

Cardioclínica 2026

Reunión anual de la Asociación de Cardiología Clínica
de la Sociedad Española de Cardiología

Palma de Mallorca, 16-18 de abril de 2026

Cardioclínica 2026

Reunión anual de la Asociación de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología

Palma de Mallorca, 16-18 de abril de 2026

Comité Organizador

Dr. David Vivas Balcones

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Dr. Sergio Raposeiras Roubin

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

Dra. Clara Bonanad Lozano

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Dra. Elena Fortuny Frau

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Dr. Diego Segura-Rodríguez

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

Comité Científico

Dr. David Vivas Balcones

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Dr. Sergio Raposeiras Roubin

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra

Dra. Clara Bonanad Lozano

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia

Dra. Elena Fortuny Frau

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Dr. Diego Segura-Rodríguez

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

Dr. José María Gámez

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Dr. Hugo del Castillo

Hospital Universitario Son Llátzer, Palma de Mallorca

y Hospital Juaneda Miramar, Palma de Mallorca

Dr. Vicente Peral

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

Las comunicaciones de este suplemento han sido revisadas por el Comité Científico de la Asociación de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología y se publican respetando el criterio de los autores. REC: CardioClinics no es responsable de errores o discrepancias.

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Cardioclínica 2026

Reunión anual de la Asociación de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología

Palma de Mallorca, 16-18 de abril de 2026

O-01. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CARGA DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO, OBESIDAD CENTRAL Y PATRONES TERAPÉUTICOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA EN ESPAÑA: ESTUDIO RIESCAR

Juan Cosin Sales Sales¹, Raquel Campuzano Ruiz², Ángel Cequier Fillat³, Pablo Díez-Villanueva⁴, Javier Muñoz García⁵ y Juan José Gómez Doblás⁶

¹Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

²Servicio de Cardiología, Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón,

Madrid. ³Servicio de Cardiología, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona.

⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

⁵Servicio de Cardiología, ODDS, A Coruña.

⁶Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La evidencia sobre el perfil clínico de los pacientes atendidos en consultas externas de cardiología es escasa. Dada la expansión de la enfermedad cardiometabólica y creciente multimorbilidad cardiovascular, disponer de datos de práctica clínica es esencial para optimizar la prevención. El estudio RIESCAR evalúa la carga cardiometabólica y patrones terapéuticos de los pacientes atendidos en consultas.

Métodos: RIESCAR es un estudio observacional, multicéntrico, con diseño transversal y longitudinal. Este análisis corresponde a la fase transversal e incluyó 2,808 pacientes consecutivos evaluados en consultas externas de cardiología. Se recogieron factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, comorbilidades, parámetros antropométricos, analíticos, y tratamientos. Los pacientes se estratificaron según la presencia de enfermedad cardiovascular establecida.

Resultados: La cohorte presentó una carga cardiometabólica elevada, con hipertensión arterial (60%), dislipidemia (59%), diabetes mellitus (25%) y sobrepeso u obesidad (56%). La obesidad central estuvo presente en casi la mitad de los pacientes. La enfermedad cardiovascular establecida se documentó en el 59,7% (figura 1). El colesterol LDL medio fue de 93 mg/dl, y el 37% de los pacientes de muy alto riesgo alcanzó cifras < 55 mg/dl. Los pacientes recibían una media de $3,89 \pm 2,81$ fármacos cardiovasculares (figura 2). Persistieron brechas terapéu-

Figura 1. Representación de las distintas cardiopatías

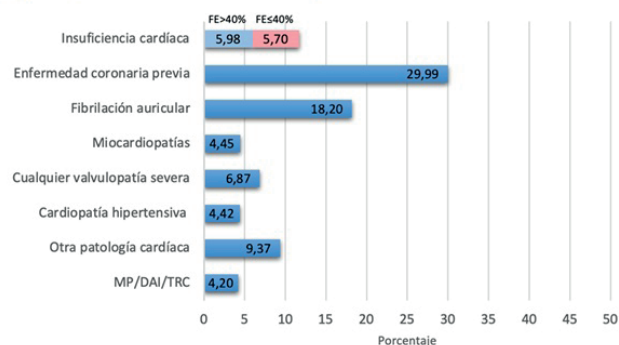
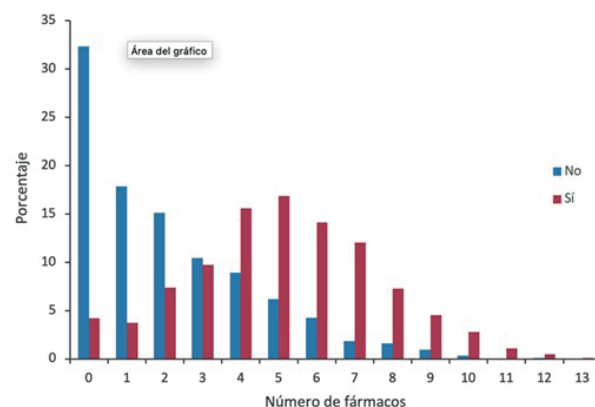


Figura 2. Número de fármacos por pacientes según cardiopatía previa



ticas en el control lipídico y en el uso de agonistas del receptor de GLP-1.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en nuestras consultas presentan una elevada carga cardiometabólica. Más de un tercio no tiene enfermedad cardiovascular establecida, existiendo una clara oportunidad para optimizar estrategias preventivas y el control de los factores de riesgo.

O-02. TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE GRAN CALIBRE FRENTE A ANTICOAGULACIÓN EN LA EMBOLIA PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO

Gonzalo García Martí¹, Carlos Ferrera Durán¹, Francisco Noriega Sanz¹, María Eugenia Vázquez Álvarez², Maite Velázquez Martín³, Daniel Tébar Márquez⁴, Fernando Sabatel Pérez⁵, Pablo de la Fuente López⁶, Pablo Salinas Sanguino¹ y Ana Viana Tejedor¹

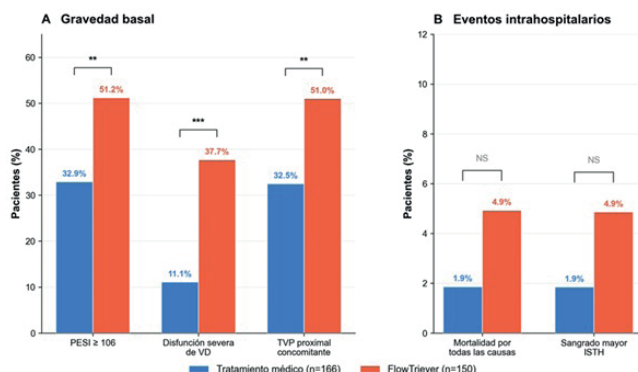
¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de San Cecilio, Granada. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: La trombectomía mecánica de gran calibre ha emergido como una alternativa terapéutica en la embolia pulmonar (EP) de riesgo intermedio-alto, aunque la evidencia comparativa frente a la anticoagulación aún es escasa, habiendo ensayos clínicos aleatorizados en marcha. Nuestro objetivo fue comparar las características basales, la evolución hemodinámica precoz y los eventos intrahospitalarios entre ambas estrategias en un registro multicéntrico nacional.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes en 16 hospitales con EP de riesgo intermedio-alto. Se compararon dos grupos: FlowTrier (n = 150) versus anticoagulación (n = 166). Las variables continuas se expresaron como mediana [rango intercuartílico] y se compararon mediante el test de Mann-Whitney. Las categóricas se analizaron con chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: Los pacientes tratados con FlowTrier presentaron mayor gravedad basal: puntuación PESI superior (107 frente a 92; p < 0,001), mayor ratio ventrículo derecho/ventrículo izquierdo en tomografía computarizada (1,3 frente a 1,2; p < 0,001) y más disfunción grave ventricular derecha (37,7 frente a 11,3%; p < 0,001). No hubo diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria (4,9% frente a 1,9%; p = 0,198) ni sangrado mayor (4,9 frente a 1,9%; p = 0,198). FlowTrier mostró mayor reducción de frecuencia cardiaca a las 48 horas (-25 frente a -16 latidos por minuto; p < 0,001).

Conclusiones: A pesar de presentar mayor gravedad basal, los pacientes tratados con trombectomía mecánica de gran calibre mostraron mortalidad y sangrado mayor similares al tratamiento médico, con una mejoría hemodinámica precoz más pronunciada; por lo que este dispositivo parece una opción segura y eficaz en la EP de riesgo intermedio-alto con mayor carga de enfermedad.



O-03. ¿CUALES SON LOS PRINCIPALES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA NO REVASCULARIZABLE? ¿EXISTEN DIFERENCIAS POR GÉNERO?

Esmeralda Capin Sampedro¹, Íñigo Manuel Lozano Martínez-Luengas², María Isabel Soto Ruiz³, Luis Gutiérrez de la Varga¹, Alejandro Gullón de la Roza⁴ y Pablo Avanzas Fernández⁴

¹Servicio de Cardiología clínica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias. ³Unidad Coronaria, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias.

Introducción y objetivos: La revascularización quirúrgica y percutánea constituye un tratamiento efectivo para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad en pacientes con enfermedad de tres vasos. Sin embargo, en algunos casos, la intervención es inviable con un alto riesgo de mortalidad a largo plazo. Este estudio tiene como objetivo identificar predictores de mortalidad en pacientes con enfermedad de tres vasos no revascularizable y analizar las diferencias de género.

Métodos: Análisis retrospectivo (1998-2015) de 509 pacientes con enfermedad coronaria difusa. Se recopilan datos sociodemográficos, clínicos, ecocardiográficos, analíticos, tratamientos, de hospitalización y de seguimiento. Las diferencias entre sexos se evalúan mediante comparaciones de medias, proporciones, y curvas de supervivencia de Kaplan-Meier a 5 y 20 años. Además, se evalúan los predictores de mortalidad a 5 y 20 años mediante modelos de regresión de Cox validados por el índice C de Harrell.

Resultados: Los predictores de mortalidad más frecuentemente presentes en los modelos son la edad, infarto previo, el bloqueo de rama izquierda, la enfermedad de tronco y la insuficiencia mitral, mientras que los protectores son la presencia de hipertensión, el nivel de hemoglobina y la fracción de eyección. En el análisis a 20 años las mujeres muestran marcada tendencia cercana a la significación en mortalidad total.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad de tres vasos no revascularizable de esta serie presentan elevada prevalencia de factores de riesgo y de mortalidad a largo plazo. Las diferencias de género subrayan la importancia de un enfoque personalizado, especialmente en mujeres con perfiles de riesgo distintos.

4.5.3. Análisis multivariante de mortalidad total con tratamiento a 5 años

La tabla 17 presenta los resultados del análisis multivariante, que incorpora los tratamientos y todas las variables con valor de p < 0,20 en el análisis univariante.

	HR	IC (95%)	Valor p
Edad (años)	1,02	1,00-1,03	0,025
Hipertensión arterial	0,71	0,52-0,96	0,027
Infarto previo	1,44	1,09-1,92	0,011
Hemoglobina (gr/dl)	0,86	0,80-0,91	<0,001
Fracción eyección (%)	0,98	0,97-0,98	<0,001
Enfermedad del tronco	1,33	1,01-1,77	0,044
Insuficiencia mitral ≥ 3	1,70	1,02-2,81	0,040
Hepatopatía	1,87	1,11-3,12	0,003
Digoxina	1,95	1,41-2,71	<0,001
Estatinas	0,59	0,44-0,78	<0,001
ARM	0,52	0,35-0,78	0,001
Desfibrilador	0,46	0,24-0,88	0,018
Marcapasos tricameral	0,27	0,08-0,85	0,025

Tabla 17. Análisis multivariante de mortalidad total a 5 años, incluyendo tratamientos. ARM: antagonista del receptor mineralocorticoide.

O-04. RESULTADOS A UN AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN TIPO DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD RENAL

María Anguita Gámez¹, Alberto Esteban Fernández², Juan Luis Bonilla Palomas³, Sonia Mirabet Perez⁴, Javier Muñoz García⁵, Alejandro Recio Mayoral⁶, Rafael González Manzanares¹ y Manuel Anguita Sánchez¹

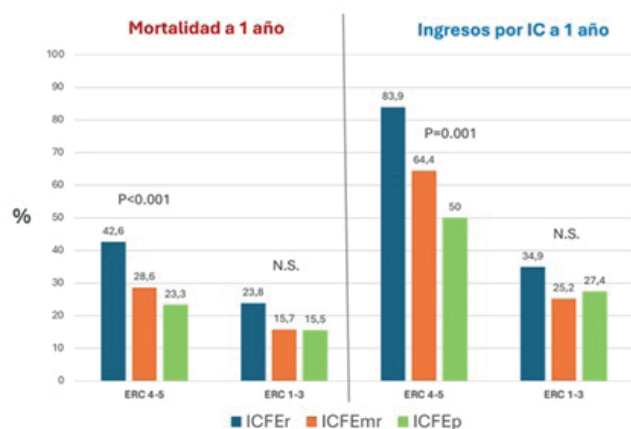
¹Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Córdoba. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Sant Pau, Barcelona. ⁵Servicio de Cardiología, Instituto de Investigación Biomédica de La Coruña (INIBIC), A Coruña. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) presenta elevada mortalidad y alta tasa de descompensaciones. La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente en pacientes con IC y empeora su pronóstico. Existe escasa información sobre la interacción entre la gravedad de la ERC y el tipo de IC —FEVI reducida (IC-FER), ligeramente reducida (IC-FElr) y preservada (IC-FEp)— en términos de tratamiento farmacológico y pronóstico. El objetivo fue analizar en un registro contemporáneo de pacientes con IC seguidos en unidades especializadas en España, las diferencias en características clínicas, tratamiento y resultados a un año según el tipo de IC y el estadio de ERC (4–5 frente a 1–3).

Métodos: Se analizaron datos del registro del programa de acreditación SEC-Excelente-IC de la Sociedad Española de Cardiología. Se incluyeron 2.245 pacientes con IC entre 2019 y 2024, procedentes de 68 unidades especializadas, reclutados de forma consecutiva en dos cortes anuales. Se compararon características clínicas, tratamiento y mortalidad y hospitalización por IC al año según tipo de IC y estadio de ERC.

Resultados: El 54,2% presentaba IC-FER, el 12% IC-FElr y el 33,8% IC-FEp. La ERC estadio 4-5 estuvo presente en el 9,9%. Los pacientes con ERC avanzada recibieron menos ARNI, antagonistas de mineralocorticoides, betabloqueantes e iS-GLT2. La mortalidad y hospitalizaciones al año fueron mayores en IC-FER y menores en IC-FEp solo en presencia de ERC estadio 4–5.

Conclusiones: Existe una interacción significativa entre disfunción renal avanzada y tipo de IC en los eventos a un año, observándose diferencias pronósticas únicamente en los estadios más graves de ERC.



O-05. SCORE MULTIMODAL DE CONGESTIÓN SUBCLÍNICA COMO PREDICTOR DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Alba Izquierdo Hernández¹, Alba García Suárez², Nuria Vicente Ibarra¹, Marina del Río López¹, Cristina Lledó Ortiz¹, Gabriel Ferrer Peñalver¹, Aitana Antolinos Martínez¹, Xavier Pascual López¹ y Pedro Morillas Blasco¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER) es una entidad crónica caracterizada por episodios recurrentes de descompensación. Aunque el paciente se encuentre clínicamente estable, puede persistir congestión residual no evidente en la exploración física. La congestión subclínica se asocia con peor pronóstico, si bien su prevalencia y capacidad de estratificación del riesgo en pacientes ambulatorios no están bien definidas. El objetivo fue determinar si un score multimodal de congestión subclínica, que integre parámetros estructurales y biomarcadores, estratifica el riesgo de hospitalización por descompensación en pacientes con IC-FER clínicamente estables.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes con IC-FER estables seguidos en la consulta de Insuficiencia Cardiaca Optimizada entre mayo de 2023 y enero de 2025. Se recogieron variables analíticas, ecocardiográficas y parámetros de bioimpedancia para construir un score de congestión subclínica. Posteriormente, se analizó su asociación con la descompensación de IC y mortalidad por todas las causas.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con IC crónica, los cuales presentaron una FEVI media del 35,9%, siendo el 19,7% mujeres. El score clasificó al 46% en bajo riesgo, 31,8% en riesgo intermedio y 22,2% en alto riesgo. Más del 60% recibía cuádruple terapia. Se observó asociación significativa entre mayor puntuación y hospitalización por descompensación ($p < 0,01$), sin relación con mortalidad.

Score	Puntos
NTproBNP > 1.000 pg/mL	1
CA125 > 35 U/mL	1
Aurícula izquierda dilatada	1
Agua extracelular > 45%	1

Conclusiones: En IC-FER estable, un score multimodal de congestión subclínica identifica mayor riesgo de hospitalización pese a tratamiento optimizado.

P-001. DIFERENCIAS EN LA EMPATÍA PERCIBIDA DURANTE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: RESULTADOS DEL PROYECTO LUCCASS

David Vivas¹, Román Freixa-Pamias², Enrique Sánchez-Aranda³, Rafael González-Manzanares⁴, Sergio Raposeiras⁵, Clara Bonanad⁶, Diego Segura-Rodríguez⁷ y Elena Fortuny⁸

¹⁰Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Servicio de Cardiología, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona.

³Psicología, Ennsaio, Barcelona. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra.

⁶Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

⁷Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

⁸Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción y objetivos: La empatía es un componente esencial de la relación médico-paciente y se asocia a mayor adherencia, satisfacción y mejores resultados clínicos en cardiología. No obstante, pueden existir discrepancias entre la empatía que el médico cree transmitir y la que el paciente percibe. El proyecto LUGASS (Liderazgo en habilidades comunicativas del Cardiólogo Clínico, Aprendizaje de técnicas Soft Skills y humanización de la medicina) evaluó esta posible disonancia en un entorno multicéntrico.

Métodos: Se realizaron 6 preguntas paralelas a 266 médicos y 857 pacientes de 4 centros (figura 1). Cada ítem se puntuó en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo). Las diferencias se analizaron mediante test de Wilcoxon. Además, se aplicaron modelos mixtos ordinales de probabilidades proporcionales, considerando el grupo (médico vs. paciente) como efecto fijo y el centro como efecto aleatorio. Los resultados se expresan como *odds ratios* (OR) ajustados con IC95%. La representación gráfica se realizó con *kernel density plots*.

Resultados: Se observaron diferencias significativas en los seis ítems ($p < 0,001$, figura 2). Los médicos otorgaron puntuaciones sistemáticamente más altas que los pacientes. Los modelos mixtos confirmaron mayor probabilidad de asignar puntuaciones elevadas en el grupo médico (OR ajustados > 1 en todos los ítems).

Conclusiones: Existe una disonancia significativa entre la empatía percibida por médicos y la experimentada por pacientes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias formativas y sistemas de retroalimentación centrados en la experiencia del paciente para fortalecer la alianza terapéutica en cardiología.

P-002. LP(A): EL RIESGO OCULTO TRAS EL SCA

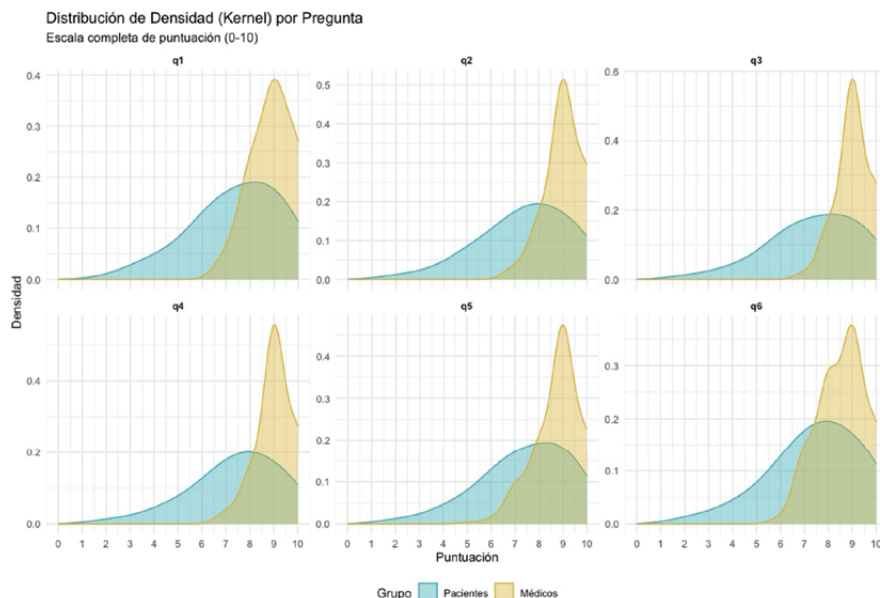
María Gracia García Romero¹, Isaac Martínez Bendayán², Elena Díez Lobo³, Javier Rey Carbón⁴, Ramón Calviño Santos⁵, Olatz Sagastagoia Epelde⁶, Fernando Bayona Gracia¹, Alfredo Puy Núñez¹, Ester Suárez Castro¹ y Raquel Marzoa Rivas²

¹Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña. ²Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña. ³Servicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña. ⁴Servicio de Informática, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña. ⁵Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ⁶Servicio de Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña.

