlos Castillo Domínguez, Ángela Heredia Torres, Rafael González Manzanares, Aurora Luque Moreno, Daniel Pastor Wulf, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El *gold standard* para la determinación de la capacidad funcional en los pacientes que padecen insuficiencia cardíaca (IC) es la ergoespirometría (CPET), siendo el parámetro más importante el volumen oxígeno máximo (VO₂máx) alcanzado durante la prueba. El objetivo fue analizar los datos de capacidad funcional valorados mediante CPET, y su relación con la escala NYHA y con la FEVI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde febrero de 2019 a enero de 2020. Se incluyeron pacientes diagnosticados de IC con FEVI < 40%, con un ingreso en el último año por IC.

Resultados: Fueron incluidos 24 pacientes (83% hombres). La edad media fue de 64 \pm 8 años. La FEVI media fue de 32 \pm 6%. Etiología: idiopática (50%); isquémica (33%); enólica (8%); valvular (4%); cardiotoxicidad (4%). Comorbilidades: HTA (67%); DM (42%); dislipemia (21%); fumadores (8%). Tratamiento: betabloqueantes (100%); antagonistas del sistema renina-angiotensina (100%); 63% IECA; 37% ARAII; ARM (92%); ivabradina (17%). El tiempo total de ejercicio fue de media 10 minutos y 30 segundos (\pm 7 minutos y 40 segundos), con un VO₂máx 14,25 \pm 2,48 ml/kg/min y un consumo de oxígeno en el primer umbral de 2,99 \pm 2,81 ml/kg/min. Diez pacientes (42%) se encontraban en NYHA I; 10 (42%) en NYHA II; 4 (17%) en NYHA III. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo total de ejercicio y en el consumo de oxígeno en el primer umbral en función de la clase funcional NYHA del paciente ($p=0,026$; $p=0,015$, respectivamente), siendo en ambos casos estas diferencias entre aquellos pacientes en NYHA I y NYHA III.

Conclusiones: En pacientes con IC con FEVI < 40% existe una correlación entre la NYHA y la capacidad funcional objetiva (VO₂máx en ergoespirometría), de forma que los pacientes con clase funcional NYHA I presentan mejores parámetros de capacidad funcional que aquellos con clase funcional NYHA III.

548/180. RESULTADOS CARDIOVASCULARES DE UNA SERIE DE VIDA REAL DE REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA EN UN ÚNICO CENTRO: IMPACTO DE LAS CARACTERÍSTICAS COAPT

Manuel Jesús Oneto Fernández, Martín Ruiz Ortiz, Mónica Delgado Ortega, Ana María Rodríguez Almodóvar, Fátima Esteban Martínez, Amador José López Granados, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y Dolores Mesa Rubio

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La reparación mitral percutánea (RMP) es una opción terapéutica en pacientes con insuficiencia mitral funcional (IMF). Sin embargo, ensayos clínicos aleatorizados recientes (MITRA-FR y COAPT) han mostrado resultados diferentes en cuanto a la eficacia de la intervención. Mientras que los resultados de MITRA-FR fueron neutros, los de COAPT fueron muy favorables hacia la RMP. Nuestro objetivo fue comprobar en una serie de vida real de RMP en un único centro si los pacientes con características COAPT difieren en éxito agudo del procedimiento y en tasa de muerte, insuficiencia cardíaca, procedimiento redo y trasplante cardíaco con respecto a los que no tienen características COAPT.

Métodos: Reclutamos a 69 pacientes con al menos IMF moderada a los que se le realizó RMP en nuestro centro. Hubo optimización del tratamiento médico previamente. Los clasificamos de acuerdo con el diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) y la severidad de la IMF en dos grupos: COAPT (DTDVI < 70 mm y severidad de IMF = 4+) y no COAPT (el resto).

Resultados: En nuestra serie, 47 pacientes (68%) fueron asignados al grupo COAPT y 22 (32%), al no COAPT. El éxito agudo del procedimiento fue alto en ambos grupos (98% vs. 95%, $p=0,58$). La tasa de eventos no fue diferente entre ambos grupos, con una mediana de seguimiento de 626 días (cociente de riesgo 1,49, IC 95% 0,75-2,98, $p=0,25$).

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en el éxito agudo del procedimiento ni en la tasa de eventos entre pacientes con o sin características COAPT.

548/181. BÚSQUEDA DE PREDICTORES DE REGURGITACIÓN AÓRTICA PERIPROTÉSICA EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA: PAPEL DEL SCORE DE CALCIO

Adrián Rodríguez Albarrán¹, Ana Blanca Martínez Pérez¹, Inmaculada Pérez Caballero¹, M. Ángeles Calatayud Sánchez¹, Rosa María Cardenal Piris².

