



**58.º Congreso de la Sociedad Andaluza
de Cardiología**
Congreso andaluz de las enfermedades cardiovasculares

Jaén, 21-23 de mayo de 2025

58.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología

Congreso andaluz de las enfermedades cardiovasculares

Jaén, 21-23 de mayo de 2025

Comité Organizador

Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Presidente Dr. D. Miguel Puentes Chiachío

Vocales

Dr. D. Víctor M. Aragón Extremera
Dra. D.^a Magdalena Carrillo Bailén
Dra. D.^a Patricia Castellano García
Dr. D. Emilio Constán de la Revilla
Dr. D. Manuel José Fernández Anguita
Dr. D. Juan Carlos Fernández Guerrero
Dra. D.^a María Rosa Fernández Olmo
Dra. D.^a Andrea García García
Dr. D. Manuel Guzmán Herrera
Dr. D. Juan Ángel Herrador Fuentes

Dr. D. Antonio L. Linde Estrella
Dr. D. Cristóbal Lozano Cabezas
Dra. D.^a Miriam Padilla Pérez
Dra. D.^a Rocío Parrilla Linares
Dr. D. Enrique Javier Quesada Pérez
Dra. D.^a Elena Sola García
Dr. D. Javier Torres Llergo
Presidente de la SAC.
Dr. D. José Ángel Urbano Moral

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

Comité Científico

Presidente	Dr. D. Javier Torres Llergo <i>Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i>
Vocales	Dr. D. Juan Caballero Borrego <i>Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.</i> Dr. D. Juan Carlos Fernández Guerrero <i>Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i> Dra. D.ª Mónica Fernández Quero <i>Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.</i> Dr. D. José Manuel García Pinilla <i>Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.</i> Dr. D. Carlos Federico Gómez Navarro <i>Cardiología. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.</i> Dra. D.ª María Dolores Mesa Rubio <i>Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.</i> Dr. D. Alejandro Isidoro Pérez Cabeza <i>Cardiología. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.</i> Dr. D. Miguel Puentes Chiachío <i>Cardiología. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i>

Comité Científico de Enfermería

Presidenta	D.ª Juana Blanca Castillo <i>Enfermera. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i>
Vocales	D.ª María Belén Campaña Llaveró <i>Enfermera. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i> D.ª Marta García López <i>Enfermera. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i> D.ª M. Elena Ruiz Bernal <i>Enfermera. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. Jaén.</i>

Comité Organizador de Enfermería

Presidenta	D.ª Juana Blanca Castillo <i>Enfermera. Unidad de Hemodinámica. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i>
Vocal	D.ª Marta García López <i>Enfermera. Hospital Universitario de Jaén, Jaén.</i>

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

58.º Congreso de la Sociedad Andaluza de Cardiología

Congreso Andaluz de las Enfermedades Cardiovasculares

Jaén, 21-23 de mayo de 2025

COMUNICACIONES ORALES

825/1. ARRITMIAS AURICULARES EN LA ANOMALÍA DE EBSTEIN: PREDICTORES, EVOLUCIÓN Y RELEVANCIA CLÍNICA. COLABORACIÓN REGISTRO ANDALUZ Y REGISTRO ESPAÑOL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Javier Ruperti Repilado¹, Víctor González Fernández², Joaquín Rueda Soriano³, Rocío García Orta⁴, Eduardo Moreno Escobar⁵, Juan Robledo Carmona⁶, María José Rodríguez Puras¹, Laura Dos Subirá² y Pastora Gallego¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

³Cardiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

⁵Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

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

Introducción y objetivos: La anomalía de Ebstein (AE) es una cardiopatía congénita rara que predispone a arritmias auriculares, con implicaciones pronósticas relevantes. Este estudio analiza la prevalencia, cronología y predictores de arritmias auriculares en adultos con AE, así como su impacto en la morbimortalidad.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo y longitudinal con 214 pacientes adultos con AE (edad media $38,8 \pm 17,5$ años), incluidos en el Registro Andaluz de Cardiopatías Congénitas del Adulto (RACCA) y el Registro Español de Cardiopatías Congénitas (RECC). Se analizaron variables clínicas, anatómicas, ecocardiográficas y biomarcadores mediante regresión de Cox para identificar predictores de arritmias auriculares y eventos adversos (muerte y trasplante).

Resultados: Durante un seguimiento medio de 7,5 años, el 27% de los pacientes desarrolló arritmias auriculares, con el flutter auricular como subtipo más frecuente (15,9%). La fibrilación auricular representó el 13,6%. Comparados con los pacientes sin arritmias, aquellos con arritmias auriculares eran mayores, con mayor prevalencia de defectos asociados (75,9 vs. 51,9%, $p = 0,001$), disfunción del ventrículo derecho (48,2 vs. 15,5%, $p < 0,001$) e insuficiencia cardiaca (31 vs. 9%, $p =$

0,001). Los predictores independientes de arritmias auriculares fueron la cirugía previa (HR 4,865, $p < 0,001$) y la elevación de NT-proBNP > 143 pg/dl (HR 6,027, $p = 0,001$). También se observaron asociaciones con el tamaño de la aurícula derecha ($> 33,5$ cm²), disfunción del ventrículo derecho y peor clase funcional. El desarrollo de arritmias auriculares se asoció a un mayor riesgo de muerte o trasplante cardiaco (HR 3,751, $p = 0,014$). En total, se registraron 15 muertes (7,0%), incluyendo 2 por muerte súbita.

Conclusiones: Las arritmias auriculares son una complicación frecuente en adultos con AE y representan un marcador pronóstico adverso. La cirugía previa y la elevación de NT-proBNP son predictores clave de su desarrollo. La presencia de arritmias auriculares se asocia con mayor mortalidad y necesidad de trasplante. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento estrecho y estrategias de manejo específicas en este grupo de pacientes.

825/2. IMPACTO DE LA SEMAGLUTIDA ORAL SOBRE LOS MARCADORES INFLAMATORIOS Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL MUNDO REAL

Sebastián Mariscal Vázquez, César Jiménez, Manuel González Armayones, Mauricio Urgiles Ortiz, Manuel Jesús Tey Aguilera, Alberto Villar Ruiz, Andrea García García, José Antonio Panera de la Mano, Paula Inmaculada Bolea Ramos y Ana Lara Palomo

Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: La inflamación constituye un predictor importante de eventos cardiovasculares (CV). La proteína C reactiva (PCR) y el fibrinógeno actúan como biomarcadores altamente sensibles de inflamación sistémica. Los niveles elevados de PCR y fibrinógeno se observan comúnmente elevados en pacientes diabéticos con múltiples comorbilidades, lo que aumenta aún más el riesgo CV. Ciertos agentes farmacológicos, como las estatinas, la colchicina y fármacos hipoglucemiantes como la metformina, los inhibidores de SGLT2 y los inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 han demostrado efectos reductores en parámetros inflamatorios; sin embargo, el impacto de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón-1, como la semaglutida, ha sido inconsistente. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el

efecto de la semaglutida oral sobre los niveles de PCR y fibrinógeno en pacientes con alto riesgo CV.

Métodos: Registro observacional unicéntrico en vida real que incluyó a pacientes tratados con semaglutida oral durante el año 2023. Se realizó un seguimiento durante el primer año de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 130 pacientes (edad media 67 ± 9 años, 36,7% mujeres). La mayoría de los pacientes (70%) recibieron una dosis intermedia (7 mg), mientras que al 14% se les prescribió la dosis más alta (14 mg). El periodo medio de seguimiento fue de 370 ± 42 días. Durante este periodo, 9 pacientes (6,9%) experimentaron un evento CV mayor y 12 pacientes interrumpieron el tratamiento, predominantemente debido a intolerancia gastrointestinal. El tratamiento con semaglutida se asoció significativamente con una reducción de los marcadores inflamatorios (PCR pretratamiento: $6,89 \pm 9,75$ mg/l frente a postratamiento: $2,87 \pm 6,73$ mg/l; fibrinógeno: 426 ± 129 mg/dl frente a postratamiento: 370 ± 120 mg/dl, ambos $p < 0,001$). En el análisis multivariante, el tratamiento con semaglutida fue predictor independiente (HR 3,72; IC95% 1,41-15,87; $p = 0,012$) de reducción sostenida de PCR < 2 mg/dl.

Conclusiones: La semaglutida oral redujo significativamente los marcadores inflamatorios en pacientes con riesgo cardiovascular muy alto. Estos hallazgos sugieren un posible papel antiinflamatorio que puede contribuir a la reducción de eventos cardiovasculares observada en los ensayos clínicos. Son necesarios más estudios que amplíen esta interacción.

825/3. DATOS EN VIDA REAL SOBRE EL CIERRE DE LA OREJUELA IZQUIERDA DESPUÉS DE UNA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Alberto Contreras Muñoz¹, Martín Ruiz Ortiz², Beatriz Girela Pérez³, Lucas Javier Barreiro Mesa⁴, Ana María Martínez Rodríguez⁵, Leopoldo Fernández Ruz⁶, Cristina Cánovas Galindo⁶, Beatriz Calvo Bernal⁷, Carmen Lluch Requerey⁸ y Alejandro Isidoro Pérez Cabeza¹

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

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

⁴Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

⁵Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

⁶Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

⁷Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

⁸Departamento de Cardiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: No existen datos en «vida real» sobre el impacto actual de los programas de cierre percutáneo de la orejuela izquierda (CPOI) en la prevención de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados tras un sangrado gastrointestinal grave (SGI). El objetivo del estudio es investigar la frecuencia de uso del CPOI en pacientes anticoagulados con FA que sobreviven a un SGI grave y describir sus características diferenciales en comparación con aquellos manejados médicamente en la región de Andalucía (España).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y multicéntrico, incluyendo a todos los pacientes dados de alta entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2022 tras un SGI grave o hemorragia intracraneal, previamente anticoagulados por FA, en todos los hospitales públicos andaluces con programas de CPOI. Este análisis se centra en pacientes con SGI. Se registró la frecuencia de CPOI en el seguimiento y se compararon

las características basales entre los pacientes tratados con CPOI y aquellos con manejo médico exclusivo.

Resultados: De una población de referencia de 7.119.044 habitantes en los 15 hospitales, se incluyeron 1.403 pacientes, de los cuales 1.041 presentaron SGI grave y conformaron la muestra del estudio. La mediana de edad fue de 82 años [p25-75, 76-87 años], con un 48,7% de varones. Solo 70 pacientes (6,7%) fueron sometidos a CPOI con una mediana de 5 [2-10] meses tras el alta. En el modelo de regresión logística ajustado, el CPOI se asoció de manera independiente con menor edad, antecedentes de eventos de sangrado previos, angiodisplasia, menor presión arterial diastólica, uso de anticoagulantes directos o aspirina al ingreso y el alta desde un hospital terciario.