Introducción y objetivos: En el subestudio PROSPECT II, lipoproteína(a) [Lp(a)] elevada se asoció a placas vulnerables

- **Pregunta 1**
 - Médico: ¿Cree que sus pacientes comprenden claramente la información que les proporciona?
 - Paciente: ¿Ha entendido con claridad lo que el médico le ha explicado sobre su enfermedad o tratamiento?
- **Pregunta 2**
 - Médico: ¿Considera que en el acto médico da a sus pacientes el espacio suficiente para expresar dudas?
 - Paciente: ¿Ha sentido que podía expresar libremente sus dudas o preocupaciones?
- **Pregunta 3**
 - Médico: ¿Cree que escucha activamente lo que sus pacientes le han querido expresar?
 - Paciente: ¿Ha sentido que el médico le ha escuchado con atención?
- **Pregunta 4**
 - Médico: ¿Muestra una actitud empática y humana durante la interacción con sus pacientes?
 - Paciente: ¿Se ha sentido comprendido y tratado con empatía durante la interacción?
- **Pregunta 5**
 - Médico: ¿Considera que sus pacientes son partícipes en la toma de decisiones?
 - Paciente: ¿Ha sentido que ha participado en las decisiones sobre su tratamiento?
- **Pregunta 6**
 - Médico: ¿Cree que genera confianza en sus pacientes tras el acto médico?
 - Paciente: ¿Cuánta confianza le ha generado el médico en esta visita?

Póster P-001 Figura 1



Póster P-001 Figura 2

en pacientes post-SCA, sin relación con extensión de enfermedad coronaria aterosclerótica (eECA). El objetivo principal fue evaluar asociación entre Lp(a) y eECA en pacientes con SCA, considerando como referencia la angiografía del evento. Como objetivo secundario se exploró la relación entre Lp(a) y eventos recurrentes coronarios/neurológicos/vasculares.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico en una cohorte de 597 pacientes con SCA. eECA se definió según el número de vasos con estenosis significativa ($\geq 70\%$ CX/CD/DA/RM; $\geq 50\%$ TCI) y se evaluó su asociación con niveles de Lp(a) (log-transformada/categorica). Se realizaron análisis multivariados ajustados por edad/sexo/DM/LDL-c y tabaquismo para determinar la asociación de Lp(a) con eventos recurrentes coronarios/periféricos. **Resultados:** Los 597 pacientes (66,5 años, 74,3% DL, 25,9% DM, 58,4% HTA, 32,8% tabaquismo, 36,8%OB), presentaron Lp(a) media 85 mg/dl (mediana 55,6). El 53,2% presentaban valores > 50 mg/dl, 25,7% > 125 mg/dl y 11,9% > 180 mg/dl. Log-Lp(a) se asoció significativamente con número de vasos afectados ($r = 0,094$; $p = 0,023$), siendo Lp(a) ≥ 125 mg/dl el punto de corte con una asociación más robusta a eECA ($p = 0,003$). En el 23,1% se observó enfermedad coronaria recurrente (ECR). En el análisis multivariable, Lp(a) ≥ 125 mg/dl se asoció a mayor riesgo de ECR, con incremento relativo del riesgo del 68% (OR 1,68; IC95%1,06-2,65; $p = 0,026$). No se observó asociación entre Lp(a) y evento recurrente a otros niveles.

Conclusiones: Los niveles de Lp(a) se asociaron con eECA cuando se evalúa previamente a la revascularización y con ECR. Lp(a) ≥ 125 mg/dl identifican un subgrupo con riesgo residual muy elevado e independiente de los factores de riesgo tradicionales. Lp(a) debería considerarse de forma sistemática en la estratificación pronóstica/planificación del seguimiento tras un SCA.

P-003. FENOTIPO CLÍNICO Y RIESGO RESIDUAL ASOCIADO A LIPOPROTEÍNA(A) CLINICAMENTE RELEVANTE EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ

Favian Alexis Barcelay Leyva¹, Moises Barrantes Castillo¹, David A. Minchola Guardia¹, Marina Puigbert Castillo¹, María Fernanda Sánchez León¹ y Juan Carlos Sevilla Moya²

¹Servicio de Cardiología, Unidad de dolor torácico y síndrome coronario crónico, Hospital de Palamós, Palamós, Girona. ²Servicio de Medicina Interna, Unidad de Lípidos, Hospital de Palamós, Palamós, Girona.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un componente relevante del riesgo lipídico residual. En la cardiopatía isquémica precoz, su impacto sobre el fenotipo aterotrombótico y los eventos recurrentes en práctica clínica real está insuficientemente caracterizado. El objetivo fue evaluar la asociación entre Lp(a) ≥ 125 nmol/L y (a) un fenotipo clínico-angiográfico más aterotrombótico y (b) mayor riesgo residual durante el seguimiento.

Métodos: Cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica precoz (edad media $53,4 \pm 6,6$ años; 64% varones). El tabaquismo fue el factor de riesgo más prevalente (76%), seguido de hipertensión (46%) y diabetes (22%). La presentación más frecuente fue IAMCEST (44%). Se compararon características clínicas, angiográficas y evolutivas según Lp(a) ≥ 125 nmol/L.

Resultados: La prevalencia de Lp(a) ≥ 125 nmol/L fue 48%. Los pacientes con Lp(a) elevada mostraron tendencia a mayor complejidad angiográfica, con mayor frecuencia de lesiones tipo C (92 vs. 65%; $p = 0,057$) y enfermedad multivaso (67 vs. 46%). Recibieron con mayor frecuencia estatinas de alta intensidad (96 vs. 65%; $p = 0,020$) y ezetimiba (96 vs. 62%; $p = 0,010$). El objetivo LDL-C < 55 mg/dl se alcanzó en 28% a los 3 meses y 44% a los 6 meses. La recurrencia de IAM fue numéricamente superior en el grupo con Lp(a) elevada (25 vs. 8%), sin muertes cardiovasculares registradas.

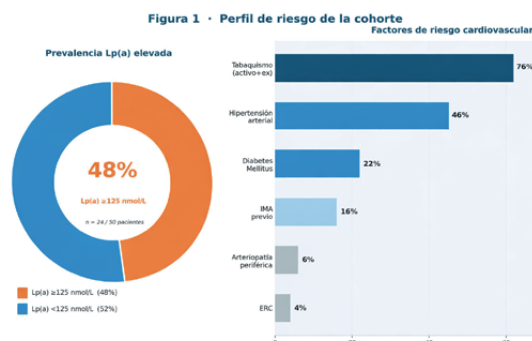


Figura 1. Izquierda: prevalencia de Lp(a) ≥ 125 nmol/L (48%) en la cohorte (donut). Derecha: prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.

Figura 2 · Tratamiento hipolipemiente y control lipídico

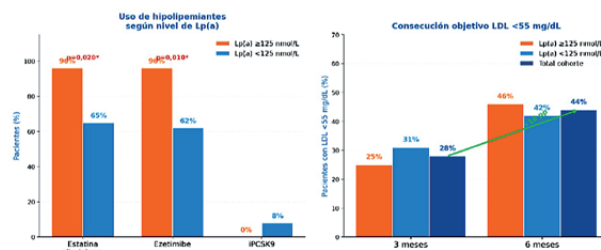
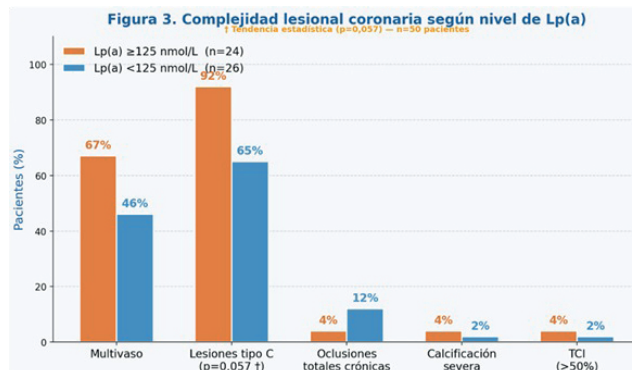


Figura 2. Izquierda: uso de hipolipemiantes según nivel de Lp(a) ($p < 0,05$). Derecha: consecución del objetivo LDL < 55 mg/dL a 3 y 6 meses por grupos y total.



Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes con cardiopatía isquémica precoz presentan Lp(a) ≥ 125 nmol/L, asociándose a mayor complejidad angiográfica y posible mayor riesgo residual, lo que apoya su determinación sistemática para optimizar la estratificación y la intensificación terapéutica.

P-004. VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADA EN PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL PARA EL CÁLCULO AUTOMÁTICO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE LA APP «CONTROL LIPÍDICO»

Asier Rubio Martínez, Thomas Julián del Santo O'Neill, Óscar García Durán, Yassin Daoud, Alberto Funes Almendros, Jesús Flores Soler, Christian Bengoa Terrero, Carla Peinado Escobar, David Vivas Balcones y Julián Pérez Villacastín

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: Es fundamental conocer el riesgo cardiovascular (RCV) de nuestros pacientes, aunque su cálculo no se realiza de manera generalizada por falta de tiempo, lo que empeora su control. La inteligencia artificial

ofrece una solución para facilitar este proceso. El objetivo es validar una herramienta de procesamiento de lenguaje natural (PLN) diseñada para extraer datos clínicos y analíticos de informes médicos y calcular el RCV.

Métodos: Se desarrolló un flujo local de cuatro modelos de inteligencia artificial especializados que digitaliza, extrae y valida datos clínicos y analíticos a partir de informes médicos. Los datos extraídos se introducen automáticamente en la app «Control Lipídico» de la SEC para el cálculo del RCV. Para la validación se seleccionó una muestra aleatoria de 97 pacientes (el 25% de la cohorte). Los resultados de la herramienta fueron comparados con el *gold standard*: el consenso surgido de la revisión independiente y ciega de los mismos casos realizada por cuatro cardiólogos.

Resultados: La herramienta demostró una alta concordancia en la extracción de variables fundamentales como el perfil lipídico o la enfermedad vascular aterosclerótica, con mayor rendimiento en las variables cuantitativas. Además, consiguió una buena concordancia en el cálculo del RCV (coeficiente kappa ponderado de 0,803). El procesamiento automático del RCV redujo el tiempo de evaluación frente al cálculo manual.

Conclusiones: Las herramientas de PLN agilizan el análisis de informes médicos. Esta tecnología es una opción fiable para el control del RCV con posibilidad de mejorar la toma de decisiones y la carga asistencial.

P-005. VALIDACIÓN EXTERNA DEL SCORE RAISE PARA EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

Álvaro Roldán Guerra, Ignacio Gallo Fernández, José López Aguilera, Mónica Delgado Ortega, Gloria Heredia Campos, Martín Ruiz Ortiz, Lucas Barreiro Mesa, Nerea Aguayo Caño, Cristina Urbano Sánchez y Dolores Mesa Rubio

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (AC-TTR) es más prevalente en pacientes con estenosis

aórtica grave (EAO). El score RAISE se propuso para identificar precozmente AC-TTR en EAO. Nuestro objetivo principal fue validar prospectivamente su capacidad discriminativa para AC-TTR en pacientes con EAO remitidos para implante percutáneo de válvula aórtica.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EAO candidatos a implante percutáneo de válvula aórtica entre 2021 y 2025. En todos se realizó una gammagrafía con ^{99m}tecnecio-difosfonato, se calculó el score RAISE, evaluando su rendimiento diagnóstico, y se comparó el perfil diferencial entre individuos con y sin AC-TTR.

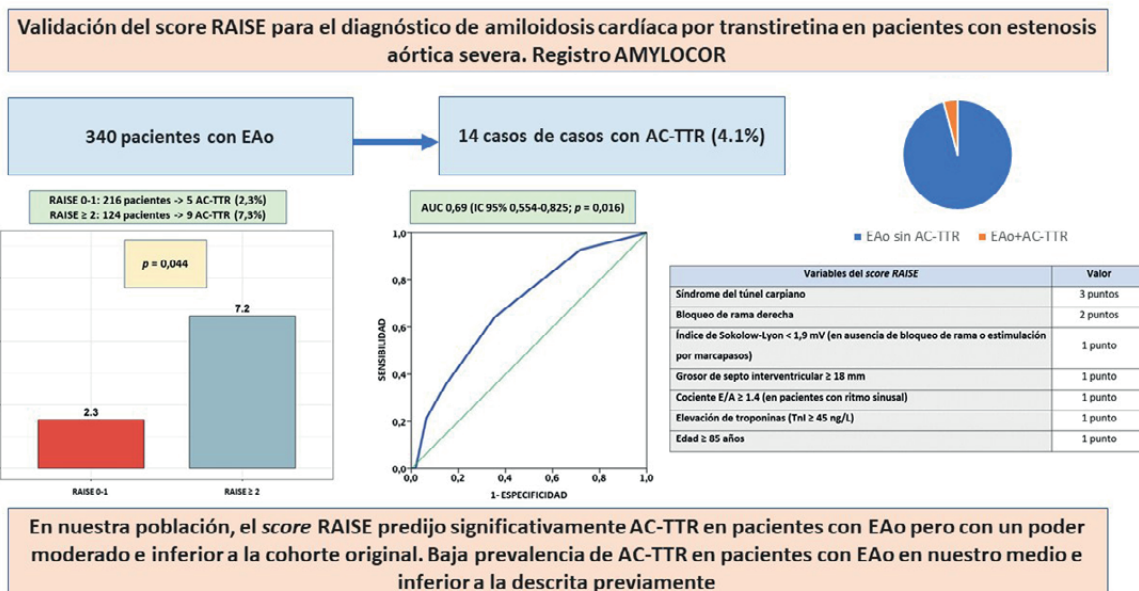
Resultados: Se analizaron 340 pacientes, identificándose 14 casos de AC-TTR (4,1%). Estos eran mayores (83,5 ± 6,7 vs. 79,1 ± 6,1 años, $p = 0,014$), con más patrón de pseudoinfarto (50,0 vs. 10,3%, $p = 0,001$), peor fracción eyección de ventrículo izquierdo (50,1% ± 16,1 vs. 62,4 ± 14,1%, $p = 0,002$) y valores inferiores de *strain* longitudinal global del ventrículo izquierdo (-11,4 ± 5,8 vs. -18,3 ± 5,2, $p = 0,001$) y de pared libre del ventrículo derecho (-16,0 ± 6,9 vs. -20,9 ± 7,8, $p = 0,044$). Presentaron niveles superiores de troponina I (93 [48-203] ng/L vs. 23 [13-53] ng/L, $p = 0,042$) y péptido natriurético cerebral (4.643 [2.951-22.252] pg/mL vs. 1.563 [667-4.282] pg/mL, $p = 0,014$). Un score RAISE ≥ 2 se asoció a mayor prevalencia de AC-TTR frente a valores de 0-1 (7,2 vs. 2,3%; $p = 0,044$). El área bajo la curva fue 0,69 (IC95% 0,554-0,825, $p = 0,016$).

Conclusiones: En nuestra población, el score RAISE predijo AC-TTR con capacidad moderada, peor que en la cohorte original. La prevalencia fue baja. Estos pacientes mostraron niveles superiores de biomarcadores y peores parámetros ecocardiográficos.

P-006. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MONITORIZACIÓN CON TELEMETRÍA ANTE EL SÍNCOPE DE CAUSA DESCONOCIDA

Jesús Cuesta Domingo, Elena García Losana, Nerea Velasco Pascual, Natalia Navarro Pelegrini, Jose Manuel Martínez Palomares, Ainhoa Aguinaga Mendibil, Esther Gigante Miravalles, Marta Flores Hernán, Marta Álvarez Sánchez y Luis Rodríguez Padial

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo.



Póster P-005 Figura

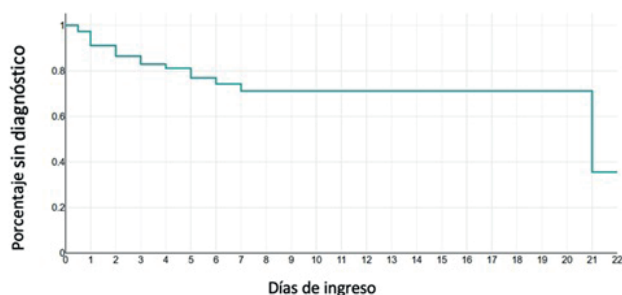
Introducción y objetivos: Determinar el rendimiento diagnóstico de la monitorización con telemetría durante el ingreso y del *Holter-Reveal* en la población ingresada por síncope de perfil cardiogénico de diagnóstico desconocido.

Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo (N = 115) realizado a partir de registros de admisión clínica. Para analizar la tasa de diagnóstico, se emplea una curva de Kaplan-Meier que enfrenta el porcentaje diagnosticado contra la duración del ingreso. Y para cuantificar estos hallazgos se calcula la sensibilidad de la monitorización hasta el 7.º día de ingreso.

Resultados: Las características poblacionales se representan en la tabla 1. En la curva Kaplan-Meier se observa una importante tasa de diagnóstico durante los primeros 7 días de ingreso. El día 21 que es un positivo sobre los pocos pacientes que han tenido un ingreso tan prolongado, por lo que no es un hallazgo relevante. En la tabla 2 se muestra la sensibilidad de la telemetría según la duración del ingreso.

N = 295		
Etiología		
Conocido		180
Desconocido		115
	Positivos	
	Al alta	24
	Seguimiento	8
Holter		37
Diagnóstico	Sí	7
	No	30

N. Días	Absoluto	Sensibilidad
< 1	3	9,4%
1	10	31,3%
2	15	46,9%
3	18	56,3%
4	19	59,4%
5	21	65,6%
6	22	68,8%
7	23	71,9%
Ingreso+ seguimiento	32	



Conclusiones: El rendimiento de la telemetría es alto durante los primeros 4/5 días aproximadamente, por lo que no parece que prolongar ingresos solamente para monitorizar sea una buena estrategia frente a medidas ambulatorias (*Holter/Reveal*), adaptándose a su disponibilidad en cada medio.

P-007. LIPOPROTEÍNA(A) Y RECURRENCIA CARDIOVASCULAR: ¿UN MARCADOR DE RIESGO RESIDUAL TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Cristina Álvarez, Olalla Arias García, Pablo Revilla Martí, Emilio Martín Serra Rojas, Carlos Soler Oltra, Marina Muñoz Gilabert, Aarón Borreguero Hernández y José Ramón Ruiz Arroyo

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La lipoproteína(a) (Lp(a)) es un factor de riesgo cardiovascular bien establecido, aunque su valor pronóstico a largo plazo tras un síndrome coronario agudo (SCA) no está claramente definido. La evidencia disponible sobre su relación con la recurrencia de eventos cardiovasculares en seguimientos prolongados es limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los niveles de Lp(a) y la aparición de nuevos eventos cardiovasculares tras un episodio inicial de SCA.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó 125 pacientes con diagnóstico de SCA en 2010, divididos según los niveles de Lp(a) ≤ 50 mg/dl (n = 67) y > 50 mg/dl (n = 58). Se analizó la aparición en los próximos 15 años de nuevos eventos: infarto agudo de miocardio (IAM), angina con necesidad de revascularización, insuficiencia cardíaca (IC), muerte cardiovascular y mortalidad por cualquier causa. La Lp(a) se determinó una única vez durante el ingreso inicial, junto con variables clínicas y analíticas.