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Deutsches Herzzentrum, Munich, Alemania.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) es la opción terapéutica de elección en los pacientes con estenosis aórtica grave con riesgo quirúrgico intermedio-alto. La presencia de calcio en el anillo y velos aórticos, definidos por el score de calcio de la válvula aórtica (SCVA), podría estar implicada en el desarrollo de leaks paravalvulares que condicionen regurgitación aórtica periprotésica (RAP). Nuestro objetivo es intentar predecir el desarrollo de RAP significativa a partir del SCVA y la distribución del mismo tras el implante de TAVI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a todos los pacientes a los que se realiza estudio con tomografía computarizada (TCC) cardíaca preimplante de TAVI desde enero de 2018 hasta junio 2019. Se cuantificó el SCVA, la distribución del mismo en los velos, los diámetros, perímetro

y área del anillo aórtico. Se cuantificó la RAP durante el implante de TAVI mediante escopia y por ecocardiograma transtorácico prealta hospitalaria.

Resultados: De los 45 pacientes, el 69% presentaba calcio en el anillo valvular. El SCVA fue >2500 en el 60% de los casos. Al alta hospitalaria, el 33.3% presentaba RAP leve por ecocardiografía, 35.6% moderada y 6.7% severa. El 22% estaba libre de RAP. Se observa una tendencia numérica entre la presencia de RAP y el SCVA que roza la significación estadística ($p=0.053$).

Conclusiones: Nuestra incidencia de RAP es similar a la reportada en otras series de casos. La relación observada entre el SCVA y el desarrollo de RAP podría resultar significativa en caso de tener un tamaño muestral más grande.

548/182. ESTUDIO ECOCARDIOGRÁFICO A LARGO PLAZO EN DESCENDIENTES DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA GESTACIONAL EXPUESTOS A QUIMIOTERAPIA BASADA EN ANTRACICLINAS

Manuel Jesús Oneto Fernández, Rafael González Manzanares, Carmen García Durán, Ernesto Martín Dorado, Jorge Perea Armijo, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López Fernández de Heredia, Dolores Mesa Rubio, Juan de La Haba Rodríguez y Juan Carlos Castillo Domínguez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres y la principal causa de muerte por cáncer en mujer. Aunque el cáncer de mama gestacional (CMG) supone solo una pequeña cantidad de los diagnósticos, la incidencia está incrementándose por aumento en la edad materna. La quimioterapia basada en antraciclinas (QA) sigue siendo el tratamiento sistémico de elección en muchas pacientes con CMG. Nuestro objetivo fue evaluar la cardiotoxicidad a largo plazo en descendientes de pacientes con CMG expuestos durante el embarazo o lactancia a QA.

Métodos: Reclutamos retrospectivamente descendientes de pacientes con CMG y los clasificamos según su exposición a QA (grupo de casos y grupo control no expuesto). Realizamos un estudio ecocardiográfico completo.

Resultados: Identificamos 7 pacientes con CMG que recibieron QA durante el embarazo ($n=6$) o la lactancia ($n=1$). Todas ellas fueron diagnosticadas durante el segundo o tercer trimestre. La dosis mediana acumulativa de antraciclinas fue 508 mg/m². Se reclutaron un total de 8 casos y 5 controles. Se exponen los valores de las variables medidas, expresadas como media y rango: edad [10 (0-16) vs. 8 (6-17), años]; VTDi [41 (32-54) vs. 43 (38-47), ml/m²]; VTSi [16 (9-24) vs. 15 (13-17), ml/m²]; FEVI [62 (56-73) vs. 65 (64-69), %]; SLG [21,7 (18,4-24,9) vs. 22,6 (21,4-24,3), -%]; AIi [22 (16-24) vs. 18 (11-22), ml/m²]; E/e' [7,3 (5,2-10,4) vs. 5,9 (4,7-6,3); TAPSE [25 (22-30) vs. 22 (15-24), mm].

Conclusiones: Un estudio ecocardiográfico a largo plazo no mostró anomalías en una serie de descendientes de pacientes con CMG expuestos a QA durante el embarazo o lactancia.