Conclusiones: En pacientes con FA anticoagulados que sobrevivieron a un SGI grave en hospitales públicos con programas de CPOI en una gran región europea en 2021-2022, solo el 6,7% fueron tratados con esta estrategia. Varias características basales se asociaron con una mayor o menor probabilidad de recibir este tratamiento.

825/4. DETERMINACIÓN DE LA CONGESTIÓN POR BIOIMPEDANCIA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Enrique Enrile Sánchez¹, Rafael González Manzanares¹, Nouha Vanessa Yacub Briceño¹, Juan Diego Martín Díaz¹, Manuel Cabello Terrón¹, Ana Belén Muñoz Villarreal¹, Antonia Cepas Sosa², Manuel Anguita Sánchez¹ y Juan Carlos Castillo Domínguez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Enfermería de insuficiencia cardiaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La congestión residual es un factor de mal pronóstico para los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (HFrEF). La bioimpedancia (BI), es una herramienta que puede detectar congestión subclínica durante el seguimiento. Realizaremos un subanálisis del estudio REDICAE en el que evaluaremos detalladamente la determinación de la congestión por BI.

Métodos: El estudio REDICAE es un ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, de fase II, abierto, con grupo control en el que se pretendía demostrar que la retirada de diuréticos en pacientes con HFrEF estables con tratamiento médico óptimo es segura y factible (NCT05964738). Niveles superiores a 1,5 en la BI fueron considerados como congestión. El equipo usado fue el BCM de Fresenius Medical Care.

Resultados: Desde diciembre de 2022 hasta abril de 2024, de los 98 pacientes aleatorizados, 48 pacientes fueron asignados al grupo intervención y 50 pacientes al grupo control. La mediana de seguimiento fue de 28 semanas. De los pacientes incluidos, el 75% eran hombres, la edad media fue 62 ± 9 años y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo $33 \pm 8\%$. En la fase de cribado se excluyeron 6 (1,8%) pacientes por congestión subclínica en la BI. En la visita de cribado la mediana de la BI fue de 0,2 (-0,7, 1,4) y 0,2 (0,6, 0,9), en el grupo intervención y control, respectivamente sin diferencias significativas ($p = 0,65$). Durante el seguimiento, los valores de la cohorte se mantuvieron en rango con una media estimada de 0,16 (IC95%, -0,03, 0,4), en concordancia con ausencia de hallazgos clínicos de congestión. Al comparar los dos grupos, los valores del grupo intervención eran ligeramente mayores con tendencia en meseta, mientras que la tendencia del grupo control era negativa, pero no se observaron diferencias significativas (diferencia de medias estimadas 0,21, IC95% -0,1, 0,5;

$p = 0,1$). Se produjeron 3 (6%) vs. 5 (10%) descompensaciones en el grupo intervención y control respectivamente, sin diferencias significativas ($p = 0,72$). No hubo descompensaciones por hallazgos de congestión subclínica en la BI, todas ellas fueron manifestadas.

Conclusiones: La bioimpedancia es una técnica sencilla para monitorizar la congestión durante el seguimiento de pacientes con HFREF.

825/5. DATOS EN VIDA REAL DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA TRAS HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Leopoldo Fernández Ruz¹, Martín Ruiz Ortiz², Alejandro Recio Mayoral³, Jaime Nevado Portero⁴, Víctor Manuel López Espinosa⁵, Almudena Valle Alberca⁶, Virginia Pérez Ramírez⁷, Jose Javier Sánchez Fernández⁸, Antonio Enrique Gómez Menchero⁹ y Carlos Sánchez Sánchez¹

¹Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

⁶Departamento de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ⁷Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

⁸Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real,

Cádiz. ⁹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: No hay datos sobre el impacto de los programas de cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) en el manejo de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular (FA) tras una hemorragia intracraneal (HIC). Se pretende estudiar la frecuencia de CPOI en pacientes con FA y supervivientes de HIC en Andalucía, y las diferencias con aquellos manejados médicamente.

Métodos: Se incluyeron 364 pacientes anticoagulados por FA y dados de alta tras ingreso por HCI entre enero de 2021 y diciembre de 2022 en todos los hospitales públicos andaluces con programa de CPOI. Se recogieron datos clínicos y demográficos, se registró la frecuencia de CPOI, y se analizaron las características diferenciales entre grupos (CPOI vs. manejo médico).

Resultados: La edad mediana fue 78 años [p25-75, 73-84], el 59,9% varones. Se realizó CPOI en 44 pacientes (12,1%) en una mediana de 5 [3-11] meses. Tras ajustar por variables confusoras en un modelo de regresión logística, el CPOI se asoció de forma independiente a sangrado previo, enfermedad valvular al menos moderada, úlcera péptica, angiopatía amiloide y edad < 80 años. Las siguientes variables con asociación univariada ($p < 0,1$) con el CPOI fueron excluidas del modelo multivariado tras no resultar predictoras independientes en la regresión por pasos hacia atrás: fumador activo (CPOI 23,1 vs. 11,2% en no fumadores, $p = 0,07$), insuficiencia cardiaca o disfunción ventricular (16,1 vs. 10%, $p = 0,089$), stent coronario previo (23,5 vs. 10,9%, $p = 0,032$), demencia (4,9 vs. 13,5%, $p = 0,06$), leucemia (66,7 vs. 11,6%, $p = 0,004$), linfoma (50,0 vs. 11,9%, $p = 0,099$), hipertensión no controlada (2,8 vs. 13,1%, $p = 0,071$), uso de AVK (7,7 vs. 14,5%, $p = 0,055$) o HBPM al ingreso (25,0 vs. 11,3%, $p = 0,068$).

Conclusiones: En pacientes anticoagulados por FA y supervivientes de HIC, solo se realizó implante de CPOI en el 12,1%. Algunas características basales se asociaron con mayor o menor frecuencia de implante.

825/6. SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE LA RETIRADA DE DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. ESTUDIO REDICAE

Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Rafael González Manzanares¹, José López Aguilera¹, Manuel Crespín Crespín¹, Cayetana Moyano Peregrín¹, Carlos Fernando Novillo Sarmiento¹, Ana Belén Muñoz Villarreal¹, Antonia Cepas Sosa², Manuel Anguita Sánchez¹ y Juan Carlos Castillo Domínguez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Enfermería de insuficiencia cardiaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: No es infrecuente que los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICr), a pesar de tener tratamiento médico óptimo (TMO), presenten algún diurético de mantenimiento. Nuestro objetivo era demostrar que la retirada de diuréticos sin beneficio pronóstico es segura y factible.

Métodos: El estudio REDICAE fue un ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, de fase II, abierto, con grupo control en el que se incluyeron pacientes con ICr crónica, estables, eurolémicos y con TMO (NCT05964738). Los pacientes fueron aleatorizados a la retirada o mantenimiento de diuréticos. El objetivo primario fue valorar el grado de disnea mediante una escala visual. Los objetivos secundarios fueron: comparar el número de descompensaciones, determinar la congestión de manera multiparamétrica: biomarcadores plasmáticos (NT-proBNP, CA-125), ecografía (pulmonar y venosa) y bioimpedancia. Además, se valoró la calidad de vida (KCCQ) y la capacidad funcional (test 6 minutos marcha).

Resultados: Desde diciembre de 2022 hasta abril de 2024, se aleatorizaron 98 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 28 semanas. De los pacientes incluidos, el 75% eran hombres, la edad media fue 62 ± 9 años y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo $33 \pm 8\%$. No se observaron diferencias significativas en el objetivo primario (diferencia de medias estimadas 2 mm; IC95%, -1,8, 4,9; $p = 0,37$). Se registraron 3 (6%) vs. 5 (10%) eventos de descompensación en los grupos intervención y control, respectivamente (odds ratio 0,6; IC95%, 0,1, 2,6; $p = 0,72$). No se hallaron diferencias significativas entre los parámetros que evaluaron la congestión. Del mismo modo, no hubo diferencias significativas en el test de calidad de vida ($p = 0,67$) ni en la capacidad funcional ($p = 0,82$).

Conclusiones: La retirada de diuréticos en pacientes con ICr, estables, eurolémicos y con TMO, no aumentó la disnea ni la congestión y no se asoció con una mayor incidencia de descompensaciones.

825/7. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL PRETRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: INCIDENCIA Y PRONÓSTICO

Ignacio Ferrer Luján¹, Gloria Padilla Rodríguez¹, Alejandro Gómez González², Sofía Muñoz Sánchez¹, Manuel Coca Real¹ y Manuel Alemendro Delia¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Cardiología, Hospital de Canarias, Tenerife.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) está infradiagnosticado en mujeres, probablemente debido a su frecuente presentación atípica. En consecuencia, la administración del pretratamiento (PRE-T) puede verse influida por incertidum-

bres diagnósticas, lo que podría afectar al pronóstico. Nuestro objetivo es analizar la administración de PRE-T con doble antiagregación según el sexo, así como los eventos MACE a los 30 días.

Métodos: Se incluye a pacientes ingresados con diagnóstico de SCACEST, se registran sus características basales y los dividimos por sexo, comparándolos posteriormente según la administración de PRE-T. Se realizó un seguimiento prospectivo a los 30 días tras el infarto, registrando los eventos MACE (mortalidad cardiovascular, mortalidad no cardiovascular e infarto no mortal).

Resultados: De un total de 1.624 pacientes, el 76,3% eran hombres. Se administró PRE-T a 795 hombres (64,2%) y 238 mujeres (61,6%). En comparación con su grupo del mismo sexo, los hombres que recibieron PRE-T tuvieron un porcentaje significativamente menor de infarto previo (12,7 frente a 17,2%, $p = 0,032$), revascularización previa (10,7 frente a 17,6%, $p < 0,001$), anticoagulación (2,1 frente a 5,4%, $p = 0,002$), terapia antiplaquetaria (20,3 frente a 25,3%, $p = 0,04$) e insuficiencia cardíaca (1,5 frente a 13,4%, $p = 0,03$) en comparación con el grupo sin PRE-T. Sin embargo, las mujeres que recibieron PRE-T no difirieron significativamente de las que no recibieron. Al comparar ambos sexos, los grupos PRE-T presentaron características basales similares. En el seguimiento a los 30 días, los hombres del grupo sin PRE-T presentaron un porcentaje significativamente MACEs (10,2 frente a 6%), con una HR de 0,56 (0,38-0,84), sin diferencias entre los grupos de mujeres (12,6 frente a 14,2%). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en MACE entre ambos sexos (Pint: 0,252).