Resultados: Los pacientes con Lp(a) elevada presentaron mayor edad media, sin diferencias en el resto de características basales. Durante el seguimiento, los niveles elevados de Lp(a) se asociaron significativamente con mayor incidencia de IC y mayor mortalidad por cualquier causa. Se observó una tendencia no significativa a mayor incidencia de IAM no fatal.

Variable	Lp(a) ≤ 50 mg/dL (n=67)	Lp(a) > 50 mg/dL (n=58)	Total (n=125)	p-valor
Sexo masculino, n (%)	60 (89,6%)	52 (89,7%)	112 (89,6%)	1
Edad (años), media ± DE	62,19±12,19	67,88±13,1	64,83±12,89	0,016
IMC (kg/m ²), media ± DE	28,21±3,76	27,83±3,27	28,03±3,52	0,927
Tabaco, n (%)	46 (68,7%)	30 (51,7%)	76 (60,8%)	0,067
DLP, n (%)	41 (61,2%)	36 (62,1%)	77 (61,6%)	1
DM II, n (%)	21 (31,3%)	15 (25,9%)	36 (28,8%)	0,556
HTA, n (%)	43 (64,2%)	35 (60,3%)	78 (62,4%)*	0,713
Cardiopatía isquémica previa, n (%)	16 (23,9%)	16 (27,6%)	32 (25,6%)*	0,684
Toma de estatinas, n (%)	23 (34,3%)	28 (48,3%)	51 (40,8%)	0,145
Analítica sanguínea				
HbA1c (%), media ± DE	6,19±1,24	6,4±1,49	6,3±1,36	0,426
Lp(a) (mg/dL), media ± DE	24,4±12,9	113±56,6	67,1±60,7	<0,01
CT (mg/dL), media ± DE	164,6±41,78	161,5±32,25	163,2±37,55	0,584
LDL (mg/dL), media ± DE	99,19±36,25	102,7±28,4	100,8±32,73	0,784
HDL (mg/dL), media ± DE	34,8±8,09	33,4±9,8	34,1±8,9	0,204
Eventos				
IAM no fatal, n (%)	1 (1,5%)	5 (8,6%)	6 (4,8%)	0,095
Muerte CV, n (%)	7 (10,4%)	9 (15,5%)	16 (12,8%)	0,432
Angina, n (%)	13 (19,4%)	6 (10,3%)	19 (15,2%)	0,213
IC, n (%)	4 (5,9%)	12 (20,7%)	16 (12,8%)	0,017
Muerte global, n (%)	24 (35,8%)	39 (67,2%)	63 (50,4%)	<0,01

Conclusiones: Valores elevados de Lp(a) se asociaron con un mayor riesgo de IC y mortalidad por cualquier causa en nuestra serie. Estos hallazgos sugieren el potencial de la Lp(a) como marcador pronóstico a largo plazo tras un SCA.

P-008. FENOTIPADO HEPÁTICO MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: PREVALENCIA DE PATRONES CONGESTIVOS VS. METABÓLICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Miguel Antonio Benedito Pallarés, Lorenzo Fácila, Vicente Montagud, María Lourdes Andreu, Javier Moya, Pau Aracil, Javier Poves, Carlos Ramón, Irene Serrano y Rafael Payá

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La interacción cardio-hepática es bidireccional y compleja. En la insuficiencia cardiaca (IC), la hepatopatía congestiva y la enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (MASLD) frecuentemente coexisten dificultando el manejo clínico. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil hepático de pacientes ambulatorios con IC mediante elastografía de transición (FibroScan), diferenciando entre rigidez sin esteatosis (sugestiva de congestión/fibrosis) y componente esteatótico (perfil metabólico).

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en una Unidad monográfica de IC. Se incluyeron 70 pacientes consecutivos a los que se midió rigidez hepática (LSM, en kPa) y parámetro de atenuación controlada (CAP, en dB/m) mediante dispositivo FibroScan el mismo día de la consulta. Se definieron cuatro fenotipos: normal (LSM < 7 kPa y CAP < 248 dB/m), metabólico (CAP ≥ 248 con LSM normal), congestivo (LSM ≥ 7 con CAP normal) y mixto (ambos parámetros elevados).

Resultados: La media de LSM fue $6,5 \pm 4,1$ kPa y la de CAP 235 ± 47 dB/m. El 47,1% (n = 33) presentó perfil hepático normal. El 52,9% (n = 37) restante mostró alteraciones: fenotipo metabólico 27,1% (n = 19), congestivo 12,9% (n = 9) y mixto 12,9% (n = 9). La prevalencia global de esteatosis hepática fue del 40%, y la de rigidez significativa 25,7%, alertando sobre posible fibrosis o congestión significativa no sospechada en pacientes con IC compensada.

Conclusiones: Existe una alta carga metabólica y de alteración en la elastografía hepática en pacientes con IC, lo que

refuerza la necesidad de terapias con beneficio dual cardio-metabólico. FibroScan permite identificar fenotipos diferenciados, orientando estrategias dirigidas al componente congestivo o metabólico.

P-009. ENDOCARDITIS Y CALCIFICACIÓN DEL ANILLO MITRAL: RESULTADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Isabel León Rubio León Rubio¹, Beatriz Miralles Vicedo¹ y Ana Isabel Martínez Martínez²

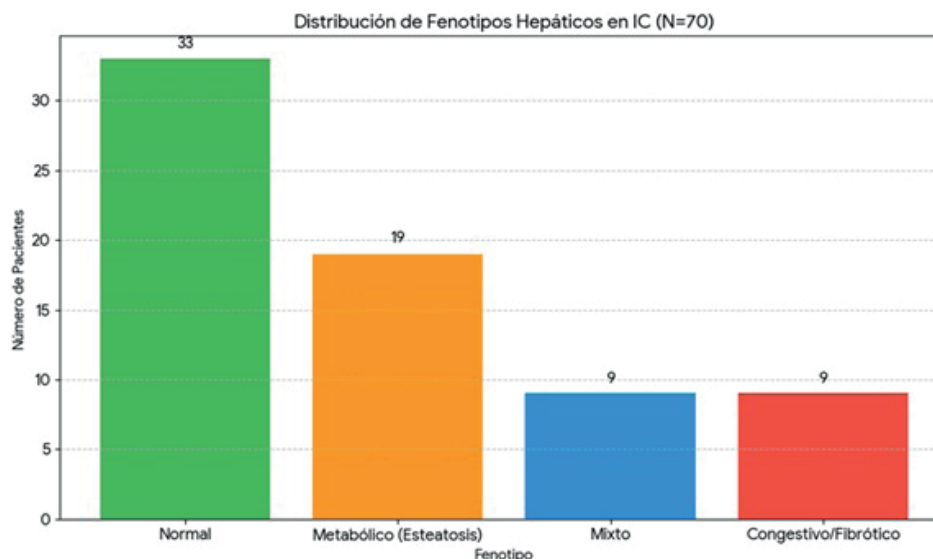
¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante. ²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) de la válvula mitral continúa asociándose a elevada morbimortalidad. La presencia de calcificación del anillo mitral (MAC) supone un sustrato anatómico complejo que puede condicionar el abordaje quirúrgico y el pronóstico. El objetivo del estudio fue analizar el impacto del MAC en las características clínicas, resultados quirúrgicos y evolución postoperatoria de pacientes intervenidos por EI mitral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con EI intervenidos quirúrgicamente en un hospital terciario entre 2014 y 2023. De 128 pacientes intervenidos, se incluyeron 43 con afectación mitral primaria, excluyendo prótesis previas. Se compararon variables demográficas, tipo de procedimiento, complicaciones postoperatorias y mortalidad entre pacientes con y sin MAC.

Resultados: Doce pacientes (27,9%) presentaron MAC. Estos fueron de mayor edad ($69,7 \pm 8,8$ vs. $58,4 \pm 13,9$ años; $p = 0,03$) y con mayor mortalidad ($41,7$ vs. $12,9\%$; $p = 0,04$). No hubo diferencias en estancia en UCI ni en tasa de reintervención. La anuloplastia mitral fue más frecuente en ausencia de MAC ($54,8$ vs. 25% ; $p = 0,048$). El exitus se asoció significativamente con shock, sepsis, ventilación mecánica prolongada, diálisis y complicaciones infecciosas.

Conclusiones: La presencia de MAC se asocia a mayor edad y mortalidad en la EI mitral quirúrgica, sin incrementar de forma independiente las complicaciones posoperatorias. El MAC



Póster P-008 Figura

limita la posibilidad de reparación valvular y puede identificar un subgrupo de mayor riesgo.

P-010. INFLUENCIA DE LA MICROBIOTA GÁSTRICA EN LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR: IMPACTO DEL *HELICOBACTER PYLORI* EN ESPAÑA

Cristina Álvarez¹, María Fumanal¹, Elena Alarcia¹, Olalla Arias¹, Pablo Revilla¹, Marta Latre², David Méndez¹, Javier Mario Valcuende¹, Luis René Puglla¹ y José Ramón Ruiz¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Servicio de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) se ha asociado a un mayor riesgo de síndrome coronario agudo (SCA), posiblemente mediado por alteraciones en el metabolismo lipídico. No obstante, la magnitud de este riesgo varía entre poblaciones y esta asociación continúa siendo controvertida. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la infección por *H. pylori* sobre los parámetros lipídicos y analizar su impacto en la gravedad del SCA.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a 60 pacientes con diagnóstico de SCA entre mayo de 2024 y abril de 2025. La infección por *H. pylori* se determinó mediante la detección del antígeno en heces. La gravedad del SCA se evaluó según el tipo de presentación clínica, el vaso afectado, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y los niveles máximos de troponina T ultrasensible.

Resultados: 24 pacientes (25%) presentaron antígeno positivo para *H. pylori*. No se observaron diferencias significativas respecto al colesterol total, LDL, HDL ni proteína C reactiva al ingreso. Sin embargo, los niveles de lipoproteína(a) fueron significativamente más bajos en los pacientes con infección por *H. pylori*. No se encontraron diferencias significativas en la gravedad del SCA, aunque se observó una tendencia no significativa a mayor prevalencia de SCACEST en el grupo antígeno *H. pylori* positivo.

Variable	Ag H. Pylori (+) (n=24)	Ag H. Pylori (-) (n=36)	Total (n=60)	p-valor	
Sexo, n (%)	Mujeres	6 (25%)	9 (25%)	15 (25%)	1
	Hombres	18 (75%)	27 (75%)	45 (75%)	
Edad (años), media ± DE	58,31±9,91	60,52±9,38	59,63±9,57	0,428	
IMC (kg/m ²), media ± DE	30,75±4,96	28,27±4,59	29,24±4,90	0,064	
Factores de Riesgo, n (%)	Tabaco	16 (66,67%)	22 (61,11%)	38 (63,33%)	0,786
	DLP	15 (62,50%)	22 (61,11%)	37 (61,67%)	1
	DM II	6 (25%)	5 (13,89%)	11 (18,33%)	0,321
	HTA	13 (54,17%)	16 (44,44%)	29 (48,33%)	0,599
Tratamiento IBP previo, n (%)	1 (4,17%)	9 (25%)	10 (16,67%)	0,04	
Adherencia Dieta Mediterránea, n (%)	Baja (<9)	17 (70,83%)	25 (69,44%)	42 (70%)	1
	Buena (≥9)	7 (29,17%)	11 (30,56%)	18 (30%)	
Datos Clínicos del SCA, n (%)	SCACEST	19 (79,17%)	23 (63,89%)	42 (70%)	0,258
	SCASEST	5 (20,83%)	13 (36,11%)	18 (30%)	
	FEVI ≥50%	20 (83,33%)	27 (75%)	47 (78,33%)	
	FEVI <50%	4 (16,67%)	9 (25%)	13 (21,67%)	
Analítica al ingreso, media (rango)	PCR (mg/L)	16,92 (0,4-89,8)	19,83 (0,03-130)	18,69	0,913
	CT (mg/dL)	198,59 (126-257)	198,13 (143-294)	198,31	0,531
	LDL (mg/dL)	125,77 (58-180)	124,33 (81-228)	124,91	0,651
	HDL (mg/dL)	45,29 (26-70)	45,70 (21-68)	45,53	0,492
	Lp(a) (mg/dL)	27,54 (0,8-126)	62,63 (2,6-425)	48,71	< 0,01
	TnT us pico	2106,6	2328,71	2239,86	0,678

Conclusiones: La infección por *H. pylori* no parece alterar de forma significativa la regulación del metabolismo lipídico en

la población española, así como tampoco supone una mayor gravedad del evento.

P-011. IMPACTO DE LA INSTILACIÓN DE CISPLATINO EN DERRAMES PERICÁRDICOS DE ETIOLOGÍA MALIGNA

Filipe Silva Vilela¹, Joana Ribeiro², Carla Oliveira Ferreira¹, Andreia Sousa¹, Bárbara Rocha¹, João Faria¹, Ana Sofia Fernandes¹, Mónica Dias¹, Rui Files Flores¹ y António Gaspar¹

¹Serviço de Cardiologia, Hospital Braga, Braga, Portugal. ²Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: El derrame pericárdico maligno es una manifestación de enfermedad oncológica avanzada, asociada con alta morbilidad y recurrencia tras el drenaje. La instilación intrapericárdica de cisplatino se propone para reducir la recurrencia, aunque la evidencia sigue siendo limitada. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de esta intervención en derrames pericárdicos neoplásicos.

Métodos: Estudio retrospectivo (2019-2024) con 35 pacientes: control (drenaje prolongado; n = 12) e intervención (instilación de cisplatino tras drenaje prolongado; n = 23). Se registraron datos clínicos, ecocardiográficos, analíticos y citológicos, así como recurrencia del derrame y complicaciones del procedimiento.

Resultados: Las características basales fueron similares; la mayoría tenía enfermedad avanzada (≥ 80% estadio IV). El adenocarcinoma de pulmón predominó, con mutaciones EGFR frecuentes. Durante la hospitalización, el grupo control presentó 16,7% de complicaciones (edema pulmonar agudo e hipotensión) y el grupo intervención 34,8% (arritmias 26,1%; síndrome febril 17,4%). Un paciente del control desarrolló pericarditis constrictiva tardía. La recurrencia del derrame ocurrió en 8,3% del control y 17,4% del grupo intervención, asociándose principalmente a adenocarcinoma de pulmón y mutaciones EGFR. No se observaron diferencias significativas entre grupos en complicaciones o recurrencia.

Conclusiones: La instilación intrapericárdica de cisplatino mostró un perfil de seguridad aceptable, pero no demostró superioridad sobre el drenaje prolongado para prevenir recurrencia. La alta prevalencia de mutaciones EGFR y la tendencia a mayor recurrencia sugieren que factores moleculares podrían influir en la evolución del derrame. Se necesitan estudios prospectivos más amplios para optimizar estrategias terapéuticas.

P-012. RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: IMPACTO DEL COLESTEROL LDL Y LOS TRIGLICÉRIDOS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

Filipe Silva Vilela¹, Eduardo Silva Santos², Carla Oliveira Ferreira¹, Andreia Sousa¹, Bárbara Rocha¹, João Faria¹, Ana Sofia Fernandes¹, Mónica Dias¹ y António Gaspar¹

¹Serviço de Cardiologia, Hospital Braga, Braga, Portugal. ²Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: Tras un infarto agudo de miocardio (IAM), muchos pacientes continúan desarrollando eventos cardiovasculares, fenómeno conocido como riesgo residual, parcialmente por control subóptimo de los parámetros lipídicos. Este estudio evaluó el control del colesterol LDL (LDL-C) y

los triglicéridos tras un IAM y su relación con eventos cardiovasculares posteriores.

Métodos: Estudio de cohorte y retrospectivo (2020–2022) en 406 pacientes con IAM. Se registró el control de LDL-C y triglicéridos en una visita de seguimiento (3-12 meses) y la incidencia de eventos cardiovasculares y mortalidad durante 3 años. La asociación con eventos adversos se analizó mediante regresiones de Cox.

Resultados: La muestra incluyó 324 hombres y 82 mujeres, edad media $63 \pm 11,8$ años. El 39,4% alcanzó control de LDL-C (< 55 mg/dl) y el 74,9% control de triglicéridos (< 150 mg/dl). La terapia combinada estatina + ezetimiba se asoció con mejor control de LDL-C que la estatina sola ($p = 0,004$). Durante el seguimiento, 20,7% presentó al menos un evento adverso. El control de LDL-C (HR = 0,526; IC95%: 0,320-0,866; $p = 0,012$) y de triglicéridos (HR = 0,607; IC95%: 0,374-0,984; $p = 0,043$) se asoció con menor riesgo de eventos adversos. El control aislado de triglicéridos mantuvo el efecto protector (HR = 0,486; IC95%: 0,280-0,842; $p = 0,010$).

Conclusiones: El adecuado control de LDL-C y triglicéridos tras un IAM reduce el riesgo residual de eventos cardiovasculares. Los triglicéridos se confirmaron como marcador independiente de riesgo residual, representando oportunidad adicional de intervención en prevención secundaria. No obstante, la consecución de objetivos terapéuticos sigue subóptima, reflejando persistencia de riesgo lipídico residual significativo.

P-013. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y DE MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE TAVI EN FUNCIÓN DEL CENTRO DE PROCEDENCIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

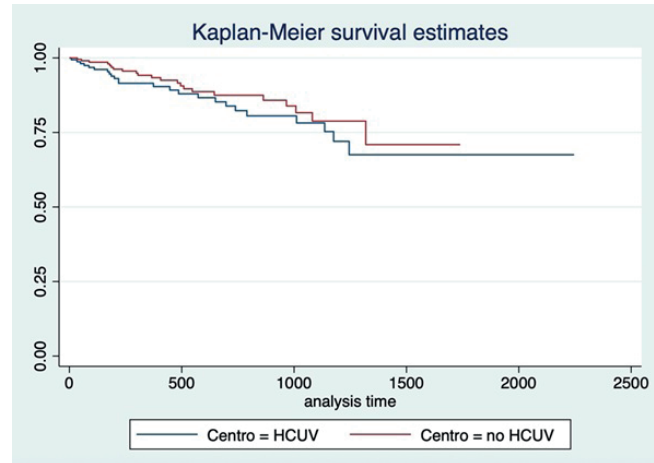
Julián Campos Vara, Claudio Manuel Rivadulla Varela, Nuria Marqués Cano, Sergio García Blas, Ernesto Valero Picher, Carlos Eduardo Vergara Uzcategui, Gema Miñana Escrivá y Juan Sanchis Forés

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El aumento de esperanza de vida ha incrementado los implantes de TAVI en pacientes con estenosis aórtica grave. La población rural constituye un importante porcentaje de la comunidad valenciana. Nuestro objetivo fue analizar diferencias clínicas y de mortalidad de aquellos pacientes procedentes de nuestras consultas respecto a los de hospitales de segundo nivel remitidos e intervenidos en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a implante de TAVI en nuestro centro desde el 2012 hasta el 2025. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y de mortalidad en el seguimiento. Se utilizó el programa STATA16 para el análisis de los datos.

Resultados: Se incluyeron 877 pacientes con implante de TAVI, con edad media de 81 ± 7 años y de los cuales el 53% fueron mujeres. Comparando los pacientes de nuestro hospital (43%) del resto de centros (57%), no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a edad y sexo, los FRCV analizados (diabetes, hipertensión, dislipemia y tabaquismo) ni la tasa de disfunción ventricular (22-23%, $p = 0,5$). No obstante, hemos detectado un mayor riesgo quirúrgico (STS score) de nuestros pacientes frente a los demás (6,5 vs. 5,5%, $p = 0,03$). En el seguimiento, con una mediana de 506 días y una mortalidad del 11,8%, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,28$).



Conclusiones: Los pacientes con estenosis aórtica grave remitidos a nuestro centro desde áreas más rurales no difieren de los nuestros en cuanto a características clínicas basales, y presentan tasas de mortalidad similares tras el implante de TAVI.