548/183. CARACTERÍSTICAS DE LA VARIANTE GENÉTICA SER238ASN EN LA ENFERMEDAD DE FABRY

Helena Llamas Gómez, María Luisa Peña Peña, Eva María Cantero Pérez, Manuel López Mendoza, Antonio Ortiz Carrellán y Jose López Haldón

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Fabry es una enfermedad de depósito lisosomal por déficit de α -galactosidasa

que se produce por mutaciones en gen GLA y que afecta especialmente a riñón, corazón y cerebro. La variante Ser238Asn se ha asociado a debut tardío, aunque es poca la evidencia científica actual sobre su presentación clínica. Nuestro objetivo fue describir las características de nuestra cohorte de pacientes y analizar la afectación cardiaca, renal y neurológica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que incluimos 10 pacientes portadores de la variante Ser238Asn en el gen GLA valorados en nuestra Unidad de Cardiopatías Familiares.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (el 60% hombres) de 3 familias diferentes, siendo la edad media de $47,8 \pm 17$ años. El grosor medio del VI fue $16,7 \pm 3,1$ mm, sin obstrucción al TSVI. Dos pacientes requirieron marcapasos por BAV avanzado y ninguno presentó antecedentes familiares de muerte súbita. Todos estaban asintomáticos a nivel neurológico y sin evidencia de afectación en las pruebas de imagen. La afectación renal fue muy variable, con un filtrado glomerular medio de $90,83 \pm 49,4$ ml/min. Tres de las 4 mujeres son hasta el momento portadoras asintomáticas, y la cuarta presentó afectación a la edad de 81 años. En los 4 pacientes que recibieron tratamiento enzimático sustitutivo no se evidenció progresión de la afectación cardíaca ni renal, a excepción de un paciente que requirió hemodiálisis.

Conclusiones: En nuestra población, la variante Ser238Asn en GLA se caracteriza por un debut tardío, hipertrofia ventricular moderada, ausencia de afectación neurológica y afectación renal variable.

548/184. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

María Victoria Doncel Abad, Ainhoa Robles Mezcuca, Paloma Márquez Camas, María Victoria García Ruiz, Ana Isabel Molina Ramos, David Grande Prada, Álvaro Melgar Melgar, Germán Berteli García, Rafael Méndez Natera y José Manuel García Pinilla

Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Los avances en el conocimiento de las bases genéticas de la MCD han permitido demostrar que lo que hasta ahora se denominaba MCD «idiopática» tiene causa genética identificada en un elevado porcentaje de pacientes. Es una enfermedad familiar hasta en un 50% de los casos y en los últimos años se han identificado más de 90 genes implicados.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo donde se incluyen a todos los pacientes con diagnóstico de MCD sin causa identificada que se hayan estudiado con un panel de >50 genes, a los que se analizan sus características clínicas, evolución y supervivencia.

Resultados: La edad media al diagnóstico. 53,5 años; sexo: hombres 67.8%, mujeres 31%. Motivo de diagnóstico más frecuente: síntomas 49.9% (disnea 60.9%, palpitaciones 11.5%, dolor torácico 9.2%, síncope 3.4%), ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) 32.2%, alteraciones en el ECG o en la ecocardiografía 9%, screening 8%). La mutación genética más frecuente encontrada TTN 29.9%. Eventos: arritmias (FA 20.7% TVNS 23% TVS 11.5%), ingresos por IC con 1 ingreso 19.5%, ≥ 2 ingresos 13.8%; ictus 4.6%, y descargas apropiadas de DAI 10.3%. Encontramos 7 pacientes trasplantados, y se producen 5 muertes, 3 de causa cardíaca y 2 no cardíaca.

Conclusiones: Conocer la causa de la enfermedad nos permitirá realizar un abordaje personalizado tanto en el diagnóstico como en el pronóstico o el tratamiento. Además, el diagnóstico temprano de los familiares permitirá hacer un

seguimiento estrecho y un tratamiento precoz y evitar el seguimiento innecesario de los no afectados.

548/186. ¿ES ÚTIL LA ESCALA DE MINNESOTA EN VALORAR MEJORÍA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON IC?

María Isabel Prades García, José Luis Serrano Carrillo de Albornoz, Jacinto Benítez Gil, María del Carmen Morenate Navío, Carlos Ferreira Quero, Asunción López Martínez, Miguel Gómez Matarín, José Castillo Ortiz, Antonio Alberto Bonilla López y María Del Pilar Cardila Cruz

Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

Introducción y objetivos: Numerosas escalas se utilizan en las unidades de insuficiencia cardíaca. En general se han validado y han mostrado su utilidad, ya que permiten precisar, como lo hace el Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), los síntomas del paciente de forma más precisa y detallada que la simple valoración del grado funcional. Pretendemos relacionar si la puntuación en la escala de Minnesota mejora al hacerlo otros parámetros de valoración de los pacientes.

Métodos: La Unidad de IC del Hospital de Poniente comienza a incluir pacientes en abril de 2018. Presentamos los resultados de la valoración al año de los primeros 51 pacientes incluidos, en la que se les pasaba de nuevo el MLHFQ, y además se valoraban distintos aspectos clínicos, analíticos, ecocardiográficos y de tratamiento, así como los eventos que acontecían en este tiempo.