Conclusiones: La estrategia PRE-T se implementa con una frecuencia similar en hombres y mujeres. En concreto, los hombres parecen beneficiarse más de ella, con un mayor porcentaje de eventos cardiovasculares adversos en los pacientes que no la reciben. Al comparar ambos sexos, no se observaron diferencias en los eventos cardiovasculares adversos mayores.

825/8. IMPACTO DEL TIPO DE CENTRO EN EL CIERRE DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA TRAS UNA HEMORRAGIA GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS DEL MUNDO REAL DEL REGISTRO PERSEO

Ana María Martínez Rodríguez¹, Martín Ruiz Ortiz², Alejandro Reina Moreno³, Carlos Deltoro Esperon⁴, Ismael Arco Adamuz⁵, José Luis Delgado Prieto⁶, Jesús Aceituno Cubero⁷, Almudena Valle Alberca⁸, Carmen Lluch Requerey⁹ y Javier Torres Llargo¹⁰

¹Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

⁶Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Regional, Málaga. ⁷Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ⁸Departamento de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ⁹Departamento de Cardiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ¹⁰Departamento de

Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: No existe evidencia en vida real sobre el impacto del tipo de centro en las intervenciones de cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPO) tras una hemorragia grave en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular (FA). Nuestro objetivo principal fue investigar el im-

pacto del tipo de centro en la frecuencia y efectividad del CPO en pacientes anticoagulados con FA que sobrevivieron a una hemorragia grave.

Métodos: El registro PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia severa en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) es un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a pacientes anticoagulados con FA que sobrevivieron a hemorragias gastrointestinales o intracraneales graves entre enero de 2021 y diciembre de 2022 en los hospitales públicos andaluces, candidatos tanto a CPO como a anticoagulantes directos. Analizamos las características basales, la frecuencia del CPO y los eventos en el seguimiento entre centros con cirugía cardíaca y aquellos sin cirugía cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 1.403 pacientes (edad mediana 81 años, 48,4% mujeres), de los cuales, se realizó CPO en 114 (8,1%) a una mediana de 5 meses tras el alta de la hemorragia grave. Se observaron diferencias significativas entre las características basales de los 897 pacientes (63,9%) de 7 centros con cirugía cardíaca respecto a los 508 (36,1%) de 8 hospitales sin cirugía cardíaca. La frecuencia de CPO fue mayor en los centros con cirugía cardíaca (10 vs. 4,7%, $p < 0,001$). Tras un seguimiento mediano de 19 meses, la supervivencia global fue similar en ambos grupos (68 vs. 72%, $p = 0,226$), pero la supervivencia libre de eventos embólicos o hemorrágicos fue peor en los centros con cirugía cardíaca (49 vs. 59%, $p = 0,001$). Esta diferencia desapareció al ajustar por factores de confusión (HR 1,17, IC95% 0,97-1,42, $p = 0,097$). En pacientes con CPO la supervivencia global y libre de eventos fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes anticoagulados con FA con una hemorragia grave dados de alta en centros con cirugía cardíaca tenían una mayor probabilidad de estrategia COI. No obstante, el pronóstico tras ajustar por factores de confusión fue similar entre centros con cirugía cardíaca y aquellos sin ella.

825/9. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO PERIPROCEDIMIENTO DE LOS FÁRMACOS ANTITROMBÓTICOS SEGÚN EL SEXO? SUBANÁLISIS PRE-ESPECIFICADO DEL REGISTRO REQXAA

Manuel Anguita Sánchez¹, María Anguita Gámez², Rafael González Manzanares², Javier Torres Llargo³, María A. Esteve Pastor⁴, Francisco Marín Otuño⁴, David Vivas Balcones² y Juan Carlos Castillo Domínguez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Cardiología, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Existe una influencia del sexo en la fisiopatología cardiovascular relacionada con la trombosis, la función plaquetaria y la actividad de los factores de coagulación. Las mujeres presentan mayor riesgo trombótico, con mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares isquémicos en condiciones de fibrilación auricular. El objetivo de este subestudio fue analizar si existen diferencias en el manejo de los fármacos antitrombóticos según el sexo en pacientes sometidos a una intervención, así como evaluar el impacto de su manejo en la incidencia de eventos adversos cardiovasculares y/o hemorrágicos.

Métodos: Subestudio preespecificado del Registro REQXAA. Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y multiespecialidad con seguimiento clínico de pacientes en tratamiento antitrombótico (antiagregación y/o anticoagulación), que precisen una intervención. El objetivo principal fue analizar las diferencias entre mujeres y hombres en el manejo de

los fármacos antitrombóticos periprocedimiento y en la incidencia de eventos en los 30 días posteriores a la intervención. **Resultados:** De los 1.232 pacientes incluidos en el registro, un total de 433 pacientes eran mujeres (edad media 73,5 años). Las mujeres tenían mayor proporción de riesgo trombotico alto respecto a los hombres (17,8 vs. 10,0%, $p < 0,001$), sin diferencias en el riesgo hemorrágico. El 48,7% se encontraban antiagregadas y el 55,2% anticoaguladas. El manejo periprocedimiento según las recomendaciones actuales fue idóneo únicamente en el 52,4% de las mujeres, inferior a los hombres y a la población general. Las mujeres presentaron mayor incidencia de la mayor parte de eventos adversos isquémicos y hemorrágicos. Las mujeres con un manejo inadecuado del tratamiento antitrombótico periprocedimiento presentaron mayor incidencia de eventos adversos, sin alcanzar la significación estadística por el reducido tamaño muestral. Los varones con un manejo inadecuado tuvieron mayor incidencia del evento combinado primario (12 vs. 4,4%, $p < 0,001$).

Conclusiones: La implementación de protocolos de manejo antitrombótico peri-intervención es baja, incluso en poblaciones con mayor riesgo trombotico, como las mujeres. Las mujeres presentan mayor incidencia de eventos adversos isquémicos y hemorrágicos. El manejo inadecuado se asocia a un aumento de la incidencia de estos eventos adversos.

825/11. CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN ESPAÑA (2019-2024): ¿SE ESTÁN APLICANDO LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA Y LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

Manuel Anguita Sánchez¹, María Anguita Gámez², Rafael González Manzanera³, Juan Luis Bonilla Palomas³, Alejandro Recio Mayoral⁴ y Javier Muñoz García⁵

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Cardiología, Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, Jaén. ⁴Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Cardiología, Universidad de A Coruña, A Coruña.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un grave problema de salud, con una incidencia creciente y una tasa de mortalidad y descompensaciones muy elevada. En las últimas décadas se han producido cambios progresivos en sus características y tratamiento. Sin embargo, estos cambios y la introducción de nuevos fármacos se han acelerado en los últimos años, lo que puede influir en cambios más rápidos en su manejo y pronóstico. El objetivo de nuestro estudio es evaluar si se han producido cambios significativos en las características clínicas y el manejo de la IC desde 2019 hasta la actualidad en España.

Métodos: Analizamos los datos del registro SEC-Excelente-IC, con 2.468 pacientes con IC incluidos entre 2019 y 2024 por 68 unidades especializadas. La inclusión se realizó en 3 fases: 2019-2020, 2021-2022 y 2023-2024, y se compararon las características y el tratamiento recibido por los pacientes en esos tres periodos.

Resultados: De los 2.468 pacientes, 667 fueron incluidos en 2019-2020, 1.050 en 2021-2022 y 765 en 2023-2024. Se observó una reducción de la edad media y de la proporción de mujeres. No hubo diferencias entre los 3 periodos en la prevalencia de comorbilidades, salvo una menor prevalencia de anemia y una mayor de ferropenia en el periodo más reciente, ni en la etiología y gravedad de la IC. Hubo un aumento de la IC-FEVI reducida y una disminución de la IC-FEVI preservada entre 2019-2020 y 2023-2024. En cuanto al tratamiento, hubo una

reducción significativa del uso de diuréticos, digoxina, ivabradina e IECA/ARA, y un aumento muy significativo de sacubitrilo/valsartán, ARM, inhibidores SGLT2 y quelantes del potasio, y aumentó la proporción de pacientes sometidos a programas de rehabilitación cardiaca.

Conclusiones: En nuestra cohorte contemporánea de pacientes con IC, no hubo cambios significativos en las características clínicas de los pacientes entre 2019 y 2024, excepto una menor edad y proporción de mujeres y un aumento de la IC-FEVI reducida. El uso de sacubitrilo/valsartán, inhibidores SGLT2 y ARM aumentó de forma marcada, lo que refleja una rápida implementación de la evidencia derivada de los ensayos y recomendaciones de las guías de práctica clínica.

825/12. IMPACTO DEL CIERRE DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS TRAS UN EPISODIO DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL GRAVE EN PACIENTES PREVIAMENTE ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS EN VIDA REAL DEL REGISTRO PERSEO

Carlos del Toro Esperón¹, Martín Ruiz Ortiz², Alejandro Recio Mayoral³, Víctor Manuel López Espinosa⁴, Leopoldo Fernández Ruz⁵, Sara Corpas Pérez⁶, Alberto Contreras Muñoz⁷, José Gregorio Soto Rojas⁸, Susana Pérez Córdoba⁹ y Jaime Nevado Portero¹

¹Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁵Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. ⁶Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ⁷Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁸Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ⁹Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: Existe poca evidencia en vida real sobre el impacto del cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (*left atrial appendage closure*, LAAC) en la prevención de eventos adversos en pacientes anticoagulados por fibrilación auricular (FA) que sufren una hemorragia digestiva grave (HDG). Nuestro estudio evalúa su efecto en la incidencia de eventos durante el seguimiento de estos pacientes, en comparación con el manejo conservador en Andalucía.

Métodos: El registro PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia severa en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) fue un estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes dados de alta del 1.01.2021 al 31.12.2022 tras sobrevivir a una HDG o hemorragia intracranial no traumática, que se encontraban previamente anticoagulados por FA y que podían ser candidatos a LAAC o al reinicio de anticoagulación, en los 15 hospitales públicos andaluces con programa de LAAC. El objetivo principal fue un evento combinado de ictus/accidente isquémico transitorio, embolismo sistémico, hemorragia grave o clínicamente relevante o muerte por cualquier causa. El objetivo secundario fue la mortalidad por cualquier causa. Las asociaciones halladas entre la estrategia (LAAC o terapia médica) y los eventos en el seguimiento se sometieron a análisis univariante y multivariante.