P-014. EXPERIENCIA INICIAL TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DEL CATETERISMO CARDIACO DERECHO DE ESFUERZO EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Cristina Cánovas-Galindo, Teresa Gil-Jiménez, Diego Segura-Rodríguez y Eduardo Moreno-Escobar

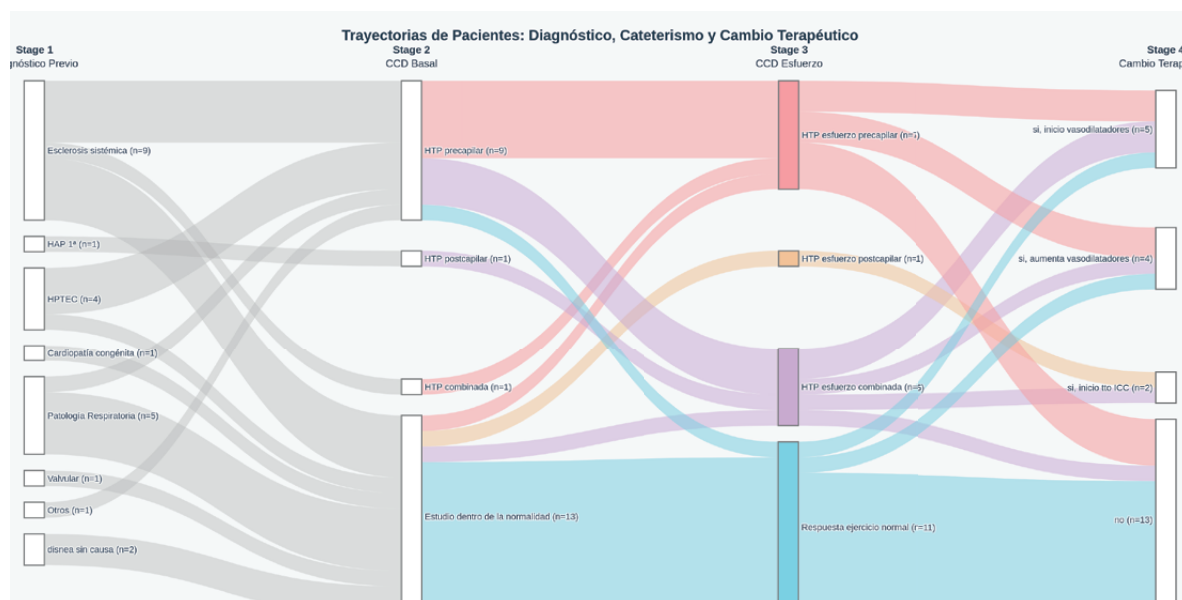
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: En las guías conjuntas ESC/ERC 2022 para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar (HP), aparece la definición de HP durante el ejercicio (HPE). El diagnóstico se realiza mediante cateterismo derecho con ejercicio (CCDe), técnica que permite evaluar pacientes con disnea no filiada y parámetros hemodinámicos normales en reposo. El objetivo del estudio es analizar el impacto del CCDe en el diagnóstico de pacientes con sospecha de HP y su repercusión en la toma de decisiones terapéuticas.

Métodos: Estudio descriptivo de CCDe realizados en nuestro centro entre junio 2024–febrero 2026, evaluando los hallazgos hemodinámicos en reposo y ejercicio, así como los cambios terapéuticos posteriores.

Resultados: Desde junio 2024 hasta febrero 2026 se realizaron 24 CCDe: 71% mujeres. Edad media $54,82 \pm 16,21$. 79% presentaban sospecha de HP arterial (37,5% asociada a esclerosis sistémica, 20,8% patología respiratoria), 17% HP tipo-IV, 4% HP tipo-II. El 75% disponía de ergoespirometría previa con datos de ineficiencia ventilatoria. El CCD basal fue normal en 54,2%, el resto presentó algún tipo de HP leve (37,5% precapilar, 4,2% poscapilar, 4,2% combinada). Tras esfuerzo fue normal 45,8%, desarrollaron HPE precapilar 29,3%, poscapilar 4,2% y combinada 20,8%. Estos hallazgos motivaron cambios terapéuticos en el 50% de los pacientes: inicio de vasodilatadores pulmonares en 20,8%, intensificación del tratamiento en 16,7% e inicio de tratamiento para ICFep en 8,3%.

Conclusiones: El CCDe aporta información diagnóstica relevante más allá del estudio en reposo, permitiendo reclasificar a más de un tercio de los pacientes y condicionando cambios terapéuticos en la mitad de los casos.



Póster P-014 Figura

P-015. MÁS ALLÁ DEL ITSMO: PREDICTORES DE DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR Y EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS TRAS ABLACIÓN DE FLUTTER SEGÚN LA ESTRATEGIA ANTICOAGULANTE

José Carlos Villoria Martín, José Manuel Morillo Hidalgo, Irene María Esteve Ruiz, Emilio José Amigo Otero, José Miguel Carreño Linares, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Moriña Vázquez

Servicio de Cardiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El manejo de la anticoagulación oral tras la ablación del istmo cavotricuspidé en el flúter auricular común, especialmente en pacientes sin fibrilación auricular previa, sigue siendo controvertido. Su suspensión supone un desafío en la práctica clínica diaria ante una evidencia limitada. El objetivo fue analizar los eventos tromboembólicos y hemorrágicos tras la ablación e identificar predictores de desarrollar fibrilación auricular e ictus durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico que incluyó 130 pacientes sometidos a ablación entre 2022 y 2024. Se recogieron características clínicas, antecedentes de fibrilación auricular, puntuación CHA₂DS₂-VA, parámetros ecocardiográficos y evolución clínica.

Resultados: La edad media fue 67 años, 82% eran varones y 39% presentaban fibrilación auricular previa; la mediana de CHA₂DS₂-VA fue 3 puntos y el 65% tenía dilatación auricular izquierda (diámetro mediano 43 mm). La anticoagulación se suspendió en el 44,6%, principalmente pacientes sin fibrilación auricular previa o con bajo riesgo embólico. Durante 24 meses de seguimiento, la recurrencia de flúter fue excepcional (0,8%). Se documentó fibrilación auricular en el 20,8%, de novo en el 7,6%. Se registraron cuatro ictus embólicos (3,1%), seis hemorragias mayores (4,6%) y doce fallecimientos (9,2%) no relacionados con el procedimiento; sin diferencias significativas entre grupos. La dilatación auricular izquierda se asoció al desarrollo de fibrilación auricular, sin identificarse otros predictores independientes.

Conclusiones: Suspender la anticoagulación tras una ablación exitosa podría ser segura en pacientes de bajo riesgo y sin fibrilación auricular documentada, mientras que su mantenimiento debería considerarse en presencia de alto

riesgo tromboembólico o desarrollo de dilatación auricular izquierda.

P-016. INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE TRAS TAVI EN PRESENCIA DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR, INSUFICIENCIA MITRAL Y MARCAPASOS

Nuria Marqués Cano, Claudio Manuel Rivadulla Varela, Julián Campos Vara, Gema Miñana Escrivá, Carlos Eduardo Vergara Uzcategui, Ernesto Valero Picher, Sergio García Blas y Juan Sanchis Forés

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EA) provoca ingresos por insuficiencia cardiaca (IC), pero no es la única causa; la disfunción ventricular, presencia de valvulopatías o la asincronía ventricular también lo son. Nuestro objetivo fue analizar la tasa de ingresos por IC tras el implante de TAVI, en presencia de insuficiencia mitral (IM), marcapasos (MP) y disfunción del ventrículo izquierdo (DVI).

Métodos: Análisis retrospectivo y unicéntrico de los pacientes con EA sometidos a implante de TAVI en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos y ecocardiográficos, así como variables relacionadas con eventos en el seguimiento. Se analizaron los datos mediante el programa estadístico STATA16.

Resultados: Se incluyeron 1025 pacientes con implante de TAVI (2012-2025), de edad media 81 ± 7 años siendo el 53% mujeres. El 85% eran hipertensos, el 39% diabéticos y el 64% tenían al menos sobrepeso. Por otro lado, el 29% presentaban fibrilación o flúter auricular de base, un 15% tenían antecedente de infarto de miocardio y casi el 2% estaban en diálisis. El 9,6% de los pacientes habían ingresado por IC antes del implante; tras el mismo (seguimiento), lo hicieron el 3,8% (OR = 4, p < 0,001). Analizados por separado, la presencia de DVI (12%), IM moderada o grave (11%) y MP (8%) no se asociaron de forma significativa a ingreso por IC tras el procedimiento (p = 0,61, p = 0,26 y p = 0,59, respectivamente).

Conclusiones: El implante de TAVI en pacientes con EA grave reduce el riesgo de ingresar por IC ante la presencia de otras patologías de riesgo conocidas.

P-017. MÁS ALLÁ DE LA CORONARIA: LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR OBESIDAD EN EL SCA

Elena Díez Lobo¹, María Gracia García Romero², Javier Rey Carbon³, Isaac Martínez Bendayan⁴ y Raquel Marzoa Rivas⁴

¹Servicio de Endocrinología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña. ²Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña. ³Servicio de Informática, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña. ⁴Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol, A Coruña.

Introducción y objetivos: La obesidad (OB) se asocia a factores de riesgo modificables en el desarrollo de la enfermedad coronaria. La medición del IMC y perímetro abdominal (PA) en el contexto del SCA es esencial para una adecuada estratificación del riesgo cardiovascular y orientar estrategias de prevención secundaria personalizadas. El objetivo del estudio fue identificar el riesgo metabólico residual en una cohorte de pacientes con SCA y evaluar si existen diferencias en función de edad/sexo.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo de una cohorte de 597 pacientes que sufrieron un SCA, en los que se determinó el IMC y PA durante la hospitalización. El IMC se clasificó atendiendo a las definiciones de la OMS. Se consideró PA patológico ≥ 102 cm (varones)/ ≥ 88 cm (mujeres). **Resultados:** De los 597 pacientes evaluados (edad media 66,5 años, 26,6% mujeres, 74,3% DL, 25,9% DM, 58,4% HTA), un 36,8% presentaba obesidad, 38,2% sobrepeso y 67,8% obesidad abdominal. Aunque no se observaron diferencias en IMC entre sexos (38,1 vs. 33,1%; $p = 0,28$), el porcentaje de mujeres con PA patológico fue significativamente mayor (90,2 vs. 60,1%; $p < 0,001$). Los pacientes OB y aquellos con PA patológico resultaron significativamente más jóvenes ($p < 0,05$). Un 21,4% de pacientes con IMC normal presentaba un PA patológico.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad relacionada con la adiposidad en pacientes con SCA resultó muy elevada a nivel local, siendo especialmente preocupante en pacientes jóvenes. Aunque no se identificaron diferencias en IMC según el sexo, la obesidad abdominal predominó en mujeres. En 1/5 pacientes con IMC normal se detectó obesidad abdominal, lo cual sugiere riesgo metabólico oculto. Identificar y tratar el riesgo metabólico residual es esencial para mejorar los resultados en salud.

P-018. DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CORONARIA: LA CASUÍSTICA DE UN CENTRO

Carla Ferreira Ferreira, Filipe Vilela Silva, Ana Fernandes, Mónica Dias, Inês Conde, Catarina Quina, Carlos Braga, João Costa y Cátia Oliveira y Jorge Marques

Servicio de Cardiología, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: La disección espontánea de la arteria coronaria (DEAC) es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo, a menudo infradiagnosticada debido a su presentación clínica variable y a la ausencia de factores de riesgo aterosclerótico. El objetivo de este estudio fue caracterizar una cohorte consecutiva de pacientes con DEAC en un centro terciario, analizando características demográficas, factores predisponentes y de riesgo, presentación clínica y angiográfica, estrategias terapéuticas y recurrencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y longitudinal con pacientes diagnosticados con DEAC ($n = 84$), admitidos entre enero de 2010 y febrero de 2024, correspondiente a un total de 104 eventos.

Resultados: La mediana de edad fue de 55 años y el 83,3% eran mujeres. Un total de 27 pacientes (32,2%) presentaba al menos

un factor predisponente, siendo la multiparidad el más frecuente ($n = 17$; 21%). Aproximadamente el 19% ($n = 16$) no tenía factores de riesgo cardiovascular conocidos. El infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST fue la forma de presentación más común (64,3%), y la arteria descendente anterior fue la más afectada (56%). El tratamiento conservador fue la estrategia inicial en el 79,8% de los casos ($n = 67$), mientras que el 20,2% recibió tratamiento percutáneo. Solo 27 pacientes presentaron depresión de la función ventricular izquierda. La recurrencia de la DEAC se observó en 18 pacientes (21,4%), en seis casos en el vaso inicialmente afectado.

Conclusiones: Una anamnesis detallada es esencial para sospechar la DEAC. El diagnóstico correcto permite optar por una estrategia adecuada, reduciendo riesgos asociados y optimizando el manejo del paciente.

P-019. DEMORA DE LA TERAPIA DIRIGIDA A PCSK9 TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO ¿INFLUYE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO EXTREMO EN EL INICIO Y EN LOS RESULTADOS?

Ana Vallejo Yuste, Ignacio Arroyo Crespo, Diego Segura Rodríguez y Julia López

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan un LDL-C < 55 mg/dl para pacientes de muy alto riesgo y < 40 mg/dl en riesgo extremo. Se desconoce si esta clasificación se traduce en un inicio más precoz de terapias dirigidas a PCSK9 y en mejores resultados lipídicos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó 105 pacientes con SCA que recibieron terapia dirigida a PCSK9; incluyendo evolocumab, alirocumab e inclisiran. Los pacientes se estratificaron en riesgo extremo (≥ 1 criterio predefinido; 50,5%) y muy alto riesgo (49,5%). Los objetivos primarios fueron el tiempo desde el SCA hasta el inicio de la terapia y el tiempo hasta alcanzar LDL-C < 55 mg/dl.

Resultados: La terapia dirigida a PCSK9 incluyó inclisiran (28%), evolocumab (31%) y alirocumab (41%). Al año, el LDL-C disminuyó de 125 a 60 mg/dl, lo que representa una reducción relativa del 52% ($p < 0,0001$); se alcanzó LDL-C < 55 mg/dl en el 47,7% y < 40 mg/dl en el 41,5%. La mediana de tiempo hasta el inicio de la terapia fue 230 días. El estatus de riesgo extremo no se asoció con un inicio más precoz ($p = 0,170$) ni con una mayor consecución de objetivos ($p = 0,617$).

Conclusiones: El inicio de anti-PCSK9 se retrasó de forma sustancial y no estuvo influido por la clasificación de riesgo extremo, y menos de la mitad de los pacientes alcanzaron los objetivos al año. Estos hallazgos revelan una brecha entre las recomendaciones de las guías y la práctica clínica, lo que respalda un inicio más precoz del tratamiento independientemente de la categoría de riesgo.

P-020. CARDIOTOXICIDAD ASOCIADA A TERAPIA ANTI-HER2 EN PACIENTES DE BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR

Carla Oliveira Ferreira, Luís Peixoto, Filipe Vilela, Andreia Sousa, João Faria, Bárbara Rocha, Mónica Dias, Ana Fernandes, Carlos Braga y Cátia Oliveira

Servicio de Cardiología, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: La vigilancia ecocardiográfica sistemática durante el primer año de tratamiento anti-HER2 se recomienda cada 3 meses, independientemente del riesgo cardiovascular. Este enfoque uniforme puede generar sobrevigilancia en pacientes de bajo riesgo y un uso ineficiente de

Tabla 1 - P-019

	Total (N=105)	Extreme-risk (n=53)	Very high-risk (n=52)	p-value
Demographics				
Age, years — median [IQR]	59.0 [53–66]	62.0 [57–67]	57.5 [51–64]	0.046
Male sex — n (%)	80 (76.2%)	39 (73.6%)	41 (78.8%)	0.548
BMI, kg/m ² — median [IQR]	26.4 [24–30]	26.4 [24–30]	26.6 [24–30]	0.847
Hypertension — n (%)	65 (61.9%)	38 (71.7%)	27 (51.9%)	0.045
Type 2 diabetes — n (%)	19 (18.1%)	19 (35.8%)	0 (0%)	< 0.001
Dyslipidaemia — n (%)	80 (76.2%)	46 (86.8%)	34 (65.4%)	0.113
Active smoking — n (%)	45 (42.9%)	28 (52.8%)	17 (32.7%)	0.362
Prior stroke/TIA — n (%)	10 (9.5%)	5 (9.4%)	5 (9.6%)	1.000
Prior MI — n (%)	27 (25.7%)	16 (30.2%)	11 (21.2%)	0.373
LDL-C, mg/dL — median [IQR]	126 [103–160]	126 [103–153]	128 [105–166]	0.378
Total cholesterol, mg/dL — median [IQR]	201 [170–235]	189 [166–229]	206 [171–240]	0.397
HDL-C, mg/dL — median [IQR]	41.8 [36–51]	40.8 [34–51]	45.5 [36–50]	0.376
Non-HDL-C, mg/dL — median [IQR]	154 [131–179]	155 [136–172]	154 [132–183]	0.900
ACS Presentation				
STEMI — n (%)	38 (36.2%)	21 (39.6%)	17 (32.7%)	0.544
NSTE-ACS — n (%)	67 (63.8%)	32 (60.4%)	35 (67.3%)	0.544
GRACE score — median [IQR]	131 [112–247]	133 [112–146]	128 [112–192]	0.888
Statin at discharge — n (%)	93 (88.6%)	50 (96.0%)	41 (97.7%)	1.000
Ezetimibe at discharge — n (%)	57 (60.0%)	33 (64.7%)	26 (63.5%)	

recursos. El objetivo del estudio fue caracterizar a los pacientes sometidos a terapia anti-HER2 y comparar los grupos de bajo riesgo y no bajo riesgo.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo con pacientes con cáncer de mama HER2-positivo tratados entre 2020 y 2022. El riesgo cardiovascular basal se estratificó mediante la herramienta Heart Failure Association–International Cardiology Society (HFA–ICOS). La disfunción cardiaca relacionada con la terapia oncológica (CTRCD) se definió según las guías ESC de Cardio-oncología de 2022.

Resultados: La CTRCD se observó en el 15,9% de la cohorte global, sin diferencias significativas entre pacientes de bajo riesgo y no bajo riesgo (13,2 vs. 18,6%). La CTRCD asintomática fue más frecuente. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de CTRCD entre los grupos ($p = 0,687$), ni asociación significativa entre la categoría de riesgo basal y el desarrollo de CTRCD ($p = 0,394$). En este subgrupo, los protocolos de vigilancia ecocardiográfica cada 3 y cada 4 meses identificaron el 100% de los casos de CTRCD durante el primer año.

Conclusiones: La CTRCD en pacientes de bajo riesgo fue comparable a la de pacientes no bajo riesgo. La extensión del intervalo de vigilancia ecocardiográfica a 4 meses durante el primer año de terapia anti-HER2 podría ser una estrategia segura y eficiente.

P-021. MÁS RIESGO, MENOS INTERVENCIÓN: IMPACTO DE LA EDAD AVANZADA EN EL MANEJO Y PRONÓSTICO DEL IAMSEST EN MUJERES INGRESADAS EN UCO

Mateo Jiménez García, Álvaro Rodríguez-Lescure González, Macarena López Vázquez, Ester Mínguez de la Guía, Raúl Calvo Córdoba, Aday Monzón Melián, Miguel Ángel Simón García, Francisco Manuel Salmerón Martínez, Juan Gabriel Córdoba Soriano y Miguel José Corbí Pascual

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Introducción y objetivos: El IAMSEST en mujeres, especialmente en edades avanzadas, cuenta con evidencia limitada.

El envejecimiento puede modificar la presentación, el manejo y el pronóstico. El objetivo es comparar el perfil, tratamiento y evolución de mujeres con IAMSEST ≤ 75 vs. > 75 años.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 7.668 pacientes ingresados en nuestra unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos entre 2012-2025.

Resultados: Se incluyeron 415 mujeres ingresadas por IAMSEST, 182 > 75 años. La edad media era $81,23 \pm 3,85$ frente $62,37 \pm 10,28$. Encontramos mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipemia y FA en > 75 años, aunque había más fumadoras en ≤ 75 . Las mayores tenían peor función renal (creatinina $1,72$ vs. $1,19$ mg/dl) y menor hemoglobina ($12,37$ vs. $13,45$ g/dl). Presentaban mayor prevalencia de CI previa ($34,1$ vs. $17,6\%$) e ictus/EAP. La presentación fue más grave (Killip III–IV $28,3$ vs. $10,7\%$) y con mayor riesgo (GRACE $186,3 \pm 44$ vs. $135,5 \pm 39,1$; CRUSADE $46,3 \pm 14,8$ vs. $39,1 \pm 18,5$). Hubo mayor tiempo hasta arteria abierta y mayor no revascularización ($11,5$ vs. $7,3\%$). La anatomía coronaria fue más compleja, con más enfermedad multivaso ($43,4$ vs. $24,9\%$) y afectación del TCI ($28,6$ vs. $14,2\%$). En > 75 años predominó clopidogrel frente otros antiagregantes. Requirieron más soporte hemodinámico (dobutamina 11 vs. $6,4\%$; noradrenalina $12,6$ vs. $6,4\%$; levosimendán $3,3$ vs. $0,4\%$) y respiratorio (IOT/VMNI/GNAF). La FA intrahospitalaria fue más frecuente ($20,8$ vs. $8,6\%$). La mortalidad en UCI fue superior (6 vs. $3,4\%$).