Resultados: Los 51 pacientes mostraron al año de seguimiento una mejoría en grado funcional (GF I-II basal 50%, que aumenta a 72,6% en el seguimiento), en FE (media $32,16 \pm 9,3$ que pasa a $40,16 \pm 11$), en grado de insuficiencia mitral (I-II basal el 60,5% que llega a ser 79,6% en el seguimiento) y en los valores de NT-proBNP (mediana 1286 que pasa a 722). Sin embargo, la puntuación en el MLHFQ no muestra mejoría (media 41,07 basal vs. 46,69 en el seguimiento).

Conclusiones: En la población de pacientes atendidos en nuestra Unidad de IC, el MLHFQ no reflejó adecuadamente la mejoría que sí se puso de manifiesto en otros parámetros.

548/188. DIFERENCIAS ENTRE ANDALUCÍA Y EL RESTO DE ESPAÑA EN LA CARDOVERSIÓN ELÉCTRICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS DEL ESTUDIO CONFIA

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², Juan Cosín Sales³, Juan Benezet Mazuecos⁴, Javier López País⁵, Pablo Jorge Pérez⁶, Pau Alonso Fernández⁷, Francisco Ruiz Mateas² y José F. Díaz Fernández⁸

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁴Hospital Quirónsalud San José, Madrid. ⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña.

⁶Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas. ⁷Hospital de Manises, Valencia.

⁸Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) de la fibrilación auricular (FA) es un procedimiento efectivo para reinstaurar el ritmo sinusal. Buscamos como objetivo ver características diferenciales de Andalucía en CVE respecto al resto de España.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, nacional (estudio CONFIA) que incluyó todos los pacientes sometidos a CVE por FA no-valvular (FANV) durante 3 meses consecutivos. Comparamos características epidemiológicas, clínicas, analíticas y del procedimiento de los centros andaluces (grupo 1) respecto al resto de España (grupo 2).

Resultados: Fueron incluidos 332 pacientes, ¼ parte pertenecían a Andalucía (n=87, 26%). Existen diferencias en los pacientes andaluces sometidos a CVE en edad (69 ± 9 vs. 64 ± 11 , $p < 0,001$), CHA2DS2VASc ($3,3 \pm 1,7$ vs. $2,3 \pm 1,5$, $p < 0,001$), HTA (87% vs. 63%, $p < 0,001$), insuficiencia cardiaca (34% vs. 22%, $p = 0,032$), cardiopatía isquémica/enfermedad arterial periférica (23% vs. 13%, $p = 0,019$) y uso de ACOD (95% vs. 54%, $p < 0,001$). El tipo de FA a la que se realizó CVE fue mayoritariamente persistente, pero con mayor porcentaje de paroxística (25% vs. 9%, $p = 0,026$) y menor ETE previa (2,4% vs. 15,4%, $p < 0,001$). En el procedimiento empleamos más parches en posición esternoapical (99% vs. 67%, $p < 0,001$), más propofol (100% vs. 71%, $p < 0,001$) y menor uso de O_2 (33% vs. 88%, $p < 0,001$). No encontramos diferencias en función renal, tratamiento antiarrítmico, éxito de CVE, efectos adversos ni recurrencias.

Conclusiones: El uso de ACOD en Andalucía para pacientes sometidos a CVE es muy superior al resto de España. Los pacientes tienen mayor carga de enfermedad cardiovascular, aunque sin traducirse en diferencias en cuanto a éxito ni complicaciones del procedimiento.

548/190. FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA (TRC)

Soraya González Estriégana, Ana del Río Lechuga, Sergio Gamaza Chulián, Bárbara Serrano Muñoz, Miguel Alba Sánchez, Alberto Giráldez Valpuesta y Manuel Jesús Oneto Otero

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: La TRC no es efectiva hasta en un tercio de los pacientes. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el valor predictor de éxito de la TRC de los diferentes parámetros clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes en los que se realizó primoimplante de TRC entre 2013 y 2019, considerando éxito de TRC pacing biventricular $\geq 90\%$.