Resultados: De los 1.403 pacientes incluidos, 1.041 habían sufrido HDG y conformaron nuestra muestra. La mediana de edad fue 82 años [p25-75, 76-87 años], con un 48,7% de hombres. 70 pacientes fueron sometidos a LAAC (6,7%), a los 5 meses (mediana, p25-75, 2-10 meses) tras el alta; a los 24 meses, estos pacientes mostraron numéricamente mayor superviven-

cia libre del evento combinado (65 vs. 48%, $p = 0,127$) y global (78 vs. 61%, $p = 0,058$). Tras un ajuste multivariado, el beneficio de LAAC resultó estadísticamente significativo para el evento combinado (HR 0,64 [0,42-0,99], $p = 0,045$), y no significativo en cuanto a mortalidad global (HR 0,64 [0,36-1,13], $p = 0,123$).

Conclusiones: Entre los pacientes anticoagulados por FA que sobrevivieron a una HDG en los hospitales andaluces con programa de LAAC en 2021-2022, y que además no presentaban contraindicaciones para anticoagulación directa, solo un 6,7% recibió esta intervención, la cual se asoció a un mejor pronóstico respecto al manejo conservador.

825/13. BENEFICIO DE LA REALIZACIÓN DE UNA ERGOESPIROMETRÍA (EE) VS ERGOMETRÍA CONVENCIONAL PREVIO A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Julia Jiménez Ranchal, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Rafael Bravo Márques, Luca Grau Torrente, Eloísa Mariscal López y Francisco Ruiz Mateas

Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La realización de un programa de RHBc en paciente con cardiopatía isquémica (CI) o insuficiencia cardiaca es indicación IA para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. La EE nos permite optimización del tiempo, de los recursos, además de un programa más eficiente y mejores resultados evitando complicaciones. Una EE previa al programa nos permite una evaluación objetiva de la capacidad funcional (CF) así como la frecuencia cardiaca (FC) en los umbrales para optimizar el ejercicio además de información pronóstica. La determinación de la FC de manera precisa en los umbrales es importante para la prescripción de ejercicio físico durante la RHBc ya que éstas representan los puntos óptimos de intensidad para mejorar la CF. Estudiamos la FC en cada umbral de la EE y valoramos diferencias con respecto a la obtenida por la ergometría convencional.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de las 86 EE realizadas a pacientes con cardiopatía isquémica para valoración pronóstica derivados de la Unidad de Hospitalización tras ingreso por SCA.

Resultados: En 2023 realizamos 149 EE; 86 en pacientes con CI para valoración pronóstica (58%). El consumo pico medio en relación a su predicho fue del $78 \pm 18\%$, siendo menor del 80% en un 55,4% de los pacientes con un consumo en el primer umbral inferior al 40% en un 8,8%. Prueba máxima por RQ en el 97,5%. La FC en el primer y segundo umbral por EE son de 100 ± 11 y 122 ± 18 lpm respectivamente, siendo las FC calculadas por Karvonen 60 y 80 en las ergometrías convencionales de 78 ± 11 y 104 ± 15 lpm respectivamente; con una diferencia de más del 20% de FC de entrenamiento entre ambas al compararse punto a punto. Un 16% de los pacientes tienen una reserva ventilatoria en pico de esfuerzo $< 20\%$ y un 4% un Índice de Tiffenau basal $< 80\%$.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes con cardiopatía isquémica tienen una CF reducida, principalmente por deshabitación deportiva. El uso de la EE previo a un programa de RHBc nos permite mejorar la eficacia del programa y conseguir mejores resultados de manera más precoz, por la mejor programación del ejercicio gracias al cálculo más preciso de los umbrales; permitiéndose el uso seguro de FC más elevadas que al usar la medida de la FC por Karvonen. Igualmente la EE nos aporta información adicional muy importante sobre la función pulmonar y metabólica de nuestro paciente.

825/14. OPTIMIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) EN UN HOSPITAL SIN PROGRAMA PRESENCIAL EN REHABILITACIÓN CARDIACA (RHBc)

Julia Jiménez Ranchal, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Rafael Bravo Márques, Luca Grau Torrente, Eloísa Mariscal López y Francisco Ruiz Mateas

Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La realización de un programa de RHBc en paciente con cardiopatía isquémica es indicación IA para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. Existen hospitales en los que aún no existen unidades de RHBc ni programas de ejercicio físico, pero una buena organización al alta de los pacientes con SCA y la posibilidad de realizar EE permiten optimizar tanto los resultados como los recursos disponibles.

Métodos: En 2023 realizamos un total de 149 ergoespirometrías. Analizamos un total de 86 de ellas realizadas en pacientes con cardiopatía isquémica para valoración pronóstica derivados de la Unidad de Hospitalización tras ingresar por SCA.

Resultados: 86 pacientes dados de alta por SCA de la unidad de hospitalización, fueron citados al mes del alta para la realización de una EE junto con el resultado de una analítica. La edad media era de 63,04 años, siendo el 71% varones. El número de vasos principales afectados era de $1,77 \pm 0,8$ con revascularización completa en un 76,7% y una FEVI media de $56,6 \pm 11,1\%$ (22% inferior a 50%). El 92,8% de los pacientes fueron dados de alta con estatinas de alta potencia a máxima dosis con o sin ezetimiba (60,7% con ezetimiba). LDL media en el ingreso era de $103,8 \pm 41$ y el ColT no HDL de $125,8 \pm 40$. En la analítica de control al mes un 63% de paciente tenían un LDL < 55 mg/dl y solo un 32% un ColT no HDL < 65 mg/dl. La asociación de la ezetimiba al alta hacía que más del 50% de los pacientes tuvieran un LDL < 55 mg/dl con respecto a los pacientes en monoterapia con estatinas. El consumo de O₂ pico era inferior al 80% en un 55,4% de los pacientes, siendo este dato solo del 31% si usáramos la ergometría convencional. El 80% de los pacientes con un evento MACE en el seguimiento tenían un VO₂ pico $< 80\%$ en la EE. La EE nos permitió reclasificar a 35 de los pacientes para identificar a los pacientes de más riesgo.

Conclusiones: Un protocolo que incluya una cita precoz con una analítica de control y una ergoespirometría nos permite optimizar el tratamiento y redirigir al paciente de una manera más eficiente, especialmente en centros con escasos recursos. El protocolo de tratamiento escalonado resulta menos eficaz que el de tratamiento combinado para aumentar el porcentaje de control de la dislipemia en pacientes dados de alta por SCA.

825/15. IMPORTANCIA DEL CÁLCULO DIRECTO DEL CONSUMO DE O₂ PICO PREVIO AL INICIO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA (RHBc)

Julia Jiménez Ranchal, Pedro Antonio Chinchurreta Capote, Rafael Bravo Márques, Luca Grau Torrente, Leopoldo Hugo Muriel Marañón y Francisco Ruiz Mateas

Cardiología, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: La realización de un programa de RHBc en paciente con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardiaca es indicación IA para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. La ergoespirometría (EE) nos permite una mejor optimización del tiempo, además de un programa más eficiente y la consecución de mejores resultados evitando complicaciones. El realizar una

EE previa al programa nos permite una evaluación objetiva de la capacidad funcional con la medición objetiva del VO₂ pico, el cual a su vez en un factor pronóstico independiente de eventos cardiovasculares y además nos indica la eficacia del programa de ejercicio físico y nos guía para su realización. Nuestro objetivo fue analizar las EE realizadas en pacientes con cardiopatía isquémica y evaluación pronóstica para evaluar el VO₂ pico previo al inicio de programa de RHBc.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de las 86 ergoespirometrías realizadas a pacientes con cardiopatía isquémica para valoración pronóstica derivados de la Unidad de Hospitalización tras ingreso por SCA.

Resultados: En 2023 realizamos 149 EE, siendo 86 en pacientes con cardiopatía isquémica para valoración pronóstica (58%). El consumo pico medio en relación a su predicho fue del $78 \pm 18\%$, estando por debajo del 80% en un 55,4% de los pacientes siendo a su vez su consumo en el primer umbral inferior al 40% en un 8,8%. La prueba es máxima por RQ el 97,5%. El cálculo del consumo de O₂ pico por ergometría convencional fue $< 80\%$ en el 31%. El 80% (4 de 5 eventos) de los pacientes con un evento MACE en el seguimiento tenían un VO₂ pico $< 80\%$ en la EE previa al programa.

Conclusiones: El cálculo de la capacidad funcional por ergometría convencional sobrevalorara su capacidad funcional real. La medición del VO₂ pico por EE nos aporta una medida cuantitativa de la capacidad funcional del paciente y nos permite seleccionar de manera más precisa a los pacientes que se beneficiarían de un programa de RHBc y poder realizar una monitorización exacta de su mejora para poder realizar los ajustes necesarios. El VO₂ pico es un predictor independiente de eventos cardiovasculares adversos y mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular, lo que lo convierte en una herramienta valiosa para la estratificación del riesgo y la identificación de aquellos pacientes que podrían beneficiarse de intervenciones adicionales.

825/16. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO DIURÉTICO AMBULATORIO, BOMBA ELASTOMÉRICA FRENTE A CATÉTER PICC EN UN PACIENTE CON IC CON FEVI CONSERVADA

Ana Belén Muñoz Villarreal, Antonia Cepas Sosa y María Luisa Luque Serrano

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Paciente mujer de 74 años diagnosticada de IC con FEVI conservada que tras varios reingresos en nuestra unidad, se pauta tratamiento diurético ambulatorio primero con bomba elastomérica y posteriormente a través de catéter PICC por no ser efectivo el tratamiento anterior. El objetivo sería el evitar el ingreso hospitalario así como demostrar la efectividad del tratamiento diurético comparando bomba elastomérica con catéter PICC.

Métodos: La paciente desde octubre de 2023 hasta marzo de 2024, ingresa 4 veces en hospitalización por IC descompensada, en el penúltimo ingreso se coloca elastómero de furosemina, volviendo a ingresar por descompensación decidiendo entonces la implantación de PICC para administración de diurético IV. La paciente no vuelve a necesitar ingreso, el tratamiento se administra en su Centro de salud y acude a Hospital de Día para la cura de PICC, M según protocolo. Planificación de cuidados: nuestro objetivo es conseguir a través de intervenciones de enfermería mejorar los diagnósticos. El método a utilizar sería el estudio descriptivo del plan de cuidados que se realizó a la paciente basado en la taxonomía NANDA. Se identificaron los siguientes diagnósticos: 1. Intolerancia a la actividad (0092). 2. Deterioro de la integridad

cutánea (00046). 3. Riesgo de infección (00004). 4. Conocimientos deficientes (00126).