Conclusiones: Las mujeres > 75 años con IAMSEST presentan mayor comorbilidad y complejidad clínico-anatómica, reciben un abordaje menos invasivo y precisan más soporte, asociándose a mayor mortalidad intrahospitalaria.

P-022. CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR ANTRACICLINAS: EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA DE CARDIO-ONCOLOGÍA

María Victoria Alférez Zamora, Bianca Loredana Urs Vranau y Fabiola Nicolás Cañadas

Servicio de Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La cardiotoxicidad relacionada con antraciclinas supone un pilar fundamental en la carga asistencial de las consultas de Cardiooncología. El impacto clíni-

co de sus complicaciones requiere un seguimiento estrecho y manejo multidisciplinar. El objetivo del estudio ha sido analizar la incidencia de cardiotoxicidad relacionada con dicho tratamiento. Para ello, hemos evaluado el perfil de riesgo, características demográficas y las principales complicaciones cardiovasculares.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes en seguimiento en consulta de Cardiooncología (2022-2026).

Resultados: Analizamos 72 pacientes bajo tratamiento con antraciclinas derivadas a la consulta. La mayoría eran mujeres (84%), con edad media de 56 años, siendo el cáncer de mama (65%) el más frecuente. Se observó una prevalencia elevada de HTA (43%) y obesidad (45%), seguido de dislipemia (19%). Hasta un 20% presentaban riesgo alto cardiovascular según la escala SCORE. Por otro lado, se utilizó la clasificación HFA-ICOS para detectar las pacientes con riesgo de cardiotoxicidad alto (21%) y muy alto (13%). Durante el seguimiento se documentaron 21 casos con criterios de cardiotoxicidad (22%), de ellos un 17,5% presentaron clínica de insuficiencia cardiaca. Esto supuso un aumento significativo de ingresos de causa cardiaca ($p = 0,008$), siendo necesaria la retirada de tratamiento en seis pacientes.

Conclusiones: Las antraciclinas son una herramienta fundamental en el tratamiento oncológico, pero su uso se ve limitado por la cardiotoxicidad secundaria. Por tanto, es fundamental la estratificación inicial del riesgo junto con seguimiento sistemático adaptado y un abordaje precoz de las complicaciones cardiovasculares para prevenir limitación de tratamientos y evitar complicaciones.

P-023. IMPACTO CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON INHIBIDORES DE LA TIROSINASA, EXPERIENCIA EN NUESTRA CONSULTA DE CARDIOONCOLOGÍA

María Victoria Alférez Zamora, Bianca Loredana Urs Vranau y Fabiola Nicolás Cañadas

Servicio de Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las terapias basadas en inhibidores de la tirosinasa (iTK) desempeñan un papel clave en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, su aplicación en la práctica clínica puede verse condicionada por la cardiotoxicidad asociada a su mecanismo de acción, destacando entre sus complicaciones la hipertensión arterial o insuficiencia cardiaca.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de derivadas a consulta de Cardiooncología (2022-2026) en tratamiento con iTK. Hemos analizado su perfil demográfico, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y las complicaciones relacionadas con cardiotoxicidad.

Resultados: Se analizaron 137 pacientes, de los cuales 23 estaban en tratamiento con iTK. Predominaron las mujeres (53%) y destacaron como factores de riesgo cardiovascular basal la HTA (68%), dislipemia (57%), obesidad (30%) y diabetes (25%). El 35% presentaban un riesgo alto/muy alto en base a la escala HFA-ICOS. En el seguimiento, precisaron ajuste de tratamiento antihipertensivo un 31% de los pacientes, siendo en el 15% por HTA de nueva aparición. Se objetivó un incremento de la incidencia de insuficiencia cardiaca (22%, $p = 0,01$), acompañado de disfunción ventricular en 8 casos. Hubo un aumento significativo de la tasa de hospitalización de causa cardiaca durante el seguimiento (33%, $p = 0,019$).

Conclusiones: La cardiotoxicidad relacionada con la inhibición de las vías de señalización de tirosinasa puede derivar en un aumento significativo de la incidencia de insuficiencia cardiaca y hospitalización. Por tanto, es importante realizar una estratificación inicial del riesgo, aplicar estrategias de prevención y tratar los síntomas relacionados

con la cardiotoxicidad de cara a evitar complicaciones cardiovasculares y suspensión de tratamientos.

P-024. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA INTRODUCCIÓN DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA EN LOS CASOS DE AFECTACIÓN POR TRANSTIRRETINA

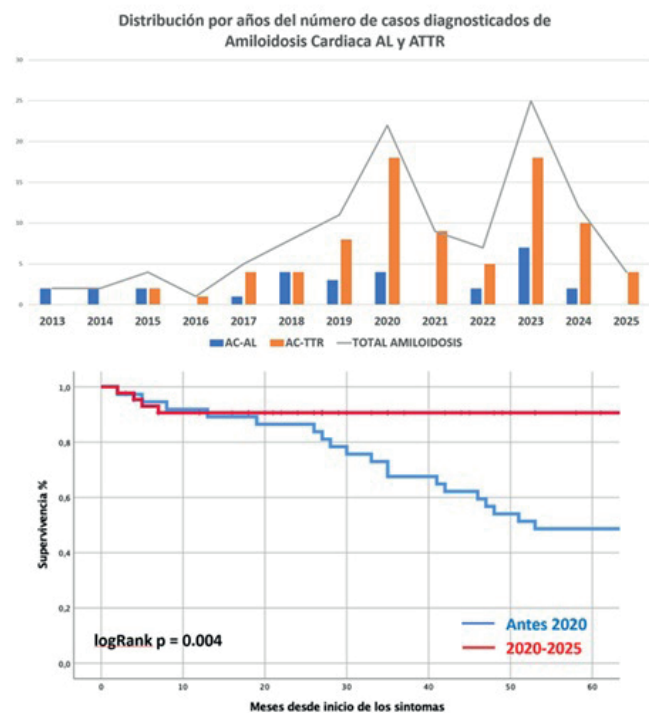
Álvaro Roldán Guerra, Juan Diego Martín Díaz, José López Aguilera, Cristina Pericet Rodríguez, Alfonso Morales Alcántara, Juan Fernández Samper, Lucas Barreiro Mesa, Cristina Urbano Sánchez, Nerea Aguayo Caño y Manuel Pablo Anguita Sánchez

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La introducción del algoritmo diagnóstico de la Sociedad Europea de Cardiología para la amiloidosis cardiaca ha permitido realizar la identificación de amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) sin necesidad de recurrir a biopsia de órgano diana. El objetivo de este estudio es valorar el impacto pronóstico que ha tenido la utilización de este algoritmo en el diagnóstico de ATTR.

Métodos: Estudio unicéntrico de pacientes diagnosticados de ATTR entre 2013 y 2025. Se realizó un análisis comparativo entre los casos de ATTR previos a 2020 y a partir de este año, cuando se introdujo el algoritmo en nuestro centro. El pronóstico se evaluó en términos de mortalidad cardiovascular, necesidad de marcapasos definitivo o reingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca.

Resultados: Se analizaron los 83 pacientes diagnosticados de ATTR. En 37 de ellos el diagnóstico se hizo antes de 2020, con un retraso medio de 12 meses con respecto a los diagnosticados a partir de 2020 ($28,7 \pm 28,3$ vs. $16,5 \pm 29,7$; $p = 0,045$). Los pacientes con diagnóstico previo a 2020 presentaban peor TAPSE ($16,3 \pm 4,3$ mm vs. $18,8 \pm 4,5$ mm; $p = 0,019$) y mayor proporción de alteraciones de la conducción (94,6 vs. 73,3%; $p = 0,023$), así como peor supervivencia a los 30 meses de seguimiento con respecto a los diagnosticados a partir de 2020 (27,3 vs. 90,6%; $p = 0,004$).



Conclusiones: La introducción del algoritmo diagnóstico para el diagnóstico de la amiloidosis cardiaca ha permitido diagnosticar a los pacientes con ATTR en estadios más precoces, con un impacto positivo en el pronóstico.

P-025. BRECHA TERAPÉUTICA EN EL CONTROL LIPÍDICO CON INHIBIDORES DE PCSK9 EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Berta Vela Selma, Mario Mechó Carratala y Juan José Jiménez Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital de La Plana, Vila-Real/Villarreal, Castellón.

Introducción y objetivos: Las guías actuales recomiendan objetivos estrictos de colesterol LDL en prevención secundaria, con metas < 55 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo. Aunque los inhibidores de PCSK9 han demostrado eficacia en ensayos clínicos, el grado real de cumplimiento de objetivos en práctica clínica habitual sigue siendo relevante en la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo fue evaluar la reducción de LDL y el logro de objetivos en una cohorte real de pacientes en prevención secundaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9. Se analizaron los niveles de LDL previos al inicio del tratamiento y en el último control disponible. Se calcularon la reducción absoluta y relativa de LDL, el porcentaje de pacientes que alcanzaron LDL < 55 mg/dl y < 70 mg/dl, así como la incidencia de eventos cardiovasculares durante el seguimiento. Se incluyeron 89 pacientes con datos completos de LDL.

Resultados: El LDL basal medio fue 140,3 mg/dl y el LDL final medio 71,1 mg/dl, con una reducción absoluta media de 69,2 mg/dl y relativa del 42,3%. Alcanzaron LDL < 55 mg/dl el 39,3% y LDL < 70 mg/dl el 51,7%. Con un seguimiento mediano de 9,1 meses se registraron 3 eventos cardiovasculares, con una tasa de 3,09 por 100 pacientes-año.

Conclusiones: En práctica clínica real, aunque los inhibidores de PCSK9 reducen significativamente el LDL, una proporción relevante de pacientes en prevención secundaria no alcanza los objetivos recomendados, lo que evidencia una brecha terapéutica y sugiere la necesidad de optimización precoz y abordaje integral del riesgo cardiovascular residual.

P-026. IMPACTO DE LA INTOLERANCIA A ESTATINAS EN EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS LIPÍDICOS CON INHIBIDORES DE PCSK9 EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Berta Vela Selma, Paula Martinavarro Gimeno y Juan José Jiménez Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital la Plana, Vila-Real/Villarreal, Castellón.

Introducción y objetivos: En prevención secundaria, la intolerancia a estatinas representa un desafío clínico relevante y puede condicionar el control lipídico óptimo. Aunque los inhibidores de PCSK9 han demostrado una potente reducción de LDL, no está claro si los pacientes intolerantes en este contexto alcanzan con la misma frecuencia los objetivos terapéuticos en práctica clínica real. El objetivo fue evaluar la influencia de la intolerancia a estatinas en la reducción de LDL y en el cumplimiento de objetivos recomendados en pacientes en prevención secundaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9. Se compararon los niveles basales y finales de LDL, la reducción porcentual y el porcentaje de pacientes que alcanzaron LDL < 55 mg/dl y < 70 mg/dl según presencia de intolerancia a estatinas.

Resultados: Se analizaron 87 pacientes con datos completos de LDL, de los cuales 26 presentaban intolerancia a estatinas. La reducción porcentual de LDL fue similar en intolerantes y no intolerantes (41,1 vs. 43,2%). No obstante, alcanzaron LDL < 55 mg/dl el 30,8% de los intolerantes frente al 44,3% de los no intolerantes, y LDL < 70 mg/dl el 38,5% frente al 59,0%, respectivamente.

Conclusiones: En pacientes en prevención secundaria, aunque la eficacia relativa de los inhibidores de PCSK9 es similar independientemente de la intolerancia a estatinas, los pacientes intolerantes alcanzan con menor frecuencia los objetivos lipídicos recomendados. Estos hallazgos sugieren una persistente vulnerabilidad clínica y refuerzan la necesidad de estrategias de optimización terapéutica más intensivas en este subgrupo.

P-027. PRIMERAS EXPERIENCIAS CON INCLISIRÁN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Álvaro Velasco de Andrés¹, Ramón Costa Segovia², Jesús Alonso Carrillo², Marta de Castro², Diego Alvaredo Rodrigo³, Verónica Pérez Garcerán¹, Sarem Bazán Dávila¹, Agustín Blanco Echevarría², Rocío Tello¹ y Jorge Solís¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: El inclisirán es un ARN interferencia que inhibe la síntesis hepática de PCSK9 y permite una reducción sostenida del LDL mediante administración subcutánea semestral. Aunque su eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos, la evidencia en práctica clínica real es aún limitada. **Métodos:** Estudio observacional longitudinal realizado en un hospital terciario español que incluyó a todos los pacientes tratados con inclisirán desde su aprobación. Se analizaron las características basales de los pacientes que recibieron al menos una dosis y la eficacia y seguridad en aquellos con al menos dos dosis.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (mediana 59 años; 56% varones), mayoritariamente de alto o muy alto riesgo cardiovascular; el 72% en prevención secundaria y el 41% con intolerancia a estatinas. El LDL basal fue de 115 mg/dl. La reducción media de LDL fue del 52% a los 3 meses, 61% a los 9 meses y 52% a los 15 meses (figura 1). Los pacientes tratados concomitantemente con estatinas de alta potencia presentaron mayores reducciones que aquellos sin dicho tratamiento. Los objetivos individualizados de LDL se alcanzaron en el 59%, 52% y 56% de los pacientes a los 3, 9 y 15 meses, respectivamente. Los efectos adversos fueron infrecuentes (5%) y leves, limitados a reacciones locales.

Conclusiones: En práctica clínica real, inclisirán mostró una elevada eficacia y un perfil de seguridad favorable, logrando reducciones sostenidas de cLDL en una población predominantemente de alto riesgo. Su pauta semestral lo convierte en una opción atractiva, especialmente útil en pacientes con problemas de adherencia.

P-028. EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y SU IMPACTO TRAS TAVI: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Claudio Manuel Rivadulla Varela, Nuria Marqués Cano, Julián Campos Vara, Sergio García Blas, Ernesto Valero Picher, Gema Miñana Escrivá, Carlos Eduardo Vergara Uzcategui y Juan Sanchis Forés

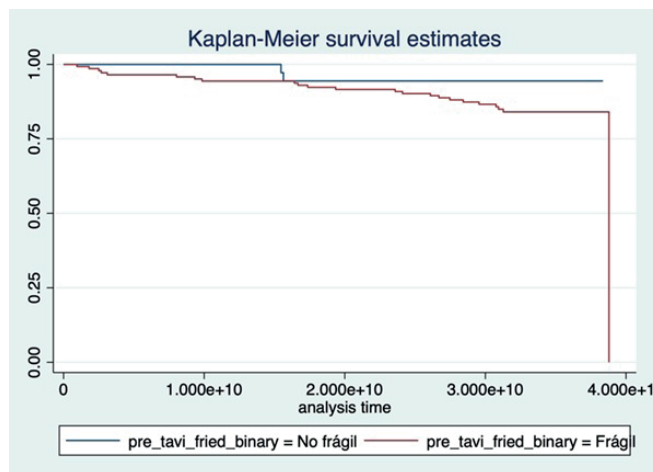
Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica (EA) grave es una patología cuya prevalencia se incrementa con la edad

avanzada, tratándose a veces de pacientes frágiles. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto de la fragilidad tras el implante valvular aórtico transcatheter (TAVI).

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico, que incluyó pacientes con EA grave sometidos a TAVI. Se analizaron características basales así como la puntuación de la escala FRIED (que evalúa la fragilidad según 5 parámetros: pérdida de peso, astenia, inactividad física, debilidad y lentitud), el cambio diferencial tras el procedimiento y su impacto en la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes ($82 \pm 4,6$ años), el 52% mujeres. La mayoría (91%) eran hipertensos, el 37% diabéticos y un 22% estaban anticoagulados por fibrilación auricular. Los niveles de hemoglobina, el CA-125 y la arteriopatía periférica se asociaron a fragilidad; por el contrario, la edad, el sexo y el filtrado glomerular no fueron asociados de forma significativa a la misma. Mientras que el 80% de los pacientes fueron catalogados como frágiles (FRIED > 2) antes del procedimiento, este porcentaje se redujo al 62% tras el mismo ($p = 0,001$). No obstante, tras 348 días de seguimiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas de mortalidad entre ambos grupos ($p = 0,135$), si bien los frágiles presentaron tendencia a mayor mortalidad (OR 2,87, $p = 0,154$).



Conclusiones: La TAVI mejora la fragilidad en pacientes con EA grave, si bien no reduce la mortalidad de forma estadísticamente significativa tras un año desde el implante.

P-029. PACIENTES CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA. EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR, LOS EVENTOS ARRÍTMICOS Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS MAYORES

Filipe Silva Vilela, Ângela Silva, Carla Oliveira Ferreira, Andreia Sousa, Bárbara Rocha, João Faria, Ana Sofia Fernandes, Mónica Dias, Rui Files Flores y António Gaspar

Serviço de Cardiologia, Hospital Braga, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca afecta a millones de personas y se asocia con alta morbilidad y mortalidad. La FEVI es clave para el pronóstico y las decisiones terapéuticas. El desfibrilador automático implantable (DAI) reduce el riesgo de muerte súbita, aunque en algunos casos sus indicaciones siguen siendo inciertas. Este estudio evalúa los eventos arrítmicos y la evolución de la FEVI en pacientes

con DAI, considerando la optimización del tratamiento y la posible futilidad en distintos escenarios.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con DAI para prevención primaria entre 2015 y 2022.

Resultados: Se incluyó a 116 pacientes (99 hombres, 17 mujeres; edad media $62 \pm 10,7$ años). Se observó recuperación significativa de la FEVI en pacientes con disfunción no isquémica (pre-DAI 29 vs. seguimiento 33%; $p < 0,001$), con recuperación > 35% más frecuente en el grupo no isquémico (34,3 vs. 12,3%; $p = 0,009$; OR 3,717). El uso de ARNi e inhibidores de SGLT2 aumentó significativamente. Las descargas apropiadas ocurrieron en 29,3%, con tasas mayores en IC no isquémica ($p = 0,039$), IC relacionada con alcohol ($p = 0,025$) y FEVI basal baja ($p = 0,008$). La mortalidad fue mayor en IC isquémica (46,8 vs. 18,9%; $p = 0,004$).

Conclusiones: El estudio destaca el papel de la terapia farmacológica en la recuperación de la FEVI y evidencia la necesidad de evaluar la posible futilidad del DAI en pacientes que podrían beneficiarse más de la optimización de terapias modificadoras del pronóstico, especialmente en IC no isquémica, donde se observó mayor potencial de recuperación.

P-030. ÁCIDO BEMPEDOICO EN VIDA REAL: IMPACTO PRECOZ EN EL COLESTEROL LDL EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

José Alejandro Claros Ruiz, Carlos Sánchez Sánchez, Pedro Fernández Martín, José Ignacio Larrubia Valle y Javier Mora Robles

Servicio de Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: Tras la evidencia del ensayo CLEAR Outcomes, el ácido bempedoico se ha incorporado como opción para intensificar el control lipídico. El objetivo fue describir las características y la respuesta inicial en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 135 pacientes consecutivos que iniciaron ácido bempedoico entre septiembre de 2023 y abril de 2024. Se registraron datos clínicos y analíticos y, en los pacientes con control a los 3 meses o más, se compararon los parámetros lipídicos pre y post mediante prueba t de Student para muestras relacionadas.