Resultados: Se reclutaron 41 pacientes (32% mujeres, 63 ± 10 años, 54% hipertensos, 34% diabéticos, 27% dislipémicos y 66% fumadores o exfumadores). La FEVI media pre-TRC fue $28 \pm 7\%$ y post-TRC $42 \pm 12\%$, con anchura media de QRS pre-TRC de 160 ± 19 ms y post-TRC 128 ± 12 ms. Los volúmenes del VI se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la disminución de la anchura de QRS ($p = 0,02$). Previo al implante TRC ingresó por descompensación de IC el 51% de los pacientes (12% post-TRC). No fue respondedor a TRC ningún paciente a partir de clase funcional NYHA III. De los posibles factores predictores de éxito de TRC, resultaron estadísticamente significativos el BRI (3,7% no respondedores vs. 96,3% respondedores, $p = 0,01$) TAS (118 no respondedores vs. 131 respondedores, $p = 0,012$) y la FEVI pre-TRC (23% no respondedores vs. 30% respondedores, $p = 0,003$).

Conclusiones: La tensión arterial sistólica, la FEVI preintervención (ambas menores en no respondedores) y el BRI (factor de mayor relevancia en la indicación de TRC) resultaron factores predictores de éxito de TRC estadísticamente significativos.

548/191. MANTENIMIENTO DEL RITMO SINUSAL TRAS CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR: EFECTIVA, PERO AÚN INSUFICIENTE (RESULTADOS DEL ESTUDIO CONFIA)

Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Rafael Bravo Marqués², Juan Cosín Sales³, Juan Benezet Mazuecos⁴, Javier López País⁵, Pablo Jorge Pérez⁶, Pau Alonso Fernández⁷, Francisco Ruiz Mateas² y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁴Hospital Quirónsalud San José, Madrid.

⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital de Manises, Valencia.

Introducción y objetivos: La cardioversión eléctrica (CVE) es la terapia inicial para la restauración del ritmo sinusal y estrategia de control del ritmo en muchos pacientes con fibrilación auricular (FA). Sin embargo, tras CVE son posibles recurrencias de FA y eventos tromboembólicos. Objetivo: evaluar el mantenimiento de ritmo sinusal 3 meses tras CVE y factores asociados.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico, en 13 instituciones de España durante 2019 (estudio CONFIA) incluyendo pacientes sometidos a CVE por FANV con seguimiento presencial los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 332 CVE (69% varones, media 65 ± 11 años, CHA2DS2VASC $2,5 \pm 1,7$). Fue el primer episodio en 169 pacientes (51%) con una mediana de duración de FA de 69 días [33-126 días]. Hubo antecedentes de CVE previas en 90 pacientes (27%) y de ablación de FA en 15 (4,5%). Se administró tratamiento con antiarrítmicos en 159 pacientes (48%). La CVE fue efectiva en 299 pacientes (90%). El tratamiento antiarrítmico post-CVE se administró en 225 pacientes (68%), 10% cambiaron de fármaco antiarrítmico. El 89% (n=268) de los pacientes fueron seguidos durante 3 meses, presentando recurrencias 88 (33%), requiriendo nueva CVE en 15, ablación de FA en 16 y cambio de antiarrítmico en 38. Las recurrencias fueron más frecuentes en pacientes sin tratamiento antiarrítmico, 40% vs. 30% ($p = 0,11$). Tres 3 meses después de CVE, 180 pacientes (67%) no mostraron recurrencias.

Conclusiones: La CVE es una medida eficaz para restaurar el ritmo sinusal; sin embargo, las recurrencias a los 3 meses son frecuentes (33%), especialmente en pacientes sin tratamiento antiarrítmico.

548/192. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE REESTENOSIS INTRA-STENT Y EN LESIONES DE NOVO CON EL NUEVO SCORING-BALLOON LIBERADOR DE PACLITAXEL (ANGIOSCULPT X)

Miguel Ángel Montilla Garrido¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Dante P. Agip Fustamante¹, Alejandro Gutiérrez Barrios¹, Antonio E. Gómez Menchero¹, Dolores Cañadas Pruaño¹, Jessica Roa Garrido¹, Rosa María Cardenal Piris², German Calle Pérez¹, Jose F. Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Deutsches Herzzentrum, Munich, Alemania.

Introducción y objetivos: AngiosculptX unifica un Scoring balloon y la liberación de cristales de paclitaxel. Objetivos: evaluar la eficacia-seguridad en pacientes en vida real con

reestenosis intra-stent (RIS)/lesiones complejas *de novo* tratadas con *scoring-balloon* liberador de paclitaxel.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, en vida real, que incluye pacientes consecutivos que presentaron RIS o lesiones complejas *de novo* tratadas con AngioSculpt®X. Evaluando los ECAM (muerte CV, IAM, TLR, TVR).