Resultados: La paciente en los sucesivos ingresos sufre empeoramiento del grado funcional de la NYHA pasando del II al III-IV. Desde el último ingreso donde se colocó catéter PICC se ha conseguido el control de la congestión, gracias a la administración intravenosa de los diuréticos frente a la subcutánea del elastómero, la paciente se ha mantenido eurolémica en las diferentes visitas en Unidad de IC, mejorando así los diagnósticos de enfermería sobre todo el de Intolerancia a la actividad.

Conclusiones: Podemos concluir que en nuestro caso se ha demostrado la efectividad en la administración de diurético de forma ambulatoria del catéter PICC frente a la bomba elastomérica.

825/18. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO LIPÍDICO EN MUJERES Y HOMBRES A PARTIR DE MODIFICACIONES HORMONALES

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, Antonio Fernández Suárez², Carmen Durán Torralba¹, Marianela Núñez Castillo y Carmen Rus Mansilla³

¹Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ²Laboratorio, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ³Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: El sexo influye significativamente en las variaciones de los perfiles lipídicos y el riesgo cardiovascular (RCV). La menopausia y la andropausia inducen cambios hormonales que pueden modificar el RCV. Existe controversia sobre las variaciones de lipoproteína (a) [Lp(a)], especialmente en la menopausia. Comparar los perfiles lipídicos entre sexos y examinar los cambios en el lipidograma en mujeres y hombres mayores de 50 años, relacionados con cambios hormonales.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 7.717 pacientes de una unidad de dislipidemia familiar (junio 2019-diciembre 2024). Se analizó el perfil lipídico completo, incluyendo Lp(a). Se compararon diferencias en el lipidograma por sexo y edad menores-mayores de 50 años (80% de las mujeres > 50 años son menopáusicas y el 40% de los hombres presentan síntomas de andropausia). La cuantificación de Lp(a) (nmol/l) se realizó con un autoanalizador Cobas c701 (Roche Diagnostics). Se excluyeron muestras con interferencia por hemólisis, ictericia o lipemia, y niveles altos de factores reumatoideos o Apo B. Se aplicaron pruebas no paramétricas (U-Mann-Whitney) debido a la distribución no normal de las variables.

Resultados: El 55,3% de los pacientes eran mujeres, con una mediana de edad superior a los hombres. Las mujeres mostraron niveles significativamente más altos de colesterol total, LDL-c (directo y calculado), no-HDL-c, HDL-c, apolipoproteína B y Lp(a), pero valores más bajos en HbA_{1c}, triglicéridos y LDLpd. Las mujeres mayores de 50 años presentaron niveles más elevados de HbA_{1c}, colesterol total, HDL-c, no-HDL-c, apolipoproteína B, triglicéridos, LDL-c (directo y calculado) y LDLpd en comparación con las menores de 50 años. No se observaron diferencias significativas en Lp(a) entre mujeres menopáusicas y no menopáusicas. En hombres, las diferencias relacionadas con la edad se limitaron a HbA_{1c}, apolipoproteína B, triglicéridos y LDLpd. Aunque no hubo diferencias significativas en el aumento de Lp(a), se observó una tendencia significativa en valores altos de Lp(a) > 240 nmol/l (6,1 vs. 8,8%, $p = 0,004$).

Conclusiones: Las mujeres presentaron perfiles lipídicos más aterogénicos, evidenciando el impacto de la edad y la menopausia. Aunque la Lp(a) aumentó en menopausia, el cambio no fue significativo. En hombres, los cambios lipídicos relacionados con la edad fueron menores.

825/19. RESULTADOS A LARGO PLAZO «20 AÑOS», DE UN PROYECTO INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, Carmen Rus Mansilla², Carmen Durán Torralba¹, M. Elena Ruiz Bernal³, Elvira Fernández Morales⁴, Marianela Carolina Castillo Núñez¹, Adrián Montaña Martínez⁵, Rosario Martín Navarro⁵, Miguel Pérez Porras⁵ y Antonio Fernández Suárez⁶

¹Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ²Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ³Fisioterapia, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ⁴Unidad de Rehabilitación, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ⁵Medicina Interna, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ⁶Laboratorio, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén.

Introducción y objetivos: La prevención cardiovascular (PCV) requiere un enfoque multidisciplinario, coordinando servicios desde la promoción de la salud hasta el manejo posevento. Este estudio evalúa el impacto de un programa integral de PCV implementado durante dos décadas en su área sanitaria. El objetivo es analizar los resultados a largo plazo de un programa de PCV que involucra atención primaria, urgencias, medicina interna y rehabilitación cardíaca, y su efecto sobre la incidencia de eventos coronarios.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de un PCV iniciado en 2005 (unidad de dolor torácico), expandido en 2006 (unidad de riesgo vascular) y 2007 (unidad de rehabilitación cardíaca). Se incluyeron 731 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) seguidos durante una mediana de 2,64 años (1,8-4,53). Se compararon los eventos cardiovasculares (ECV) duros con los estudios Reality, Oddisey y la tasa anual de hospitalización por infarto agudo de miocardio en Andalucía.

Resultados: La población es predominantemente masculina (78,4%), con una edad media de 60 ± 11,4 años. Los factores de riesgo incluyeron dislipidemia (65,7%), hipertensión (57,5%), tabaquismo (47,7%), diabetes (31,2%) y enfermedad coronaria precoz (35,6%). El 41% realizó ejercicio físico hospitalario y el 72,3% recibió educación en salud cardiovascular. El seguimiento a 2 años mostró una reducción significativa en la tasa de mortalidad total y ECV comparado con el estudio Reality. No hubo diferencias significativas con el estudio Oddisey en el seguimiento completo. Se observó una disminución del 42% en la tasa anual de hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio (IAM) comparado con el resto de Andalucía, asociándose con una importante reducción de costos.

Conclusiones: Un programa de PCV multidisciplinario y sostenido en el tiempo, reduce significativamente la mortalidad, los ECV, los costos y las hospitalizaciones por IAM. La coordinación entre servicios y la educación del paciente son cruciales para mejorar los resultados a largo plazo en pacientes con SCA.

825/22. IMPLEMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (HFHE) EN ANDALUCÍA

Marianela Carolina Castillo Núñez¹, Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹, María Carmen Durán Torrealba¹ y Carmen Rus Mansilla²

¹Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ²Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La hipercolesterolemia familiar heterocigota (HFhe) es una enfermedad hereditaria preva-

lente, que afecta a 1 de cada 313 individuos, pero que permanece significativamente infradiagnosticada. Su detección temprana es vital, ya que el manejo adecuado reduce las complicaciones cardiovasculares. Este proyecto presenta la implementación de una solución de inteligencia artificial (IA) para optimizar su diagnóstico en Andalucía. El objetivo principal es mejorar la tasa de detección de HFhe mediante un modelo de clasificación basado en IA. Los objetivos secundarios incluyen aumentar la tasa de detección en comparación con los métodos actuales, reducir el tiempo de diagnóstico, integrar la IA en el flujo clínico del hospital, mejorar la identificación de pacientes de alto riesgo y facilitar el cribado familiar.

Métodos: El estudio se diseñó como un estudio de implementación y evaluación en un entorno hospitalario, con pacientes que cumplen criterios de inclusión como pacientes que presenten enfermedad coronaria precoz (hombres < 55 años, mujeres < 60 años), LDL-c = 190 mg/dl y/o lipoproteína a = 180 mg/dl. El modelo de IA utilizará datos demográficos, historial clínico, criterios diagnósticos DLCN = 6 puntos (Dutch Lipid Clinic Network Criteria), genética y análisis de laboratorio para calcular la probabilidad de HFhe y generar alertas. Este proyecto se llevará a cabo cumpliendo con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), garantizando la confidencialidad y seguridad de los datos de los pacientes. La implementación se realizará en fases, comenzando con una fase piloto de 3 meses, seguida de una fase de extensión de 6 meses y una fase de mantenimiento indefinida.

Resultados: Los datos se recogerán del Sistema de Información Hospitalario (HIS), y el rendimiento del modelo se evaluará mediante herramientas de monitorización. Se realizarán análisis estadísticos para comparar la tasa de detección y el tiempo de diagnóstico antes y después de la implementación de la IA. Se espera desarrollar un modelo predictivo con una eficacia diagnóstica superior al 85%.

Conclusiones: La IA ofrece una herramienta poderosa para mejorar la detección temprana de HFhe, permitiendo intervenciones oportunas y reduciendo la carga de enfermedades cardiovasculares.

825/24. TOXICIDAD CARDIACA ASOCIADA A TRASTUZUMAB EN UNA CONSULTA DE CARDIO-ONCOLOGÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Juan Manuel Serrano Marcos, José Antonio Fernández Sánchez, Sara Ruiz Magaña, Cristian Hinojosa Durán y Juan Emilio Alcalá López

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El trastuzumab (TZ) es un anticuerpo monoclonal usado en el tratamiento del cáncer de mama (CM). Hoy día sus efectos secundarios como la toxicidad cardíaca (TC) siguen limitando su uso. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas, prevalencia y factores de riesgo asociados a su uso.

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva a las 127 pacientes con CM atendidas en nuestra consulta de cardio-oncología entre el 1 enero de 2020 y 31 de diciembre de 2024. Se incluyó a las 38 mujeres que se les había administrado TZ en diversos regímenes. Dentro de los pacientes con TC, se identificó a aquellos con un descenso de FEVI < 50% (DC). Se compararon las características epidemiológicas, FRCV (HTA, DLP, DM y fumador definido como un ICAT > 15 paquetes/año) y uso previo de antraciclinas (AC) entre el grupo que desarrolló DC y el que no.

Resultados: De las 38 pacientes con TZ (mediana de edad 53,5 años, rango 27-82) 14 desarrollaron DC (36,7%), de las cuales 11 presentaron FEVI ligeramente deprimida (40-50%) y 3 FEVI moderadamente deprimida (35-40%); en ningún caso hubo disfunción grave (FEVI < 35%). La mediana de meses hasta la DC fue de 5 meses. Como tratamiento cardioprotector en un 78,6% de las pacientes se prescribió BB, en un 64,3% ARA II o IECA y un 7,1% ARMC. 12 pacientes recuperaron FEVI tras una mediana de 5 meses, permaneciendo únicamente 2 pacientes con disfunción ligera tras 36 meses de seguimiento. En 11 pacientes la DC obligó a suspender el TZ, reiniciándose en 4 de ellos tras la recuperación de FEVI. Entre los pacientes con DC un 42,9% eran HTA, 28,6% fumadoras, 14,2% DLP y 7,1% DM. El uso previo de AC fue estadísticamente significativo ($p=0,048$) a la hora de sufrir DC.