Resultados: El 73,3% eran varones; edad media $67,7 \pm 9,9$ años; 91,9% presentaban cardiopatía isquémica. Al inicio, 93,3% recibían estatina, 91,1% ezetimiba y 5,2% inhibidores de PCSK9. La indicación fue LDL fuera de objetivo (77%) o intolerancia a estatinas (23%). El LDL basal global fue de $85,5 \pm 25,1$ mg/dl. En 27 pacientes con seguimiento de $3,7 \pm 1,9$ meses, el LDL descendió de $99,0 \pm 36,0$ a $71,0 \pm 26,7$ mg/dl (-28%; $p < 0,001$) y también disminuyeron colesterol total ($170,7$ a $143,4$ mg/dl) y no HDL ($123,9$ a $97,6$ mg/dl) ($p < 0,001$), con mejoría de colesterol total/HDL ($p = 0,006$) y LDL/HDL ($p = 0,001$). No se documentaron efectos adversos ni eventos cardiovasculares mayores.

Tabla. Cambios analíticos tras iniciar ácido bempedoico (N=27; seguimiento medio $3,7 \pm 1,9$ meses)

Variable	Basal	≥ 3 meses	p
HbA1c (%)	$6,91 \pm 1,56$	$6,81 \pm 1,21$	0,666
Colesterol total (mg/dL)	$170,74 \pm 41,85$	$143,44 \pm 31,42$	<0,001
Colesterol no HDL (mg/dL)	$123,85 \pm 43,69$	$97,63 \pm 32,80$	<0,001
Colesterol LDL (mg/dL)	$99,04 \pm 35,98$	$70,96 \pm 26,68$	<0,001
Colesterol HDL (mg/dL)	$46,89 \pm 8,74$	$45,81 \pm 8,45$	0,534
Triglicéridos (mg/dL)	$156,70 \pm 103,07$	$138,52 \pm 77,71$	0,144
CT/HDL (Castelli)	$3,78 \pm 1,23$	$3,24 \pm 0,98$	0,006
LDL/HDL	$2,20 \pm 0,93$	$1,60 \pm 0,67$	0,001

Conclusiones: En esta serie real, el ácido bempedoico se utilizó principalmente por LDL fuera de objetivo pese a trata-

miento combinado y se asoció a una reducción significativa del LDL a corto plazo, con buen perfil de seguridad en el seguimiento inicial.

P-031. MANIFESTACIONES CARDIACAS EN LOS PACIENTES CON DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1 SEGUIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

Elena Alarcia Salas, Cristina Álvarez Marco, María Fumanal Gracia, Julia Pilar Asensio Alonso, Aaron Borreguero Hernández, Marina Muñoz Gilabert, Carlos Soler Oltra y Pablo Revilla Martí

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La afectación cardíaca en los pacientes con distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es una importante causa de morbilidad y mortalidad. Se pretende investigar la evolución natural documentando la frecuencia y gravedad de las manifestaciones cardíacas, arritmias y la necesidad de realización de estudio electrofisiológico o implante de dispositivo cardíaco.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos con DM1 en seguimiento en consulta monográfica de Cardiología de un solo centro. Se registraron variables clínicas, electrocardiográficas (ECG y Holter) y ecocardiográficas. Se registró la necesidad de implante de marcapasos o desfibrilador y de muerte súbita.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (42% hombres) con una edad media de 42 años (20-73). Tras un seguimiento medio de $2,64 \pm 1,6$ años, la prevalencia de afectación cardíaca aumentó del 58% al 76%. El ECG fue la prueba más sensible, documentando un aumento de alteración cardíaca no significativo (35,2% inicial vs. 70% final, $p = 0,014$). Se documentó bradicardia sinusal en el 29,4%, PR > 220 ms en el 33%, intervalo QRS > 120 ms en el 20%, arritmias supraventriculares en el 20% y taquicardia ventricular en el 5%. No hubo bloqueos auriculoventriculares avanzados ni disfunción sistólica. Se realizaron 7 estudios electrofisiológicos (41,1%) y se implantaron 2 marcapasos por intervalo HV > 70 ms. Se registró una muerte súbita (5%).

Conclusiones: Tres cuartos de los pacientes con DM1 desarrollaron afectación cardíaca, principalmente trastornos del ritmo y conducción, con frecuente indicación de estudio electrofisiológico y marcapasos. La necesidad de desfibrilador y la disfunción sistólica fueron infrecuentes.

P-032. EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE ICTUS ISQUÉMICO ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE, EXPERIENCIA DEL HEART-STROKE TEAM

Cristina Cánovas-Galindo¹, Teresa Gil-Jiménez¹, Inmaculada Villegas-Rodríguez², Diego Segura-Rodríguez¹ y Eduardo Moreno-Escobar¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ²Servicio de Neurología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

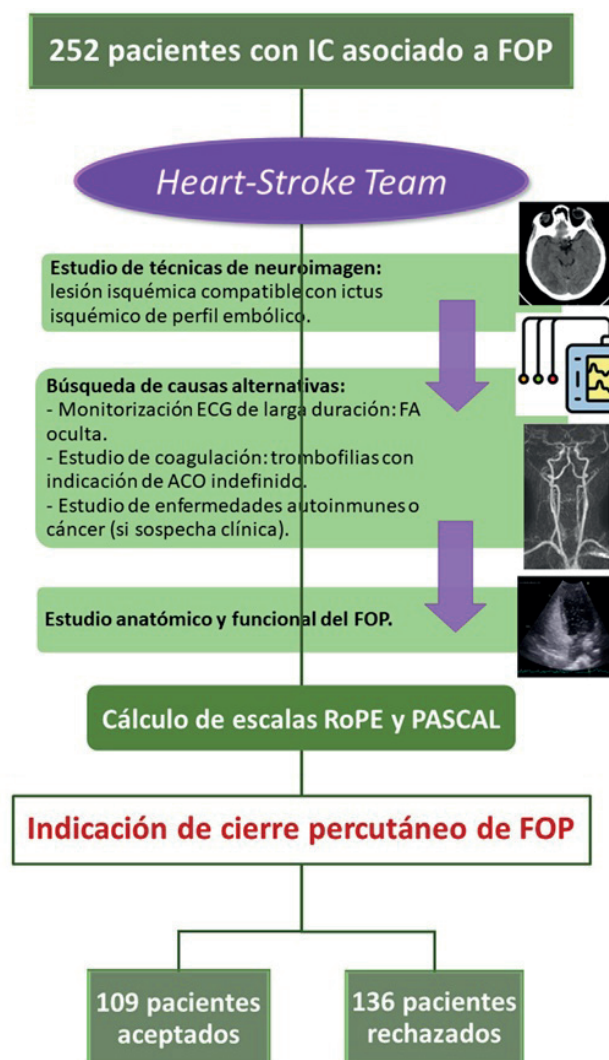
Introducción y objetivos: El cierre de foramen oval permeable (FOP) para la prevención de ictus isquémicos recurrentes tiene indicaciones muy específicas. Esto puede dejar fuera de la terapia a pacientes que podrían beneficiarse y, por otro lado, realizarse cierres innecesarios. Con el fin de optimizar la selección de candidatos, se creó un equipo multidisciplinar

(Heart-Stroke Team, HST) y se analizó la proporción de pacientes que finalmente fueron tratados con cierre percutáneo de FOP tras ictus criptogénico (IC).

Métodos: Estudio unicéntrico. Cohorte retrospectiva entre noviembre 2018-junio 2025. Inclusión consecutiva de todos los pacientes con sospecha de IC/AIT asociado a FOP.

Se realizó una evaluación escalonada: demostración de IC mediante neuroimagen; estudio exhaustivo de causas alternativas (ateromatosis, monitorización ECG prolongada, estudio trombofilias); y evaluación anatómica del FOP. Se calcularon escala RoPE (Risk of Paradoxical Embolism) y PASCAL (PFO-Associated Stroke Causal Likelihood).

Resultados: Se discutieron 252 pacientes. Se recomendó cierre de FOP en 109 casos (43,2%; edad media 47,62 años; RoPE medio 6,62), frente a 136 en los que se desestimó (edad media 55,71 años; RoPE 4,74). En 37 pacientes (27,2%) se encontró una causa alternativa clara del ictus (FA oculta, trombofilias, cáncer). En contrapartida, se indicó cierre en 8 pacientes mayores de 60 años, 5 con evento índice AIT y 48% RoPE ≤ 6 .



Conclusiones: El HST mejora la selección de candidatos a cierre de FOP tras IC, incluyendo pacientes fuera de criterios clásicos, y evitando intervenciones no beneficiosas. Este enfoque colaborativo optimiza la toma de decisiones clínicas y la seguridad del paciente.

P-033. PREDICTORES DE FRACASO EN LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO DE CLDL TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIAS DIRIGIDAS CONTRA PCSK9

Ignacio Arroyo Crespo¹, Ana Vallejo Yuste¹,
María Molina Cabrerizo² y Diego Segura Rodríguez¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ²Medicina de Familia y Urgencias, Centro de Salud Gran Capitán, Granada.

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan alcanzar cLDL < 55 mg/dl precozmente tras un síndrome coronario agudo (SCA). Las terapias dirigidas a PCSK9 logran una intensa reducción lipídica, aunque existen pocos datos en práctica real sobre el momento de inicio y los predictores de consecución del objetivo.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó 105 pacientes consecutivos con SCA tratados con terapias anti-PCSK9. Se clasificaron como riesgo extremo (50,5%) o riesgo muy alto (49,5%). El objetivo principal fue cLDL < 55 mg/dl a 12 meses (disponible en 65 pacientes). Se realizaron análisis de tiempo hasta evento (Kaplan-Meier, log-rank y regresión de Cox) y regresión logística para identificar predictores de no consecución.

Resultados: El 47,7% alcanzó cLDL < 55 mg/dl al año. El inicio precoz (≤ 90 días) se asoció con mayor tasa de consecución (80 vs. 41%; $p = 0,036$) y menores cifras de cLDL al año (26 vs. 68 mg/dl; $p = 0,009$). La categoría de riesgo extremo no se asoció con inicio más temprano ni con mayor probabilidad de alcanzar el objetivo. En el análisis de Cox, inclisiran frente a anticuerpos monoclonales se asoció con menor probabilidad de consecución (HR 0,39; $p = 0,034$). En el análisis univariante, inclisiran se asoció con no consecución, sin predictores independientes tras ajuste.

Conclusiones: El inicio precoz de terapias anti-PCSK9 tras SCA casi duplicó la tasa de consecución del objetivo. La clasificación de riesgo extremo no mejoró el control lipídico en práctica real. El uso de inclisiran se asoció con menor probabilidad de alcanzar cLDL < 55 mg/dl.

P-034. RETIRADA DE ÁCIDO BEMPEDOICO TRAS IAM: CONSECUENCIAS SOBRE EL CONTROL LIPÍDICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Mateo Jiménez García¹, Álvaro Rodríguez-Lescure González¹,
Ester Mínguez de la Guía¹, Macarena López Vázquez¹,
Isabel López Neyra¹, Francisco Manuel Salmerón Martínez¹,
Jesús María Jiménez Mazuecos¹, Albert Ariza Solé²,
Sergio Raposeiras Roubín³ y Míquel José Corbí Pascual¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra.

Introducción y objetivos: El control lipídico es un pilar del tratamiento tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Muchos pacientes no alcanzan el objetivo de cLDL (< 55 mg/dl). El ensayo clínico aleatorizado ES-BempeDACS evaluó triple terapia hipolipemiente precoz (estatina + ezetimiba + ácido bempedoico) frente doble terapia (estatina + ezetimiba), con resultados a 8 semanas. En nuestra comunidad autónoma, por condiciones de visado (solo aprobado si cLDL > 100 mg/dl), el bempedoico se retiró al finalizar el ensayo. El objetivo es analizar el efecto de su retirada sobre el control lipídico.

Métodos: Análisis retrospectivo del cLDL al año en los pacientes incluidos en nuestro centro en ES-BempeDACS, comparando rama doble frente a triple tras retirar bempedoico.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes post-IAM; 37 realizaron seguimiento al año (doble $n = 19$, triple $n = 18$). Edad y comorbilidades similares. Respecto tratamiento previo, recibían estatina baja potencia 30,4% (doble) vs. 30% (triple), alta potencia 21,7 vs. 5% y ezetimiba 5 vs. 13%. El cLDL basal fue $125,39 \pm 24,7$ mg/dl (doble) vs. $131,35 \pm 28,5$ mg/dl (triple). En el grupo doble, el cLDL se mantuvo estable ($55,91 \pm 25,6$ vs. $59,58 \pm 26,84$ mg/dl; $p = 0,376$), con 52,6% a 47,3% en objetivo. En el grupo triple, el cLDL aumentó significativamente tras retirar el bempedoico: $47,63 \pm 15,88$ mg/dl a 8 semanas a $65,33 \pm 14,04$ mg/dl al año ($+17,7$ mg/dl; IC95%:10,1-25,9; $p < 0,001$) con paso de 66,6% en objetivo a 33,3% ($p < 0,05$). La tasa exploratoria de SCA en seguimiento fue 15,8% (triple) vs. 4,3% (doble).

Conclusiones: La retirada de ácido bempedoico supuso un aumento de cLDL que se reflejó en una reducción del porcentaje en objetivo terapéutico al año.

P-035. TRAYECTORIAS DE FUNCIÓN RENAL INTRAHOSPITALARIA Y PRONÓSTICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Javier Moya Fernández¹, Rafael de la Espriella²,
Lorenzo Fácila¹, Amparo Valls³, Raquel López⁴, Nuria Vicente⁵,
Pau Llacer⁶, Luna Carrillo⁷, Julia Seller⁸ y Julio Núñez²

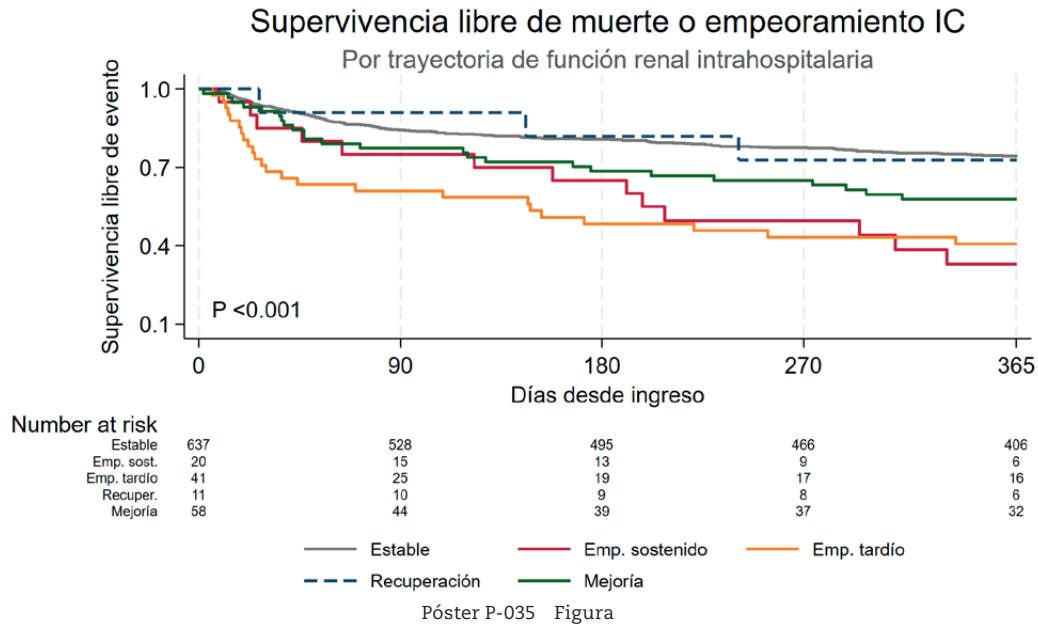
¹Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. ²Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante. ⁶Servicio de Medicina Interna, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Servicio de Cardiología, Hospital de Torre Vieja, Torre Vieja, Alicante. ⁸Servicio de Cardiología, Hospital General Marina Alta, Denia, Alicante.

Introducción y objetivos: Este análisis evalúa el impacto de los cambios en la creatinina sérica en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca aguda, con el objetivo de determinar cómo diferentes trayectorias de función renal afectan el riesgo de muerte o empeoramiento de la insuficiencia cardiaca a un año.

Métodos: Se incluyó a 776 pacientes del Registro Valenciano de Insuficiencia Cardiaca. Se calcularon dos intervalos de cambios en creatinina: temprano (urgencias \rightarrow ingreso) y tardío (ingreso \rightarrow alta), utilizando un umbral de $\geq 0,5$ mg/dl como cambio clínicamente relevante. Las trayectorias definidas fueron: estable, empeoramiento sostenido, empeoramiento tardío, recuperación y mejoría. El endpoint primario fue la combinación de muerte o empeoramiento de insuficiencia cardiaca.

Resultados: Durante el seguimiento de 365 días, se registraron 266 eventos, incluyendo 99 muertes y 167 empeoramientos de IC. Las trayectorias de empeoramiento se asociaron con un mayor riesgo de estos eventos. En el análisis multivariado ajustado, las trayectorias de empeoramiento sostenido y tardío mostraron un riesgo independiente aumentado para el endpoint compuesto (HR 2,89 y HR 2,15, respectivamente). Otros predictores independientes fueron los niveles de CA125 y NT-proBNP.

Conclusiones: En resumen, los cambios de la función renal, especialmente los de empeoramiento sostenido y tardío, son predictores importantes del pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, mientras que la recuperación intrahospitalaria se asocia con un menor riesgo.



P-036. GROSOR DEL SEPTO INTERVENTRICULAR (SIV) Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN INTRAVENTRICULAR TRAS EL IMPLANTE DE PRÓTESIS VALVULAR AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

Gabriel Andrés Rivera Saltos, Irene Torres Chillerón, Guillermo Galeote Escalera, Jesús Cuesta Domingo, Elena García Losana y Nerea Velasco Pascual

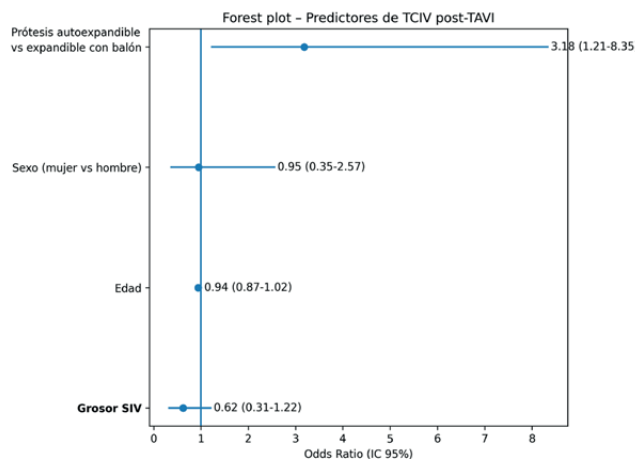
Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: El grosor del SIV se relaciona con el desarrollo de TCIV post-TAVI (más frecuente en prótesis autoexpandible). El objetivo del estudio fue analizar si el grosor del SIV se relaciona con el desarrollo de TCIV post-TAVI.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico desde enero 2022 a diciembre 2024; se excluyen aquellos con TCIV previo al implante de la prótesis. Se analiza mediante regresión logística binaria si el grosor del SIV del ecocardiograma ajustado al tipo de prótesis, edad y sexo del paciente se relaciona con el desarrollo de TCIV durante la hospitalización, registrado en la monitorización electrocardiográfica o en el electrocardiograma, expresado en OR con un IC95%. **Resultados:** Se excluyen 42 pacientes con TCIV conocido y 28 pacientes sin medida de grosor del SIV. La cohorte final incluyó 88 pacientes, con una edad media de 81,3 años (DE ± 6,18), 58% sexo femenino, 62,5% se implantó prótesis expandible con balón y 45 casos (51,1%) tenían hipertrofia septal moderada. Desarrollaron TCIV post-TAVI 41 pacientes (46,6%), siendo lo más frecuente el BCRI (40,9%). En el análisis multivariable

Regresión logística binaria - TCIV post-TAVI (N=88)

Variable	OR	IC 95%	p
Edad	0,94	0,87-1,02	0,139
Grosor SIV	0,62	0,31-1,22	0,166
Sexo (mujer vs hombre)	0,95	0,35-2,57	0,916
Prótesis autoexpandible vs balón-expandible	3,18	1,21-8,35	0,019



Póster P-036 Figura

(figura 1) el grosor septal no se asoció de forma significativa con el desarrollo de TCIV (OR 0,62; IC95% 0,31-1,22; p = 0,166), tampoco la edad y el sexo, pero la prótesis autoexpandible sí se asoció de forma significativa con el desarrollo de TCIV (OR 3,18; IC95% 1,21-8,35; p = 0,019).