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes/93 lesiones (73% varones, 68±10 años, 46% fumadores, 83% hipertensos, 62% diabéticos, 71% dislipémicos, 35% FEVI <60%). La presentación clínica fue 19% AE, 62% SCASEST y 5% SCACEST, el 84% acceso radial. El tipo de lesiones tratadas fueron: 35% (n=32) lesiones complejas *de novo*, 63% (n=57) RIS (previo BMS 19%; SES 9%; EES 26%; BES 20%; ZES 26%) con una media de tiempo hasta la RIS de 3,6 años. La longitud total de stent reestenoso fue 28±18 mm, con RIS sobre zona de solapamiento en el 18%. La arteria más tratada fue la descendente anterior (41%), seguida de la circunfleja (35%). El diámetro medio del dispositivo fue 2,9±0,4 mm y la longitud 14±4 mm, implantado a 16±3 atmósferas con T° de inflado medio 33±16 segundos. El ratio balón/arteria fue 0,99. Se realizó crossover a stent en 18 casos (19%). En un 12% se realizaron técnicas de imagen intracoronarias (OCT=7, IVUS=4). Durante 7±6 meses de seguimiento, se produjeron 10 MACE (muerte CV=1, IAM-no fatal=4, TLR=4, TVR=1).

Conclusiones: El uso de AngiosculptX es una alternativa segura y efectiva para el tratamiento de RIS y lesiones complejas *de novo*, con una tasa de TLR del 4,3%.

548/193. TRATAMIENTO DE LOS LEAKS PARAVALVULARES: CIERRE QUIRÚRGICO VS. PERCUTÁNEO EN UN CENTRO

Víctor M. Becerra Muñoz, Ana Isabel Molina Ramos, Gemma Sánchez Espín, Fernando Carrasco Chinchilla, Manuel Jiménez Navarro, Juan H. Alonso Briales, José María Melero Tejedor, José María Hernández García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Los leaks paravalvulares (LPV) ocurren en el 5-17% de los pacientes con prótesis valvulares quirúrgicas, y se asocian a una elevada morbimortalidad. Nuestro objetivo fue comparar las características y el pronóstico de los pacientes que se sometieron a un cierre del leak percutáneo (CLP) vs. cierre del leak quirúrgico (CLQ) en nuestro centro.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que compara las características basales, los detalles procedimentales y el pronóstico a 1 año de pacientes consecutivos sometidos a CLP o CLQ desde 2004 hasta 2017 en nuestro centro. El objetivo primario fue un compuesto de muerte, reintervención por LPV o reingreso por insuficiencia cardíaca (IC) al año.

Resultados: De 67 pacientes, 27 se sometieron a CLP y 40 a CLQ. Las localizaciones fueron: 43 mitrales (64.2%), 22 aórticas (32.8%) y 2 ambas (3%). Las indicaciones más frecuentes fueron IC (58.2%) o una combinación de IC y anemia hemolítica (34.33%). Los pacientes sometidos a CLP tuvieron menos casos de endocarditis previas (14.8% vs. 37.5%, $p < 0.001$) y mayor número de esternotomías previas (2.18 vs. 1.58, $p = 0.03$), pero ambos grupos tuvieron un riesgo quirúrgico similar (EUROSCORE 18.23 vs. 14.85, $p = 0.21$). El grupo sometido a CLP tuvo menor tiempo de estancia intrahospitalaria (10 vs. 32 días; $p = 0.048$). No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al *end-point* primario (Kaplan-Meyer: CLP 51.7% vs. CLQ 67.3%; $p = 0.12$).

Conclusiones: En nuestro centro, CLP y CLQ tuvieron un riesgo quirúrgico previo y un pronóstico a un año sin diferencias estadísticamente significativas.

548/194. ¿ES LA ESCALA CHA2DS2 VASC PREDICTOR DE FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS ABLACIÓN DE ISTMO CAVOTRICUSPÍDEO?

Rocío Rodríguez Delgado, Cristina Navarro Valverde, Marta Astudillo García, Ricardo Pavón Jiménez, Dolores García Medina y Francisco Javier Molano Casimiro

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Uno de los principales problemas tras la ablación del istmo cavotricuspídeo (ICT) en el flutter típico (Ft) es la aparición de fibrilación auricular (FA) en el seguimiento. Poder predecir qué pacientes desarrollarán FA es de vital importancia para evitar su elevada morbimortalidad, principalmente en relación con anticoagulación. En el momento actual no hay recomendaciones específicas para la anticoagulación tras ablación de ICT en pacientes sin FA previa. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la escala CHA2DS2 Vasc como factor predictor de aparición de FA en este perfil de pacientes. Esta escala no está validada actualmente para este fin.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo, en el que se incluyeron pacientes consecutivos derivados para ablación de ICT. Se diferenciaron dos cohortes en función del CHA2DS2 Vasc ≥ 2 o inferior. Se excluyeron pacientes con antecedente de FA.