Conclusiones: La DC asociada a TZ afecta a una proporción significativa de pacientes, especialmente aquellos más añosos, con más FRCV y sobre todo con uso previo de AC. El tratamiento cardioprotector muestra eficacia en la recuperación de la FEVI, siendo fundamental un seguimiento estrecho con ETT periódicas.

825/25. ANÁLISIS DEL MANEJO ASISTENCIAL E IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON MIOPERICARDITIS Y MIOCARDITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Juan Manuel Serrano Marcos¹,
José Antonio Fernández Sánchez¹, Miguel Morales García¹,
Elena Sola García², Laura Pertejo Manzano¹,
Cristian Hinojosa Durán¹, Sara Ruiz Magaña¹
y Silvia López Fernández¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

²Cardiología, Complejo Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La miocarditis se trata de una inflamación del tejido miocárdico con una gran variabilidad en cuanto a la presentación clínica, manejo interhospitalario y pronóstico. Nuestro objetivo fue realizar un análisis descriptivo del manejo asistencial de los pacientes de nuestro centro e identificar factores de riesgo asociados a un mayor riesgo de complicaciones.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de miopericarditis o miocarditis aguda ingresados en nuestro centro entre enero de 2024 y febrero de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas y de imagen multimodal.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (37 varones y 3 mujeres) con una edad media de $34 \pm 15,3$ años. La presentación más frecuente fue la miopericarditis (67,5%) respecto a la miocarditis (32,5%), con una estancia hospitalaria media de 6 ± 5 días. La etiología más frecuente fue la idiopática (90%), seguida de la farmacológica (5%), la etiología infecciosa demostrada (2,5%) y la autoinmune (2,5%). En un 27,5% se realizó despistaje de enfermedad coronaria y en 2 pacientes se realizó biopsia endomiocárdica. El tratamiento más frecuente consistió en AINE y colchicina (72,5%), seguido de analgesia a demanda (20%), colchicina en monoterapia (5%) y corticoides (2,5%). La presencia de realce tardío de gadolinio (RTG) fue mayor en pacientes con alteraciones del ECG con respecto a los pacientes con ECG normal [23 (57,5%) vs. 9 (22,2%); $p=0,031$] y en pacientes con valores más elevados de troponina I ultrasensible (TnI-us) [10.223 vs. 1.060 pg/ml; $p<0,005$]. El edema intramiocárdico no se relacionó con alteraciones del ECG o mayores valores de TnI-us. Los valores más elevados de BNP se relacionaron con menores niveles de

fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) [$p=0,006$]. El resto de variables (factores de riesgo cardiovascular, dolor pericardítico, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda) no se relacionaron con una mayor tasa de complicaciones.

Conclusiones: La presencia de alteraciones en el ECG y valores elevados de TnI-us en pacientes ingresados por miopericarditis o miocarditis aguda se relaciona con una mayor prevalencia de fibrosis. Los valores elevados de BNP se asociaron a mayor presencia de FEVI deprimida.

825/26. PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA A 10 AÑOS MEDIANTE UN MODELO DE RANDOM FOREST

Marianela Carolina Castillo Núñez¹,
Gustavo Aníbal Cortez Quiroga¹,
María Carmen Durán Torrealba¹ y Carmen Rus Mansilla²

¹Cardiología, Hospital Alto Guadalquivir, Jaén. ²Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La enfermedad coronaria (EC) es una causa principal de mortalidad a nivel mundial. La identificación temprana de individuos en riesgo es crucial para la prevención y el tratamiento. Los modelos de aprendizaje automático (ML) ofrecen un enfoque prometedor para la predicción del riesgo. El objetivo es desarrollar un modelo de clasificación basado en ML para predecir el riesgo de EC a 10 años utilizando el conjunto de datos de Framingham Heart Study.

Métodos: Se utilizó el conjunto de datos de Framingham, que incluye información demográfica, factores de riesgo y antecedentes médicos de más de 4.000 participantes. Se aplicó un modelo de *random forest* para predecir la variable objetivo «TenYearCHD» (riesgo de EC a 10 años). Se evaluó el rendimiento del modelo mediante la precisión, el área bajo la curva ROC (AUC) y la puntuación F1.

Resultados: El modelo de *random forest* logró una precisión del 86%, un AUC de 0,96 y una puntuación F1 de 0,89. Las variables más importantes para la predicción fueron la edad, la presión arterial sistólica y el colesterol total.

Conclusiones: El modelo de *random forest* demostró un excelente rendimiento en la predicción del riesgo de EC a 10 años. Este modelo podría ser una herramienta valiosa para la estratificación del riesgo y la toma de decisiones clínicas en la prevención de la EC. Futuras investigaciones deberían enfocarse en la incorporación de variables del SCORE2/SCORE2-OP, usando técnicas de recalibración con datos poblacionales españoles y la validación externa como pasos cruciales para garantizar su precisión y utilidad clínica.

825/27. SEGURIDAD Y EFICACIA DE ABLACIÓN CON CATÉTERES IRRIGADOS DE PUNTA FLEXIBLE EN LA TAQUICARDIA INTRANODAL (TIN) MEDIANTE MAPEO ELECTROANATÓMICO-3D

Miriam Gordillo Sánchez-Jurado, Emilio José Amigo Otero,
Ane Erkoreka Gasituaga, Iris María Esteve Ruiz,
María Teresa Moraleda Salas, José Miguel Carreño Lineros
y Pablo Moriña Vázquez

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La ablación transcáteter es el tratamiento estándar para la taquicardia por reentrada del nódulo auriculoventricular (AV) (TARV). Los estudios sobre el uso de catéteres de punta flexible irrigados (CTI) en este sustrato son escasos, lo que resalta la necesidad de mayor investigación.

Nuestro objetivo es demostrar la eficacia y seguridad del uso de CTI en la TAV mediante mapeo anatómico 3D (3D-AM).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes consecutivos sometidos a ablación de TAV entre octubre 2021 y mayo 2024.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes para ablación de TAV (90,2% primer procedimiento, 9,8% segundo), 29% varones, edad media $52,5 \pm 14,9$ años. 100% en ritmo sinusal al inicio; el 5,8% recibía fármacos antiarrítmicos (3 bloqueadores beta, 1 propafenona, 1 amiodarona y 1 flecainida). Destaca la ausencia de cambios significativos en el PR, punto de Wenckebach AV y periodo refractario efectivo nodal. TIN inducible en 96,7%, 62,3% requirió isoproterenol. Salto en conducción AV en 93,4%. TIN típica inducida más frecuentemente (91,8%); TIN lenta-lenta y TIN rápida-lenta menos (3,3% cada una). Potenciales de trayectoria lenta 16,3%, pero el abordaje fue mediante 3D-AM con objetivo fluoroscopia cero, un catéter de seno coronario decapolar y un IFTC (velocidad de irrigación 17 ml/min). Dos pacientes requirieron fluoroscopia: un marcapasos y un divertículo del seno coronario. Durante la ablación, el 93,4% desarrolló latidos lentos de la unión. Se alcanzó el éxito agudo (no inducibilidad) en el 100%, el 54% presentaba fisiología dual del nodo AV. Infusión de isoproterenol después de la ablación en 82% de procedimientos. En 4 pacientes se añadió la ablación del istmo cavotricuspídeo para flutter auricular común. No hubo complicaciones intraprocedimiento, bloqueo AV ni alargamiento del PR. Dos pacientes se sometieron a implante de marcapasos por disfunción sinusal sintomática conocida previa procedimiento (tiempo hasta el implante: $32 \pm 43,8$ días). El seguimiento medio 9 [5-12] meses. Dos recurrencias, al día siguiente. Palpitaciones sintomáticas sin taquiarritmias documentadas fueron frecuentes, pero redujeron en el seguimiento (22,9% a 3 meses, 12,5% a 6 meses y 7,7% a 12 meses). No muerte cardiovascular ni visita a urgencias durante el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a ablación por TIN mediante IFTC y AM-3D mostraron 100% tasa de éxito, sin bloqueo AV ni alargamiento de PR, con tasas de recurrencia y complicaciones comparables a series de alto volumen publicadas, lo que demuestra su seguridad y éxito.

825/28. RELACIÓN DE FIB4 CON ENDPOINTS DUROS EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Jesús Marchal Martínez, Carlos José Morales Alcázar, Ana María Martínez Rodríguez, Miguel Puentes Chiachío, Javier Torres Llergo y Juan Carlos Fernández Guerrero

Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El marcador FIB4 (Fibrosis-4) resulta de las variables edad, plaquetas y transaminasas (GOT y GPT), con uso en la valoración del riesgo de cirrosis hepática, pero se está utilizando recientemente en estudios cardiovasculares (CV) (eventos CV en síndrome coronario agudo, en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) derecha). El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación de FIB4 con la aparición de endpoints duros, así como la relación con otras variables de interés, en pacientes ingresados por IC.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de IC en nuestro centro 2022-2023, con obtención de variables demográficas, clínicas, analíticas y ecocardiográficas. Criterios exclusión: patología hepática conocida, patología oncológica con quimioterapia, y plaquetopenia filiada, ya que pueden falsear los resultados obtenidos en el cálculo de FIB4. Se relaciona mediante análisis de supervivencia el valor de FIB4 con endpoints simples (mortalidad CV, eventos IC, mortalidad intrahospitalaria) y combinado de mortalidad

CV y eventos IC, así como la relación mediante modelos de regresión con otras variables (NT-proBNP, CA125...).

Resultados: $n = 302$. Para la predicción de eventos duros CV, se utilizó el análisis de supervivencia con punto de corte en 2,67 (utilizado en estudios previos) y 1,01 (óptimo según el análisis estadístico), no siendo el resultado del mismo significativo. En los modelos de regresión univariado y multivariado, FIB4 no resultó una variante predictora del endpoint combinado ($p 0,589$), siendo significativa la variable edad ($p < 0,001$). Las curvas ROC mostraron un escaso poder predictivo tanto de FIB4 como variable numérica ($p 0,26$). FIB4 como valor dicotómico no demostró relación con variables como disfunción VD ($p 0,93$), IT significativa ($p 0,19$), HTP ($p 0,24$) o CA125 ($p 0,2$), pero sí con NT-proBNP ($p 0,03$). El modelo de regresión para mortalidad intrahospitalaria objetivó FIB4 como variable dicotómica como predictor de este evento ($p 0,02$).