Conclusiones: En nuestra serie el grosor del SIV no se asoció de forma independiente con el desarrollo de TCIV post-TAVI.

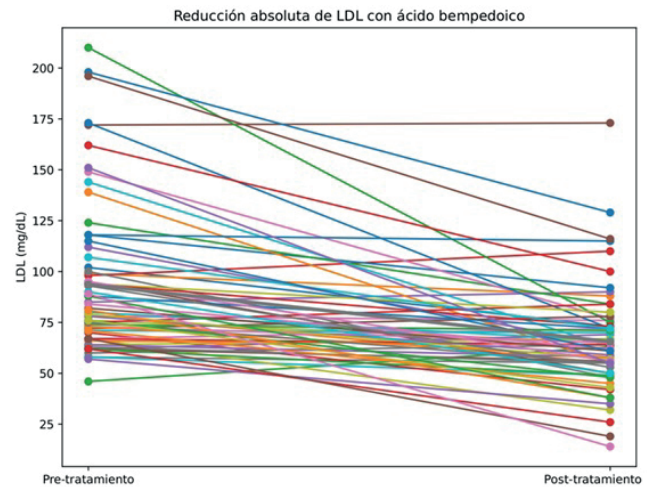
P-037. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: PREDICTORES DE RESPUESTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Julio Vázquez Reguera¹, Claudia Peña Saavedra¹, Alba Morera Sánchez² y Javier León Santana¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El ácido bempedoico es un hipolipemiante oral útil en pacientes con intolerancia a estatinas o que no alcanzan objetivos de colesterol LDL pese a tratamiento optimizado. El objetivo fue evaluar su impacto en práctica clínica real y analizar predictores de respuesta en prevención secundaria.

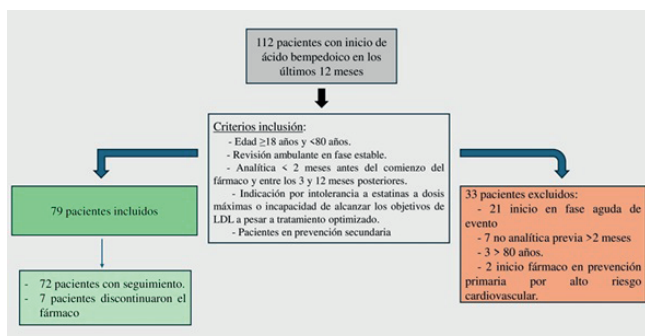
Métodos: Estudio observacional, ambispectivo y unicéntrico en pacientes en prevención secundaria tratados con ácido bempedoico en práctica clínica habitual. La indicación fue intolerancia a estatinas o no alcanzar objetivos de LDL pese a tratamiento hipolipemiante optimizado. Se recogieron variables clínicas, demográficas y analíticas basales y el perfil lipídico en el primer control tras iniciar el tratamiento. El objetivo primario fue la reducción absoluta del LDL. Como secundarios se evaluaron el logro de LDL < 55 mg/dl, la respuesta por subgrupos y la seguridad. Se realizó un análisis exploratorio de predictores según la mediana de reducción relativa.



Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, con edad media 65,2 años, siendo 29,3% mujeres. Con una mediana de seguimiento de 5,9 meses, el ácido bempedoico redujo el LDL en 27,3 mg/dl. El porcentaje de pacientes con LDL < 55 mg/dl aumentó del 2,5% al 24,7% y del 8,3% al 21,7% en intolerantes a estatinas. Menor edad y mayores niveles basales de colesterol total y LDL se asociaron a mayor reducción. El fármaco fue bien tolerado y presentó bajas tasas de discontinuación (6,32%).

Conclusiones: En práctica clínica real, el ácido bempedoico reduce eficazmente el LDL con buen perfil de seguridad, siendo la edad y el LDL basal posibles predictores de respuesta.

Gráfico aluvial por subgrupos de LDL pre y post tratamiento con ácido bempedoico



P-038. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA VACUNACIÓN DEL PACIENTE CARDIÓPATA ADULTO DESDE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Clara Bonanad Lozano

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: La infección por virus respiratorios y otros patógenos se asocia a un mayor riesgo de descompensaciones, hospitalizaciones y eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía. La vacunación ha emergido como una estrategia de prevención cardiovascular más allá de su papel en la prevención de infecciones. El objetivo de este estudio fue describir la percepción, la práctica clínica habitual y las principales barreras para la recomendación de vacunas en el paciente cardiópata adulto entre profesionales sanitarios vinculados a la Sociedad Española de Cardiología.

Resultados: Se observó una elevada percepción de la vacunación como medida de prevención cardiovascular en todos los colectivos, especialmente entre enfermería y médicos residentes. Sin embargo, la recomendación activa y sistemática mostró una marcada variabilidad, siendo más frecuente entre cardiólogos y enfermería que entre residentes. Las vacunas consideradas prioritarias fueron la antigripal, la antineumocócica y la frente a la COVID-19, seguidas de la del herpes zóster. Las principales barreras identificadas incluyeron la falta de tiempo, la insuficiente formación específica y las dificultades de coordinación con Atención Primaria, junto con dudas sobre la evidencia científica y la reticencia del paciente en menor medida. Asimismo, una proporción relevante de profesionales percibió un respaldo parcial o insuficiente por parte de guías o documentos consenso.

Conclusiones: Aunque la vacunación es ampliamente reconocida como una herramienta de prevención cardiovascular en el paciente cardiopata adulto, persisten áreas de mejora en su recomendación sistemática, lo que subraya la necesidad de reforzar la formación y optimizar la coordinación asistencial.

P-039. ¿PERCUTÁNEO O QUIRÚRGICO? RESULTADOS COMPARATIVOS DEL CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN PRÁCTICA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA

José Ignacio Larrubia Valle, Cristian Omar Portillo Villeda, Lucía Garcerán Hernaiz, Carlos González Guerrero y Joaquín Cano Nieto

UGC Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía congénita frecuente en adultos y su cierre está indicado cuando existe cortocircuito significativo con repercusión hemodinámica. El abordaje percutáneo se ha consolidado como alternativa menos invasiva al tratamiento quirúrgico en pacientes seleccionados. El objetivo fue comparar los resultados clínicos y evolutivos de ambos abordajes en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó 31 pacientes consecutivos sometidos a cierre de CIA entre 2022 y 2025 mediante técnica percutánea (n = 17) o quirúrgica (n = 14). Se analizaron características clínicas y anatómicas, indicación del procedimiento, complicaciones, estancia hospitalaria y evolución ecocardiográfica al mes y al año.

Resultados: La edad media fue $48,4 \pm 19,5$ años en el grupo percutáneo y $44,7 \pm 19,5$ años en el quirúrgico. La indicación principal fue la dilatación de cavidades derechas (47,1 vs. 71,4%), seguida de antecedente de ictus. El tamaño medio del defecto fue $14,8 \pm 7,9$ mm en el grupo percutáneo y $20,4 \pm 15,6$ mm en el quirúrgico. La estancia hospitalaria fue menor en el grupo percutáneo ($2,2 \pm 5,9$ días; 94,1% altas < 24 h) frente al quirúrgico ($10,1 \pm 6,2$ días). Se registró un caso de migración del dispositivo percutáneo que requirió cirugía. Durante el seguimiento se observó remodelado progresivo de cavidades derechas en ambos grupos, con fibrilación auricular en el 7,1% de los pacientes quirúrgicos y un fallecimiento precoz.

	TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO AL ALTA				
	SAPT (AAS o Clopidogrel)			DAPT	ACOD
	3 meses	6 meses	>12 meses/indefinido	6 meses	
PERCUTÁNEO	0 (0%)	2 (11.8%)	0 (0%)	13 (76.4%)	2 (11.8%)
QUIRÚRGICO	3 (21.4%)	3 (21.4%)	4 (28.5%)	0 (0%)	4 (28.6%)

Resultados expresados como número de paciente y porcentaje dentro de su grupo (%)

*SAPT: monoantiagregación. AAS: ácido acetilsalicílico. DAPT: Doble antiagregación. ACOD: Anticoagulación oral directa

Conclusiones: El cierre percutáneo de la CIA se asocia a recuperación más rápida, menor estancia hospitalaria y baja tasa de complicaciones, con resultados comparables al tratamiento quirúrgico en el seguimiento.

P-040. TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN EN EL ECG BASAL COMO PREDICTORES DE EVENTOS BRADIARRÍTMICOS EN TELEMETRÍA

Elena García Losana, Jesús Cuesta Domingo, Nerea Velasco Pascual, Marta Álvarez Sánchez, Marta Flores Hernán, Lucía Villafáfila Martínez,

Patricia del Valle Taberero, Joan Ramon Enseñat, Gabriel Rivera Saltos y Luis Rodríguez Padial

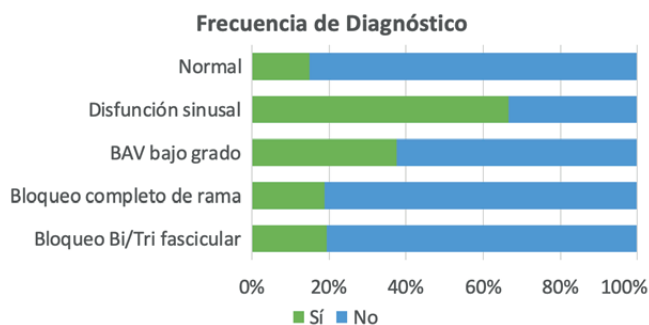
Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Introducción y objetivos: El objetivo es analizar si las alteraciones de la conducción en el ECG basal se relacionan con mayor tasa de diagnóstico de bradiarritmias significativas en pacientes ingresados por síncope de causa desconocida que han estado monitorizados durante su ingreso y en los que no se ha indicado implante de marcapasos desde un principio.

Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo realizado a través de datos registrados por admisión clínica con un N = 115. Los pacientes completaron una monitorización media de 4,2 días (IC95% 1,2-7,8). Se analizó la tasa de diagnóstico mediante un test exacto de Fisher de dos colas y $\alpha = 0,05$.

Resultados: Se presentan las características de nuestra población en la tabla 1. A continuación, se muestran los resultados del contraste de hipótesis planteado en la figura. No existen diferencias significativas para el global del estudio, solamente cuando se comparan los grupos de ECG basal normal frente disfunción sinusal ($p = 0,012$).

ECG basal	N	Diagnóstico al alta
Normal	54	8 (14,8%)
Disfunción sinusal	6	4 (66,7%)
BAV bajo grado	8	3 (37,5%)
Bloqueo completo de rama	16	3 (18,8%)
Bloqueo bi/trifascicular	31	6 (19,4%)



Conclusiones: Estos resultados sugieren que la presencia de alteraciones en el ECG basal no se relaciona con un diagnóstico de bradiarritmia significativa durante un ingreso en planta. Sin embargo, como limitaciones importantes de este estudio se encuentra la baja N y el sesgo de selección de pacientes que por su propio trastorno basal se postulan para implante de marcapasos sin diagnóstico confirmado.

P-041. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN VARIABLES CLÍNICAS, FUNCIONALES Y PSICOSOCIALES: ANÁLISIS MEDIANTE ESCALAS VALIDADAS

Carla Ferreira, Hélder Marques, Filipe Vilela, Mónica Dias, Ana Fernandes, Inês Conde, Cátia Oliveira y Vítor Hugo Pereira

Servicio de Cardiología, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Introducción y objetivos: El programa de rehabilitación cardiaca (RC) es una intervención en la prevención secundaria

con enfoque multifactorial de modificación de factores de riesgo, educación sanitaria y apoyo psicosocial. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de RC sobre variables clínicas, funcionales y psicosociales mediante escalas validadas.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo con 57 pacientes admitidos en un programa de RC entre noviembre de 2022 y septiembre de 2024. Se dividió en un subgrupo prospectivo ($n = 17$), evaluado antes y después de 12 sesiones para analizar cambios en calidad de vida, estrés, ansiedad, depresión y cognición; y un subgrupo retrospectivo ($n = 38$), evaluado antes y después del programa para estudiar la adherencia a la dieta mediterránea, el autocuidado y la adherencia terapéutica.

Resultados: La edad media fue de 59,6 años, con una mediana de 26 sesiones de RC (9–76). La cardiopatía isquémica estuvo presente en el 75,5% de los pacientes y el 49,1% presentó fracción de eyección ventricular izquierda reducida. Tras el programa de RC se observaron mejoras significativas en la fracción de eyección ventricular izquierda ($41,3\% \pm 11,9$ vs. $43\% \pm 10,2$; $p = 0,028$), NT-proBNP ($p = 0,033$), clase funcional NYHA ($p < 0,001$), colesterol-LDL ($p = 0,010$), calidad de vida, estrés percibido y conductas de autocuidado ($p < 0,05$ para todas).

Conclusiones: La participación en un programa de RC se asoció a mejoras significativas en variables clínicas, funcionales y psicosociales. Estos resultados refuerzan el valor de la rehabilitación cardiaca como una estrategia integral y potencialmente adaptable a enfoques más individualizados en el manejo del paciente cardiovascular.

P-042. CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR: RESULTADOS EN PRÁCTICA REAL EN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA

José Ignacio Larrubia Valle, Alba María Lomas Yeste, Pedro Fernández Martín, Encarnación Poveda Trigo y Joaquín Cano Nieto

UGC Cardiología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía congénita frecuente. En la CIA tipo ostium secundum con anatomía favorable, el cierre percutáneo es el tratamiento de elección. El objetivo fue analizar los resultados del cierre percutáneo de CIA en vida real en población adulta y pediátrica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con 34 pacientes consecutivos sometidos a cierre percutáneo de CIA (19 adultos, 15 pediátricos). Se analizaron características clínicas y anatómicas, procedimiento, tratamiento al alta, complicaciones y evolución clínica y ecocardiográfica al mes y al año.

Resultados: La edad media fue $30,1 \pm 25,4$ años (rango 3–76), con 20 mujeres (58,8%). La CIA tipo ostium secundum fue la más frecuente (31 pacientes; 91,2%), con dos defectos multifenestrados y un cierre de defecto residual tras cirugía de Mustard. La dilatación de cavidades derechas estaba presente en 32 pacientes (94,1%) al diagnóstico. La indicación principal fue la repercusión hemodinámica con dilatación de cavidades derechas (49,1% adultos, 100% niños), seguida de disnea (28,6%) y antecedente de evento cerebrovascular (22,3%). El tamaño medio del defecto fue $13,1 \pm 6,9$ mm. El procedimiento fue exitoso en 33 pacientes (97,1%). Se registró una complicación mayor por migración del dispositivo que requirió cirugía. El 91,2% fue dado de alta en las primeras 24 horas. No se observaron cortocircuitos residuales. En el seguimiento

anual, persistía dilatación de cavidades derechas en solo 4 casos (14,3%).

Conclusiones: El cierre percutáneo de la CIA mostró alta tasa de éxito, baja tasa de complicaciones y favorable remodelado cardiaco en adultos y niños.

P-043. RENDIMIENTO DE LA GAMMAGRAFÍA 99MTC-DPD COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Javier Poves, Carlos Ramon, Lorenzo Fácila, Miguel Benedito, María Andreu y Rafael Payá

Servicio de Cardiología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de la amiloidosis cardiaca ha experimentado un cambio de paradigma con la incorporación de técnicas de imagen no invasivas, especialmente la gammagrafía ósea, que permite identificar la amiloidosis por transtirretina en ausencia de discrasia de células plasmáticas. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento diagnóstico de la gammagrafía ósea y su concordancia con otras pruebas complementarias.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes evaluados por sospecha de amiloidosis cardiaca en un hospital terciario. Se analizaron los resultados de la gammagrafía ósea, clasificados según la escala de Perugini, el despistaje de discrasia de células plasmáticas, los hallazgos de la resonancia magnética cardiaca y el diagnóstico final, categorizado como amiloidosis por transtirretina, amiloidosis primaria o ausencia de amiloidosis.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con sospecha de amiloidosis cardiaca, con una edad media de 80 años y un 86,6% de varones. La gammagrafía ósea fue positiva (grado II–III de Perugini) en 15 pacientes (50%). Tras el despistaje hematológico, 2 pacientes fueron diagnosticados de amiloidosis por cadenas ligeras. La concordancia entre los hallazgos de la resonancia magnética cardiaca y la positividad en la gammagrafía fue del 46,67%.

Conclusiones: La gammagrafía ósea muestra un alto rendimiento diagnóstico para la identificación de la amiloidosis cardiaca por transtirretina en la práctica clínica habitual. No obstante, su interpretación debe realizarse siempre de forma conjunta con el estudio de cadenas ligeras, dado que una gammagrafía negativa no excluye la presencia de amiloidosis primaria, siendo necesario un enfoque diagnóstico multimodal.

P-044. AMILOIDOSIS CARDIACA AL: DESCRIPCIÓN CLÍNICA, ECOCARDIOGRÁFICA Y DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN UNA SERIE DE CASOS

Jorge Álvarez Rubio¹, Joan Torres Marques¹, Virginia Ruiz Pizarro¹, Marta Alamar Cervera¹, Esther Moranta Ribas¹, Raquel del Campo García², Juan José Bargay Lleonart² y Tomas Ripoll Vera¹

¹Servicio de Cardiología, Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol, Baleares. ²Servicio de Hematología, Fundación Hospital Son Llàtzer, Son Ferriol, Baleares.

Introducción y objetivos: La amiloidosis AL con afectación cardiaca presenta elevada morbimortalidad y diagnóstico tardío. El objetivo fue describir las características clínicas, analíticas y de imagen de una serie de pacientes con amiloidosis AL y compromiso cardiaco en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico confirmado de amiloidosis cardiaca AL. Se analizaron variables demográficas, clínicas, biomarcadores, parámetros ecocardiográficos y de RMC, así como estadio. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar o mediana [rango intercuartílico], y las cualitativas como porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes (42,9% varones), con edad media de 63,6 \pm 11,1 años. El tiempo mediano desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 12 [6-15] meses. El 100% presentó insuficiencia cardiaca, 57,1% fibrilación auricular y 28,6% bloqueo auriculoventricular; el 57,1% se encontraba en clase funcional NYHA III-IV. El 42,9% presentó afectación extracardiaca. La mediana de NT-proBNP fue 4.046 pg/mL [2.483,5-9.490,5]. En el ecocardiograma, la FEVI media fue 50 \pm 9,5%, con grosor medio de 18 \pm 2 mm y SLG medio de -10,3 \pm 3,1%. En RMC, el 85,7% mostró cinética anormal del gadolinio y el 71,4% realce subendocárdico; el volumen extracelular medio fue 51,8 \pm 10,1%. El 85,7% presentó cadena ligera lambda y el 71,4% estadio Mayo 2012 \geq III.

Conclusiones: En esta serie, la amiloidosis AL cardiaca se diagnosticó en estadios avanzados. Estos hallazgos reflejan la necesidad de aumentar la sospecha clínica y subrayan la importancia de realizar un diagnóstico diferencial precoz con la amiloidosis TTR mediante una evaluación clínica y de imagen multimodal.

P-045. ¿QUIÉNES RECIBEN INHIBIDORES DE PCSK9 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL? PERFIL CLÍNICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Berta Vela Selma, Paula Martínez Fernández
y Juan José Jiménez Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital la Plana, Vila-Real/Villarreal, Castellón.

Introducción y objetivos: Los inhibidores de PCSK9 se indican en prevención secundaria en pacientes con alto riesgo cardiovascular y control lipídico insuficiente pese a tratamiento óptimo. Sin embargo, el perfil clínico y la carga terapéutica de los pacientes que reciben estos fármacos en práctica clínica real no siempre está claramente descrito. El objetivo fue caracterizar las características clínicas y el tratamiento previo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9. Se analizaron variables demográficas, nivel de riesgo cardiovascular, factores de riesgo, antecedentes clínicos y tratamiento hipolipemiente concomitante en el momento de inicio.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes con una edad media de 63,6 años; el 84,1% presentaba riesgo cardiovascular muy alto, el 15,0% alto y el 0,9% moderado. Presentaban hipertensión el 62,6%, diabetes mellitus el 36,4% y tabaquismo activo el 25,2%. El 34,6% había presentado dos o más eventos cardiovasculares previos y el 23,4% hipercolesterolemia familiar. En cuanto al tratamiento previo, el 63,6% recibía ezetimiba, el 32,7% ácido bempedoico y el 36,4% icosapento de etilo. El LDL basal medio fue 137,1 mg/dl pese a esta carga terapéutica.