Resultados: Se reclutaron 44 pacientes (62.4±10.8 años, 18.2% mujeres) con una mediana de seguimiento de 314 días (RIQ 192.5). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales (salvo las incluidas en CHA2DS2 Vasc), por lo que ambos grupos fueron comparables. No se encontraron diferencias en la incidencia de FA en el grupo de CHA2DS2 Vasc ≥ 2 frente a CHA2DS2 Vasc < 2 (7.4% vs. 17.6%; $p = 0.297$) Tampoco se encontraron diferencias en la aparición de FA intraprocedimiento.

Conclusiones: Una puntuación CHA2DS2 Vasc ≥ 2 no predijo en nuestra población una mayor incidencia de FA en el seguimiento tras ablación de ICT. Serían necesarios estudios con mayor seguimiento para evaluar estos resultados a largo plazo.

548/196. IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS GENÉTICO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ANEURISMAS DE AORTA TORÁCICA HEREDITARIOS NO SINDRÓMICOS

Víctor M. Becerra Muñoz¹, Ana Isabel González De Vicente², Patricia Fernández García¹, José Luis López Benítez¹, Manuel Jiménez Navarro¹, Juan José Gómez Doblas¹ y Fernando Cabrera Bueno¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Hasta el 20% de los pacientes con aneurismas de aorta ascendente (AAT) o disección tipo A (DTA) poseen un familiar de primer grado con el mismo antecedente. El diagnóstico de las aortopatías hereditarias no sindrómicas (AHNS), en las que no existe ningún dato clínico extravascular asociado, suponen un reto en la actualidad. Nuestro objetivo fue demostrar la relevancia que el estudio genético (EG) tuvo en el diagnóstico de los pacientes en estudio por posibles AHNS y su utilidad para descartar pacientes no portadores.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron los pacientes estudiados en una consulta de aortopatías familiares, entre septiembre de 2010 y mayo de 2018. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban rasgos compatibles con aortopatías hereditarias sindrómicas.

Resultados: Se solicitó EG en 45 pacientes sin criterios de ninguno de los síndromes que conllevan patología aórtica asociada, pero

con sospecha de agregación familiar. Este fue positivo para mutaciones al menos «posiblemente asociadas a AH» en 20. El *screening* familiar «en cascada» permitió identificar 19 pacientes más, y descartar la presencia de la variante en otros 17. Solo un 10,3% de las mutaciones estaban previamente descritas en la literatura, y la mayoría son de significado incierto. En 6 familias la genética permitió reclasificarlos a alguno de los síndromes que típicamente conllevan afectación aórtica.

Conclusiones: El EG permitió identificar a pacientes que pueden presentar una predisposición genética a presentar eventos aórticos (AAT o DTA). Asimismo, el estudio en cascada llevó a la identificación de numerosos familiares también portadores.

548/197. ¿UN NUEVO PROBLEMA? ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN TAVI (TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION)

Iria Ruth Martínez Primoy, Román Calvo Jambrina, Jesús Carmona Carmona, Luis Eduardo López Cortés, Juan Gálvez Acebal e Irene Méndez Santos

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) sobre TAVI es una complicación infrecuente, aunque se prevé un aumento de casos acorde al aumento progresivo de TAVI implantados. Además, presenta mayor dificultad diagnóstica que las EI sobre válvula nativa, siendo insuficientes los criterios diagnósticos de Duke. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia de EI-post-TAVI en nuestro centro y describir las características de estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, que analiza pacientes sometidos a implante de TAVI en nuestro servicio entre 01-2016 y 02-2020, con desarrollo posterior de EI.

Resultados: Se registraron 4 casos, un 2.35% de las TAVI implantadas y un 3.57% de las EI diagnosticadas en ese periodo. La edad y el euroSCORE medios de los pacientes afectados fueron de 79.5 ± 5.06 años y 3.32 ± 2.11 , respectivamente. Se realizaron 2 implantes por vía femoral (prótesis Edwards-SAPIEN3), 1 transubclavia (prótesis Portico) y 1 transapical (prótesis Edwards-SAPIEN3). Hubo 1 caso de EI precoz por *E. faecalis* y 3 tardías, 2 por SAMS y 1 por *E. faecalis*. En 2 casos la clínica inicial fue síndrome febril, 1 insuficiencia cardíaca y 1 shock séptico. Las ETE presentaron 1 absceso periaórtico, 1 engrosamiento precoz de velos no sugestivo de endocarditis, 1 verruga endocárdica sobre válvula mitral nativa y posterior fístula mitroaórtica y 1 prueba normal. En 2 casos se realizó PET-TAC. Pese a la indicación quirúrgica, todos fueron tratados conservadoramente por alto riesgo quirúrgico. Un paciente falleció y ha habido 1 recidiva, actualmente en tratamiento.