Conclusiones: FIB4 no ha demostrado la capacidad de predicción del combinado de endpoints duros CV en nuestra cohorte, si bien mantiene una discreta correlación con los valores de NTproBNP tanto al ingreso como al alta, y ha demostrado relación con la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes de IC.

825/31. IMPACTO DEL CIERRE DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS TRAS UN EPISODIO DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN PACIENTES PREVIAMENTE ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS EN VIDA REAL DEL REGISTRO PERSEO

Alejandro Reina Moreno¹, Martín Ruiz Ortiz², Mauricio Urgiles Ortiz³, Jaime Nevado Portero⁴, Ana María Martínez Rodríguez⁵, Javier Torres Llergo⁵, José Gregorio Soto Rojas⁶, Beatriz Calvo Bernal⁷, Ana del Río Lechuga³ y Alejandro Recio Mayoral¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

⁵Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

⁶Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

⁷Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: La hemorragia intracraneal (HIC) representa una complicación grave en pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados. El cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (COAI) ha surgido como una posible estrategia para prevenir eventos embólicos en estos pacientes, pero existen pocos datos del mundo real sobre su impacto clínico tras una HIC. El objetivo de nuestro estudio fue valorar el efecto de una estrategia de COAI en comparación con el manejo médico habitual en pacientes con FA anticoagulados que sobrevivieron a una HIC en Andalucía (España).

Métodos: El estudio PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia severa en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) fue un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a pacientes con FA anticoagulados ingresados por HIC o hemorragia digestiva grave y dados de alta vivos entre enero de 2021 y diciembre de 2022, en los hospitales públicos andaluces con programa de COAI. Se seleccionaron aquellos con HIC para este análisis. El objetivo principal fue un combinado de ictus/AIT, embolia sistémica, hemorragia mayor o clínicamente relevante no mayor, o mortalidad por cualquier causa. El objetivo secundario fue la mortalidad global.

Resultados: Se incluyeron 1.403 pacientes, de los cuales 364 presentaron HIC. La mediana de edad fue de 78 años, y el

59,9% eran varones. Solo 44 pacientes (12,1%) fueron tratados con COAI, realizado a una mediana de 5 meses tras el alta. A los 24 meses, los pacientes con COAI presentaron una supervivencia libre del evento combinado numéricamente mejor (67 vs. 58%, $p = 0,117$) y una supervivencia global significativamente superior (87 vs. 70%, $p = 0,01$). En el análisis multivariante, el COAI se asoció de forma independiente a una reducción del riesgo del evento combinado (HR 0,50 [0,26-0,96], $p = 0,03$) y mostró una tendencia no significativa a menor mortalidad (HR 0,39 [0,13-1,13], $p = 0,08$).

Conclusiones: En pacientes con FA que sobrevivieron a una HIC, la estrategia con COAI fue poco utilizada, pero se asoció con un mejor pronóstico clínico en comparación con el manejo médico convencional.

825/32. ADOPCIÓN DEL CONSENSO ESPAÑOL SOBRE EL MANEJO DE LA HIPERPOTASEMIA POR PARTE DE CARDIOLOGÍA EN ANDALUCÍA

Francisco Camacho Jurado¹, Eloy Gutiérrez Ruiz², Rocío Fuertes Martín², Salvador Morales Estévez², Andrea Díez García², Nicolás Fernández Rebollo² y Cristina Pardo Martínez-Quintanilla²

¹Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ²Departamento Médico AstraZeneca.

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es un trastorno electrolítico recurrente y potencialmente mortal que requiere una intervención rápida. El último Documento de Consenso Español sobre el Manejo de la Hiperpotasemia publicado en 2023 recoge recomendaciones para mejorar su manejo. En este análisis, evaluamos la percepción de los cardiólogos en cuanto a la adopción de estas recomendaciones en Andalucía.

Métodos: Se realizó un análisis nacional, multicéntrico y descriptivo con cardiólogos. A los participantes se les presentaron ocho preguntas que evaluaban las prácticas clínicas basadas en las recomendaciones del Documento de Consenso, divididas en las categorías de «conocimiento» y «manejo». Estas preguntas se discutieron en 27 reuniones médicas celebradas en España entre noviembre de 2023 y diciembre de 2024, de las cuales 7 fueron en Andalucía.

Resultados: Participaron 186 cardiólogos a nivel nacional, de los cuales 41 de Andalucía. 73,1% declararon tener un conocimiento adecuado de la clasificación de la hiperpotasemia. Solo el 26,5% de ellos perciben correctamente una incidencia de un segundo episodio de hiperpotasemia en el 30-40% de los pacientes con insuficiencia cardiaca y/o enfermedad renal crónica. En cuanto a la intervención terapéutica de un paciente cardiorenal optimizado farmacológicamente tras un evento de hiperpotasemia, el 73,5% priorizaron la adición de un quelante del potasio. El 74,3% consideraron el uso de nuevos quelantes del potasio al alta para prevenir la recurrencia. Sin embargo, solo el 12,9% de los cardiólogos estaban de acuerdo con la recomendación de mantener el tratamiento con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. No obstante, el 97,1% de los que no mantienen el tratamiento consideraba un plan para reintroducirlo. Solo el 13,5% de los cardiólogos informaron que inician los quelantes del potasio a partir de niveles de potasio de 5-5,5 mEq/l. Solo el 33,3% de los indicaron adherirse a la recomendación de no interrumpir el tratamiento con quelantes del potasio una vez alcanzada la normopotasemia.

Conclusiones: Existe un alto grado de conocimiento sobre el Documento de Consenso sobre el Manejo de la Hiperpotasemia entre los cardiólogos, sin embargo, persisten áreas críticas que requieren atención, especialmente en cuanto a la optimización del tratamiento con iSRAA y el uso de quelantes del potasio.

825/33. CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO EN VIDA REAL DE PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ÁCIDO BEMPEDOICO

José Alejandro Claros Ruiz¹, Carlos Sánchez Sánchez¹, Pedro Fernández Martín¹, José Ignacio Larrubia Valle¹ y Javier Mora Robles²

¹Cardiología, Hospital Universitario de Málaga, Málaga.

²Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El estudio CLEAR Outcomes ha evaluado los efectos del ácido bempedoico (AB) en pacientes intolerantes a estatinas en prevención primaria y secundaria, demostrando beneficios cardiovasculares. Tras su aprobación, se ha iniciado su empleo en nuestros pacientes. El objetivo de nuestro estudio ha sido el de evaluar las características clínicas y resultados en vida real del tratamiento con AB, como experiencia inicial.

Métodos: Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de 135 pacientes que iniciaron tratamiento con AB entre septiembre de 2023 y abril de 2024.

Resultados: El 73,33% eran varones y la edad media fue 67,74 años. El 60% habían fumado, el 65,19% tenían hipertensión, el 23,7% diabetes y el 91,85% cardiopatía isquémica. El 93,33% estaba en tratamiento con estatinas, el 91,11% con ezetimiba y el 5,22% con iPCSK9. La principal razón para iniciar tratamiento con AB fue por no alcanzar objetivos en reducción de cLDL (77,04%), y la segunda razón por intolerancia a estatinas (22,96%). Previo al inicio de tratamiento la HbA_{1c} media fue de 6,24% y respecto al perfil lipídico, los valores promedio (mg/dl) fueron: colesterol total (CT) 153,39, cHDL 47,5, cLDL 85,49, triglicéridos (TG) 134,55; y los siguientes índices: CT/cHDL 3,38, TG/HDL 3,09, cLDL/cHDL 1,91, no-cHDL/cHDL 2,38. En el seguimiento no hubo efectos adversos ni ningún nuevo evento cardiovascular mayor. Hubo 27 pacientes en los que se realizó un seguimiento, mostrando una reducción estadísticamente significativa en los niveles de CT ($p < 0,001$), colesterol no-cHDL ($p < 0,001$), cLDL ($p < 0,001$), CT/cHDL ($p = 0,006$), cLDL/cHDL ($p = 0,001$) y colesterol no-cHDL/cLDL ($p = 0,006$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, la principal razón para iniciar tratamiento con AB es no alcanzar objetivos de control de cLDL a pesar de tratamiento con estatinas junto a ezetimiba. La respuesta al tratamiento con AB es adecuada, reduciendo precozmente de forma significativa los valores de CT, cLDL, colesterol no-cHDL, y los cocientes CT/cHDL, cLDL/cHDL y no-cHDL/cLDL, sin efectos adversos en esta serie inicial. Consideramos que se trata de un tratamiento que puede ayudar a cumplir los objetivos en reducción de cLDL y, así, reducir el riesgo de nuestros pacientes.

825/34. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Ignacio Ferrer Luján¹, Vicente Jurado Vinteoño¹, Francisco Javier Escalona García¹, Manuel Núñez Ruiz¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente³, Yolanda Prieto Valiente⁴, Paula Marín Andreu¹, Rafael Jesús Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Enfermería, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Fisioterapia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La obesidad es un problema creciente asociado a mayor riesgo cardiovascular y enfermedad precoz.

Este estudio analizó el impacto del IMC en las características y resultados de los programas de rehabilitación cardiaca (RC).

Métodos: Se evaluaron 550 pacientes que realizaron un programa de RC entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se definió obesidad como IMC > 30 y sobrepeso entre 25-30. Se analizaron factores de riesgo, capacidad funcional (ergometría basal y final), calidad de vida (SF-36) y perfil analítico antes, durante y después del programa. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y t de Student para comparar variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: La edad media fue 58 ± 9 años, con un 22% de mujeres. Un 55% tenía hipertensión arterial (HTA), 29% diabetes mellitus (DM) y 52% eran fumadores. La mayoría (90%) presentaba síndrome coronario agudo. El 48% tenía sobrepeso y el 30% obesidad. No hubo diferencias en HTA o tabaquismo, pero la DM fue más frecuente en obesos (36,6 vs. 26,5%, $p = 0,017$). La capacidad funcional inicial fue menor en obesos (7,5 vs. 8,4 METs, $p = 0,002$), aunque mejoraron de forma similar a otros grupos. La calidad de vida no mostró diferencias significativas. En el perfil lipídico, los obesos tenían colesterol total y LDL más elevados al ingreso, aunque su reducción fue mayor (LDL -40 vs. -32%, $p = 0,032$). Sin embargo, los triglicéridos (TG), remanentes lipídicos y la relación TG/HDL fueron más elevados en obesos en todas las mediciones. Al final del programa, la proporción de pacientes con TG/HDL > 2 fue 36% en normopeso, 48% en sobrepeso y 70% en obesidad ($p = 0,0000$), y con remanentes elevados del 9%, 14% y 26%, respectivamente ($p = 0,017$).