Conclusiones: En práctica clínica real, los pacientes que reciben inhibidores de PCSK9 en prevención secundaria presentan una elevada carga de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiente previo, lo que refleja su utilización en perfiles clínicos complejos que requieren abordaje integral y optimización terapéutica.

P-046. EVOLUCIÓN RENAL Y METABÓLICA TRAS INICIO DE INHIBIDORES DE PCSK9 EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: IMPLICACIONES EN EL SÍNDROME CARDIORRENOMETABÓLICO

Berta Vela Selma, Raquel Peset Manzanet
y Juan José Jiménez Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital la Plana, Vila-Real/Villarreal, Castellón.

Introducción y objetivos: El abordaje del riesgo cardiovascular en prevención secundaria se enmarca actualmente en el concepto de síndrome cardiorrenometabólico, que integra control lipídico, función renal y perfil metabólico. Aunque los inhibidores de PCSK9 han demostrado eficacia en la reducción del LDL, los datos sobre su impacto renal y metabólico en práctica clínica real son limitados. El objetivo fue evaluar la evolución de la función renal y de parámetros metabólicos tras el inicio de inhibidores de PCSK9 en pacientes en prevención secundaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9. Se compararon los valores basales y finales de filtrado glomerular (FG), creatinina, triglicéridos y HDL durante el seguimiento.

Resultados: Se analizaron 85 pacientes con datos completos de FG, observándose una media basal de 80,7 ml/min y final de 78,0 ml/min, con una variación media de -2,7 ml/min sin deterioro clínicamente relevante. La creatinina permaneció estable (0,9 vs. 1,0 mg/dl; n = 84). En cuanto al perfil metabólico, los triglicéridos descendieron de 180,8 a 143,5 mg/dl (-37,3 mg/dl; n = 89), mientras que el HDL mostró una ligera variación (55,5 vs. 52,4 mg/dl; n = 90). Una proporción significativa recibía además ezetimiba, ácido bempedoico o icosapento de etilo.

Conclusiones: En práctica clínica real, el inicio de inhibidores de PCSK9 en prevención secundaria se asocia a estabilidad de la función renal y mejoría de triglicéridos, sin impacto adverso relevante en otros parámetros metabólicos. Estos hallazgos respaldan su seguridad en el contexto del síndrome cardiorrenometabólico y refuerzan su papel dentro de una estrategia integral de reducción del riesgo cardiovascular.

P-047. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU IMPACTO SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO Y PRONÓSTICO

Cristina Álvarez Marco, Olalla Arias García,
Elena Alarcía Salas, María Fumanal Gracia,
Emilio Martín Serra Rojas, Julia Pilar Asensio Alonso,
Pablo Revilla Martí y José Ramón Ruiz Arroyo

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: La adherencia a la dieta mediterránea se ha asociado de forma consistente con una reducción significativa del riesgo de síndrome coronario agudo (SCA), tanto en prevención primaria como secundaria. Sin embargo, diversos estudios transversales han señalado una disminución progresiva de dicha adherencia en la población española los últimos años. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado actual de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con SCA y analizar su relación con el perfil lipídico y la gravedad del evento coronario.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a 60 pacientes diagnosticados de SCA entre mayo de 2024 y abril de 2025. La adherencia a la dieta se evaluó mediante el cuestionario PREDIMED. La gravedad del

Título de la tabla: Características basales y resultados clínico-analíticos.

	Baja adherencia 42 (70%)	Alta adherencia 18 (30%)	Total 60	P valor	
Sexo masculino (n, %)	35 (83,33%)	10 (55,56%)	45 (75%)	0,048	
Edad (media, DS)	59,79 (± 10,03)	59,28 ± 8,88	59,63 ± 9,63	0,948	
IMC (media, DS)	29,14 (± 4,59)	29,66 ± 5,45	29,30 ± 4,82	0,693	
Tabaco (n, %)	28 (66,67%)	10 (55,56%)	38 (63,3%)	0,560	
DLP (n, %)	27 (64,29%)	10 (55,56%)	37 (61,7%)	0,571	
DM II (n, %)	7 (16,67%)	4 (22,22%)	11 (18,3%)	0,719	
HTA (n, %)	22 (52,38%)	7 (38,89%)	29 (48,3%)	0,405	
SCA	SCACEST (n, %)	31 (73,80%)	11 (61,11%)	42 (70%)	0,367
	SCASEST (n, %)	11 (26,20%)	7 (38,89%)	18 (30%)	
EAC	1 vaso (n, %)	10 (23,80%)	8 (44,44%)	18 (30%)	0,427
	2 vasos (n, %)	3 (7,15%)	1 (5,55%)	4 (6,7%)	
	3 vasos (n, %)	9 (21,43%)	2 (11,11%)	11 (18,3%)	
	4 vasos (n, %)	20 (47,62%)	7 (38,89%)	27 (45%)	
FEVI	FEVip (n, %)	31 (73,80%)	16 (88,89%)	47 (78,3%)	0,308
	FEVir (n, %)	11 (26,20%)	2 (11,11%)	13 (21,7%)	
Troponina T (media, DS)	2411,79 ± 2885,77	1838,61 ± 2072,57	2239,83 ± 2663,62	0,556	
Proteína C reactiva (media, DS)	19,55 ± 28,94	16,52 ± 21,05	18,69 ± 26,77	0,786	
Colesterol total (media, DS)	195,74 ± 37,08	204,31 ± 26,39	198,31 ± 34,23	0,458	
Colesterol LDL (media, DS)	123,08 ± 35,64	129,18 ± 23,30	124,91 ± 32,36	0,458	
Colesterol HDL (media, DS)	44,35 ± 11,09	48,22 ± 9,68	45,53 ± 10,74	0,136	
LpA (media, DS)	59,13 ± 74,16	25,56 ± 32,76	48,71 ± 65,80	0,045	

Póster P-047 Figura

SCA se definió según la forma de presentación (SCACEST o SCASEST), la extensión de la enfermedad coronaria, la FEVI y el valor máximo de troponina T ultrasensible.

Resultados: Del total de pacientes, el 70% presentó una baja adherencia a la dieta, mientras que el 30% mostró una buena adherencia (≥ 9 puntos). No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, IMC, factores de riesgo cardiovascular, forma de presentación, extensión de la isquemia, FEVI ni en los niveles de troponina, proteína C reactiva o colesterol total, LDL y HDL. Sin embargo, los niveles de lipoproteína(a) fueron significativamente menores en el grupo con alta adherencia (25,56 vs. 59,13 mg/dl; $p = 0,045$).

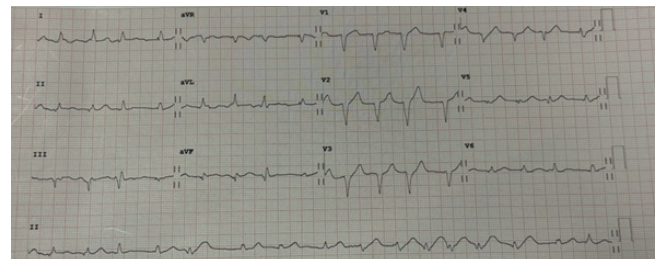
Conclusiones: La adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con SCA es preocupantemente baja en la actualidad.

P-048. MONITORIZACIÓN TRAS INICIO DE INHIBIDORES DE PCSK9 EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: TIEMPOS DE SEGUIMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Berta Vela Selma, Paula Martínez Fernández y Juan José Jiménez Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital la Plana, Vila-Real/Villarreal, Castellón.

Introducción y objetivos: La optimización del tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria requiere no solo la elección adecuada del fármaco, sino también una monitorización estructurada tras su inicio. Sin embargo, los tiempos reales de seguimiento tras la introducción de inhibidores de PCSK9 en práctica clínica habitual no están bien definidos. El objetivo fue analizar los intervalos de seguimiento tras el ini-



cio de inhibidores de PCSK9 en pacientes en prevención secundaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en prevención secundaria tratados con inhibidores de PCSK9. Se calcularon los días transcurridos desde el inicio del tratamiento hasta la primera analítica de control y hasta la última analítica disponible.

Resultados: Se analizaron 91 pacientes con primera analítica registrada. El tiempo medio hasta la primera revisión fue de 115,6 días, con una mediana de 110 días. El seguimiento hasta la última analítica disponible fue de 399,6 días de media, con una mediana de 280 días. Estos datos reflejan una monitorización aproximada a los 3-4 meses tras el inicio y un seguimiento cercano al año en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones: En práctica clínica real, la monitorización tras el inicio de inhibidores de PCSK9 en prevención secundaria se realiza en torno a los 3-4 meses, con seguimiento prolongado posterior. Estos hallazgos apoyan la necesidad de un modelo estructurado de seguimiento especializado para optimizar la respuesta terapéutica y el control del riesgo cardiovascular residual.

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Índice de autores

- Aguayo Caño, Nerea, 6, 14
 Aguinaga Mendibil, Ainhoa, 6
 Alamar Cervera, Marta, 22
 Alarcia, Elena, 9
 Alarcia Salas, Elena, 17, 23
 Alférez Zamora, María Victoria, 13, 14
 Alonso Carrillo, Jesús, 15
 Alvaredo Rodrigo, Diego, 15
 Álvarez, Cristina, 7, 9
 Álvarez Marco, Cristina, 17, 23
 Álvarez Rubio, Jorge, 22
 Álvarez Sánchez, Marta, 6, 21
 Amigo Otero, Emilio José, 11
 Andreu, María, 22
 Andreu, María Lourdes, 8
 Anguita Gámez, María, 3
 Anguita Sánchez, Manuel, 3
 Anguita Sánchez, Manuel Pablo, 14
 Antolinos Martínez, Aitana, 3
 Aracil, Pau, 8
 Arias, Olalla, 9
 Arias García, Olalla, 7, 23
 Ariza Solé, Albert, 18
 Arroyo Crespo, Ignacio, 12, 18
 Asensio Alonso, Julia Pilar, 17, 23
 Avanzas Fernández, Pablo, 2
- Barcelay Leyva, Favian Alexis, 5
 Bargay Lleonart, Juan José, 22
 Barrantes Castillo, Moises, 5
 Barreiro Mesa, Lucas, 6, 14
 Bayona Gracia, Fernando, 4
 Bazán Dávila, Sarem, 15
 Benedito, Miguel, 22
 Benedito Pallarés, Miguel Antonio, 8
- Bengoia Terrero, Christian, 5
 Blanco Echevarría, Agustín, 15
 Bonanad, Clara, 3
 Bonanad Lozano, Clara, 20
 Bonilla Palomas, Juan Luis, 3
 Borreguero Hernández, Aaron, 17, 7
 Braga, Carlos, 12
 Calviño Santos, Ramón, 4
 Calvo Córdoba, Raúl, 13
 Campos Vara, Julián, 10, 11, 15
 Campuzano Ruiz, Raquel, 1
 Cano Nieto, Joaquín, 21, 22
 Cánovas-Galindo, Cristina, 10, 17
 Capin Sampedro, Esmeralda, 2
 Carreño Linares, José Miguel, 11
 Carrillo, Luna, 18
 Cequier Fillat, Ángel, 1
 Claros Ruiz, José Alejandro, 16
 Conde, Inês, 12, 21
 Corbí Pascual, Miguel José, 13, 18
 Córdoba Soriano, Juan Gabriel, 13
 Cosin Sales Sales, Juan, 1
 Costa, João, 12
 Costa Segovia, Ramón, 15
 Cuesta Domingo, Jesús, 6, 19, 21
- Daoud, Yassin, 5
 De Castro, Marta, 15
 De la Espriella, Rafael, 18
 De la Fuente López, Pablo, 2
 Del Campo Garcia, Raquel, 22
 Del Río López, Marina, 3
 Del Santo O'Neill, Thomas Julián, 5
 Del Valle Tabernero, Patricia, 21
 Delgado Ortega, Mónica, 6
- Dias, Mónica, 9, 12, 16, 21
 Díez Lobo, Elena, 4, 12
 Díez-Villanueva, Pablo, 1
- Esteban Fernández, Albert, 3
 Esteve Ruiz, Irene María, 11
- Fácil, Lorenzo, 8, 18, 22
 Faria, João, 9, 12, 16
 Fernandes, Ana, 12, 21
 Fernandes, Ana Sofia, 9, 16
 Fernández Martín, Pedro, 16, 22
 Fernández Samper, Juan, 14
 Ferreira, Carla, 21
 Ferreira Ferreira, Carla, 12
 Ferrer Peñalver, Gabriel, 3
 Ferrera Durán, Carlos, 2
 Files Flores, Rui, 9, 16
 Flores Hernán, Marta, 6, 21
 Flores Soler, Jesús, 5
 Fortuny, Elena, 3
 Freixa-Pamias, Román, 3
 Fumanal, María, 9
 Fumanal Gracia, María, 17, 23
 Funes Almendros, Albert, 5
- Galeote Escalera, Guillermo, 19
 Gallo Fernández, Ignacio, 6
 Garcerán Hernaiz, Lucia, 21
 García Blas, Sergio, 10, 11, 15
 García Durán, Óscar, 5
 García Losana, Elena, 6, 19, 21
 García Martí, Gonzalo, 2
 García Suárez, Alba, 3
 Gaspar, António, 9, 16

- Gigante Miravalles, Esther, 6
 Gil-Jiménez, Teresa, 10, 17
 Gómez Doblás, Juan José, 1
 González Guerrero, Carlos, 21
 González Manzanares, Rafael, 3
 Gracia García Romero, María, 4, 12
 Gullón de la Roza, Alejandro, 2
 Gutiérrez de la Varga, Luis, 2
- Heredia Campos, Gloria, 6
- Izquierdo Hernández, Alba, 3
 Jiménez Aguilera, Juan José, 15, 23, 24
 Jiménez García, Mateo, 13, 18
 Jiménez Mazuecos, Jesús María, 18
- Larrubia Valle, José Ignacio, 16, 21, 22
 Latre, Marta, 9
 León Rubio León Rubio, Isabel, 8
 León Santana, Javier, 20
 Llacer, Pau, 18
 Lledó Ortiz, Cristina, 3
 Lomas Yeste, Alba María, 22
 López, Julia, 12
 López, Raquel, 18
 López Aguilera, José, 6, 14
 López Neyra, Isabel, 18
 López Vázquez, Macarena, 13, 18
 Loredana Urs Vranau, Bianca, 13, 14
 Lozano Martínez-Luengas, Íñigo Manuel, 2
- Marques, Hélder, 21
 Marques, Jorge, 12
 Marqués Cano, Nuria, 10, 11, 15
 Martín Díaz, Juan Diego, 14
 Martín Ruiz Ortiz, 6
 Martinavarro Gimeno, Paula, 15
 Martínez Bendayán, Isaac, 4, 12
 Martínez Fernández, Paula, 23, 24
 Martínez Martínez, Ana Isabel, 8
 Martínez Palomares, Jose Manuel, 6
 Marzoa Rivas, Raquel, 4, 12
 Mechó Carratala, Mario, 15
 Méndez, David, 9
 Mesa Rubio, Dolores, 6
 Minchola Guardia, David A., 5
 Mínguez de la Guía, Ester, 13, 18
 Miñana Escrivá, Gema, 10, 11, 15
- Mirabet Perez, Sonia, 3
 Miralles Vicedo, Beatriz, 8
 Molina Cabrerizo, María, 18
 Montagud, Vicente, 8
 Monzón Melián, Aday, 13
 Mora Robles, Javier, 16
 Moraleda Salas, María Teresa, 11
 Morales Alcántara, Alfonso, 14
 Moranta Ribas, Esther, 22
 Moreno-Escobar, Eduardo, 10, 17
 Morera Sánchez, Alba, 20
 Morillas Blasco, Pedro, 3
 Morillo Hidalgo, José Manuel, 11
 Moriña Vázquez, Pablo, 11
 Moya, Javier, 8
 Moya Fernández, Javier, 18
 Muñiz Garcia, Javier, 1, 3
 Muñoz Gilabert, Marina, 7, 17
- Navarro Pelegrini, Natalia, 6
 Nicolás Cañadas, Fabiola, 13, 14
 Noriega Sanz, Francisco, 2
 Núñez, Julio, 18
- Oliveira, Cátia, 12, 21
 Oliveira Ferreira, Carla, 9, 12, 16
 Omar Portillo Villeda, Cristian, 21
- Pascual López, Xavier, 3
 Payá, Rafael, 8, 22
 Peinado Escobar, Carla, 5
 Peixoto, Luís, 12
 Peña Saavedra, Claudia, 20
 Pereira, Vitor Hugo, 21
 Pérez Garcerán, Verónica, 15
 Pérez Villacastín, Julián, 5
 Pericet Rodríguez, Cristina, 14
 Peset Manzanet, Raquel, 23
 Poveda Trigo, Encarnación, 22
 Poves, Javier, 8, 22
 Puigbert Castillo, Marina, 5
 Puy Núñez, Alfredo, 4
- Quina, Catarina, 12
- Ramón, Carlos, 8, 22
 Ramon Enseñat, Joan, 21
 Ramón Ruiz, José, 9
 Raposeiras, Sergio, 3
- Raposeiras Roubín, Sergio, 18
 Recio Mayoral, Alejandro, 3
 René Puglla, Luis, 9
 Revilla, Pablo, 9
 Revilla Martí, Pablo, 7, 17, 23
 Rey Carbón, Javier, 4, 12
 Ribeiro, Joana, 9
 Ripoll Vera, Tomas, 22
 Rivadulla Varela, Claudio Manuel, 10, 11, 15
 Rivera Saltos, Gabriel, 21
 Rivera Saltos, Gabriel Andrés, 19
 Rocha, Bárbara, 9, 12, 16
 Rodríguez Padial, Luis, 6, 21
 Rodríguez-Lescure González, Álvaro, 13, 18
 Roldán Guerra, Álvaro, 6, 14
 Rubio Martínez, Asier, 5
 Ruiz Arroyo, José Ramón, 7, 23
 Ruiz Pizarro, Virginia, 22
- Sabatel Pérez, Fernando, 2
 Sagastagoia Epelde, Olatz, 4
 Salinas Sanguino, Pablo, 2
 Salmerón Martínez, Francisco Manuel, 13, 18
 Sánchez-Aranda, Enrique, 3
 Sánchez León, María Fernanda, 5
 Sánchez Sánchez, Carlos, 16
 Sanchis Forés, Juan, 10, 11, 15
 Segura Rodríguez, Diego, 3, 10, 12, 18, 17
 Seller, Julia, 18
 Serra Rojas, Emilio Martín, 7, 23
 Serrano, Irene, 8
 Sevilla Moya, Juan Carlos, 5
 Silva, Ângela, 16
 Silva Santos, Eduardo, 9
 Silva Vilela, Filipe, 9, 16
 Simón García, Miguel Ángel, 13
 Soler Oltra, Carlos, 7, 17
 Solís, Jorge, 15
 Soto Ruiz, María Isabel, 2
 Sousa, Andreia, 9, 12, 16
 Suárez Castro, Ester, 4
- Tébar Márquez, Daniel, 2
 Tello, Rocío, 15
 Torres Chillerón, Irene, 19
 Torres Marques, Joan, 22

Urbano Sánchez, Cristina, 6, 14

Valcuende, Javier Mario, 9

Valero Picher, Ernesto, 10, 11, 15

Vallejo Yuste, Ana, 12, 18

Valls, Amparo, 18

Vázquez Álvarez, María Eugenia, 2

Vázquez Reguera, Julio, 20

Vela Selma, Berta, 15, 23, 24

Velasco de Andrés, Álvaro, 15

Velasco Pascual, Nerea, 6, 19, 21

Velázquez Martín, Maite, 2

Vergara Uzcategui, Carlos Eduardo, 10,
11, 15

Viana Tejedor, Ana, 2

Vicente, Nuria, 18

Vicente Ibarra, Nuria, 3

Vilela, Filipe, 12, 21

Vilela Silva, Filipe, 12

Villafáfila Martínez, Lucía, 21

Villegas-Rodríguez, Inmaculada, 17

Villoria Martín, José Carlos, 11

Vivas, David, 3

Vivas Balcones, David, 5