Conclusiones: Las EI sobre TAVI son poco frecuentes y difíciles de diagnosticar. En nuestro centro, se trató conservadoramente a todos los pacientes; sin embargo, se requieren estudios para conocer la mejor opción terapéutica a medida que aumenten las indicaciones de TAVI en pacientes con menor riesgo quirúrgico.

548/198. STENT BIOMIME EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Jaime González Lozano, Patricia Ruiz Martín, Carlos Sánchez González y Manuel de Mora Martín

Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Biomime es un *stent* liberador de sirolimus, largo y conificado, diseñado para el tratamiento de lesiones coronarias extensas. El objetivo de nuestro estudio

es analizar las características basales de los pacientes a los que se les implantó este *stent*, así como sus resultados durante el seguimiento.

Métodos: Analizamos una serie de casos consecutivos con seguimiento prospectivo entre junio de 2019 y febrero de 2020. **Resultados:** De los 25 pacientes analizados, el 84% fueron varones, el 60% diabéticos tipo II y un 40% tenía antecedentes de enfermedad coronaria. El motivo más frecuente de revascularización fue el síndrome coronario agudo (60%). Presentaron enfermedad coronaria multivasa el 44% de los casos y en un 52% la arteria tratada con Biomime fue la descendente anterior. El *stent* tuvo una longitud media de 51.6 mm, un diámetro proximal medio de 3,03 mm y un diámetro distal medio de 2,57 mm. La tasa de éxito del implante fue del 100%, realizándose predilatación en el 100% de los casos y posdilatación en el 48%. En el 60% de los casos se llevó a cabo una revascularización coronaria completa. Durante el seguimiento, se observaron 2 casos de trombosis aguda.

Conclusiones: En nuestra serie, Biomime permitió el tratamiento de lesiones coronarias extensas con una alta tasa de éxito inicial y una incidencia de trombosis que merecería ser objeto de estudio en futuros análisis.

548/199. EL ROL DE LA PREPARACIÓN DE LA PLACA CORONARIA Y EL TIPO DE BALÓN USADO PREVIO AL TRATAMIENTO DE LESIONES CORONARIAS DE NOVO CON BALÓN RECUBIERTO DE FÁRMACO

Carmen Lluch Requerey¹, Dante P. Agip Fustamante¹, Samuel Ortiz Cruces¹, Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Miguel Ángel Montilla Garrido¹, Santiago Jesús Camacho Freire¹, Jessica Roa Garrido¹, Rosa María Cardenal Piris², Antonio Enrique Gómez Menchero¹ y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Deutsches Herzzentrum, Munich, Alemania.

Introducción y objetivos: Previa a la utilización de balones recubiertos de fármacos (DCV), se recomienda preparar las lesiones coronarias para mejores resultados. **Objetivos:** Evaluar la eficacia de la preparación de lesiones coronarias previas al uso DCV.

Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo desde mayo de 2009 a diciembre de 2019 incluyendo pacientes a los que se les aplicaron DCB en lesiones coronarias *de novo*. **End-point:** reestenosis. **End-point secundarios:** fracaso de técnica, trombosis y demás causas de mortalidad.

Resultados: La arteria descendente anterior fue la más implicada (40%). El 39% fueron lesiones calcificadas con diámetro del lumen mínimo de 0.7 ± 0.4 mm y diámetro de estenosis predilatación de $83.1 \pm 10.8\%$. Se empleó predilatación en 186 lesiones (76% semi-compliant balloon, 4% non-compliant balloon (NC) y 15% scoring balloon). El diámetro medio del balón fue 2.3 ± 0.4 mm y longitud media de 13.0 ± 3.8 mm, implantado a 13.9 ± 2.0 atmósferas con una estenosis residual después de la predilatación $< 20\%$ en el 94.6% de los casos. La posdilatación fue empleada en 38 lesiones con implantación de *stent* en el 35.4% de los casos con un éxito del 100%. El porcentaje de reestenosis a los 3 años fue del 6.5%, independientemente de si se empleó o no preparación previa (6.5 vs. 6.7%, $p=0.96$) pero si cambiaba según el tipo de balón (3.5% semi compliant/25%NCballoon/13.9%scoring, $p=0.008$). Riesgo de sesgo de selección, pues en aquellas lesiones más complejas se prefirió el semicompliant.

Conclusiones: El uso de DCB para lesiones coronarias *de novo* es una técnica eficaz y segura con baja incidencia de reestenosis. No existen diferencias significativas en resultados según el uso o no de predilatación, pero el tipo de balón podría ser importante.