Conclusiones: La obesidad y el sobrepeso son problemas frecuentes en la RC. Aunque presentan menor capacidad funcional inicial, mejoran de forma similar a los normopeso. Sin embargo, su perfil lipídico refleja mayor dislipemia aterogénica y resistencia a la insulina, sin una normalización completa con las terapias actuales.

825/35. PERFIL CLÍNICO Y ANALÍTICO DE LAS MUJERES QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Vicente Jurado Vinteño¹, Manuel Núñez Ruiz¹, Ignacio Ferrer Luján¹, Francisco Javier Escalona García¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente³, Yolanda Prieto Valiente⁴, Rafael Jesús Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Enfermería, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Fisioterapia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Se sabe que las mujeres con cardiopatía isquémica tienen una etiología y pronóstico diferentes a los hombres pese a tener similares factores de riesgo, pero se conoce poco sobre las diferencias entre sus perfiles analíticos y resultados en programas de rehabilitación cardiaca (RC). Este estudio analiza diferencias en función del género en pacientes durante un programa de RC en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se evaluaron 550 pacientes que participaron en un programa de RC entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se examinaron factores de riesgo, capacidad funcional (medida por ergometría), calidad de vida (cuestionarios SF-36) y perfil analítico en diferentes momentos. Se utilizaron la prueba de chi cuadrado y la t de Student para el análisis de datos.

Resultados: La edad promedio fue de 58 años, siendo el 22% mujeres. La hipertensión (HTA) afectaba al 55%, la diabetes mellitus (DM) al 29% y el 52% eran fumadores. El 90% presentó síndrome coronario agudo y el 93% tenía enfermedad coro-

naria. Las mujeres mostraron una prevalencia similar de HTA, DM y tabaquismo, con mayor normopeso y menor sobrepeso (38 vs. 51%, $p = 0,003$), más inclusión por angina estable o insuficiencia cardiaca, y menos vasos coronarios afectados. Tuvieron una capacidad funcional basal menor (6,7 vs. 8,6 METs, $p = 0,000$) y calidad de vida basal más baja (49 vs. 56 puntos, $p = 0,004$), aunque la mejoría fue parecida entre géneros. El análisis mostró mayores niveles de lipoproteína (a) en mujeres (> 50 mg/dl 41 vs. 25% y > 120 mg/dl 11,5 vs. 3,6%, $p = 0,003$). Aunque los niveles de Ch total y LDL eran más altos en mujeres, la reducción porcentual de LDL fue similar (31 vs. 36%). Al ingreso, las mujeres presentaron niveles de triglicéridos más bajos (128 vs. 148 mg/dl, $p = 0,02$), HDL más altos (49 vs. 41 mg/dl, $p = 0,00$) y un índice TG/HDL más bajo (2,87 vs. 3,94, $p = 0,001$).

Conclusiones: En nuestra muestra, las mujeres mostraron un perfil de factores de riesgo similar a los hombres, aunque presentaron menos vasos afectados. Analíticamente, destaca una mayor prevalencia de lipoproteína (a) elevada con menos dislipemia aterogénica. Los resultados del programa de RC fueron similares entre ambos géneros.

825/36. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Javier Herrera Flores, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) continúa siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad en el mundo. Aunque la incidencia ajustada por edad y género del SCA está disminuyendo, diversos estudios han puesto de manifiesto que existen importantes diferencias de género en este problema, ya que las mujeres, con relación a los varones, experimentan un mayor retraso diagnóstico y reciben en menor proporción revascularización coronaria precoz. Nuestro objetivo fue describir los resultados de un «programa de riesgo cardiovascular residual» a medio plazo (6.º mes) en función del género en pacientes dados de alta después de un SCA y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas circulantes al 6 mes con la aparición de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM).

Métodos: Desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023, se identificaron todos los pacientes varones y mujeres dados de alta de nuestro departamento de cardiología de forma consecutiva después de presentar un SCA y se evaluaron al 6.º mes en una consulta virtual para analizar las diferencias intergénero y detectar la aparición de ECAM, definidos como muerte por cualquier causa, muerte CV, infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardiaca, reingreso debido a angina inestable o revascularización no planificada. Los objetivos de control lipídico se definieron siguiendo las recomendaciones ESC 2023 sobre el SCA.

Resultados: Las mujeres del estudio eran más añosas (70,8 vs. 64,8 años, $p = 0,002$) y con una menor prevalencia de tabaquismo (23 vs. 153, $p \leq 0,001$). Por otro lado, la incidencia de ECAM fue similar en ambos grupos (6 vs. 9, $p = 0,096$) sin registrarse muertes relacionadas con eventos CV u otras causas. No hubo diferencias en el perfil lipídico a los 6 meses entre ambos grupos ($p = 0,349$) ni en el porcentaje de individuos que habían alcanzado el objetivo de LDL-C (70 vs. 65%, $p = 0,368$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, no se observaron diferencias en cuanto a la incidencia de nuevos ECAM, siendo el grado de control de LDL-C en mujeres bastante adecuado de forma similar al de varones.

825/37. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE UN PROGRAMA PERSONALIZADO DE REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL PARA PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Javier Herrera Flores, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) continúa siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad en el mundo, especialmente al año después del evento agudo. Un porcentaje considerable de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) ocurren a pesar de niveles óptimos de LDL-C, señalando la necesidad de centrarse en el papel de otras fracciones lipídicas con potencial aterogénico. Entre estas fracciones, componentes notables como el colesterol remanente, lipoproteína (a) y LDL-C pequeñas y densas, son reconocidos objetivos de riesgo residual global. Nuestro objetivo fue describir los resultados de la implementación de un «programa de riesgo cardiovascular residual» a medio plazo (6 mes) en pacientes con SCA al alta y evaluar la asociación entre los niveles de LDL-C y otras fracciones lipídicas al 6 mes con eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM).

Métodos: Desde enero de 2023 hasta diciembre de 2023, los pacientes dados de alta de nuestro centro después de presentar un SCA se identificaron y evaluaron al 6.º mes para detectar la aparición de ECAM, definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardíaca, reingreso debido a angina inestable o revascularización no planificada. Los objetivos de control lipídico se definieron siguiendo las recomendaciones ESC 2023 sobre el SCA.

Resultados: El tratamiento hipolipemiente de 325 pacientes dados de alta después de un SCA. La incidencia de ECAM en nuestra población fue alta, del 4,6% (15), aunque no se registraron muertes relacionadas con eventos cardiovasculares u otras causas. Se detectaron diferencias significativas en los niveles lipídicos circulantes dentro del seguimiento inicial. A pesar de que el 75% de los pacientes alcanzaron los objetivos de LDL-C recomendados por las guías ESC, esta consecución de los niveles objetivo no se correlacionó con la aparición de nuevos ECAM tras el sexto mes de seguimiento ($p = 0,597$).

Conclusiones: La implementación de un programa de riesgo cardiovascular residual adaptado al paciente resultó en un alto porcentaje de pacientes que alcanzaron los objetivos recomendados de LDL-C, junto con una mejora significativa en el perfil lipídico general en el 6.º mes de seguimiento.

825/38. PREDICTORES DE STRAIN DE AURÍCULA DERECHA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR SOMETIDOS A ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Jorge Segovia Reyes, Cristian Peláez Berdun, Manuel Jiménez Navarro, Germán Alegre García, Fernando Puyol Ruiz, Carlos Acosta Sánchez, Enrique Gabriel Martín Bravo, María López Martínez, Raquel Guerrero Cuevas y Jorge Rodríguez Capitán

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

Introducción y objetivos: La FA ocasiona un remodelado estructural y funcional de la AD en forma de dilatación, fibrosis y deterioro de las funciones de reservorio, conducto y contractilidad. El análisis del strain de la AD ofrece una medida

cuantitativa de la disfunción auricular y puede ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo de remodelado adverso o recurrencia de FA tras el aislamiento de venas pulmonares mediante ablación (AVP). Este estudio tiene por objetivo identificar los predictores clínicos y ecocardiográficos del strain de AD en pacientes con FA, persistente o paroxística, sometidos a AVP.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva a pacientes con FA programados para AVP por indicación clínica en el 2024. Previo al procedimiento se realizó una evaluación ecocardiográfica, incluyendo análisis del strain de AD mediante técnica de *speckle-tracking*, mediciones volumétricas, evaluación de la función valvular y parámetros de diastología. Adicionalmente, se recopilaron variables clínicas y analíticas. Se aplicó un análisis de regresión multivariante para determinar los predictores de la función de la AD, determinada a través de strain.

Resultados: Se incluyó un total de 40 pacientes sometidos a AVP. Los modelos identificaron predictores independientes de strain de reservorio y de conducto de la AD con una excelente capacidad predictiva. Un menor strain de reservorio se asoció con una reducción del strain del VD, menor TAPSE y mayor EROA en la IT.

Conclusiones: Nuestros hallazgos destacan la significativa interacción entre el strain de AD y la función del VD, la dinámica del aparato tricuspídeo y el remodelado auricular en pacientes sometidos a AVP. Valores disminuidos de strain de reservorio y conducto se asociaron con una peor función del VD, mayor gravedad de la IT y con parámetros de remodelado estructural. Estos resultados sugieren que el análisis de strain auricular puede servir como una herramienta útil para la estratificación del riesgo y la selección de pacientes para la AVP. Son necesarios estudios adicionales para evaluar sus implicaciones pronósticas en los resultados posablación y en la recurrencia de la FA.

825/39. ALTA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES GRAVES AL SEXTO MES DEL ALTA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. ¿ES POSIBLE PREVENIRLOS?

Javier Herrera Flores, José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) continúa siendo la principal causa de morbilidad-mortalidad en el mundo. Un porcentaje elevado de los pacientes con ECVA presenta reingresos frecuentes debido a un mal control de los factores de riesgo cardiovascular y en concreto, de la hipercolesterolemia. Ante ello, nos hemos propuesto evaluar las causas de reingreso por eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) en el sexto mes de seguimiento en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes dados de alta tras SCA en el servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023. Se realizó una consulta virtual para evaluar la aparición de ECAM (definidos como muerte por cualquier causa, muerte cardiovascular, infarto no fatal, ictus, ingreso por insuficiencia cardíaca, reingreso por angina inestable (AI) o por revascularización no planeada) en pacientes dados de alta en nuestro servicio hospitalario por un SCA al 6.º mes del seguimiento.

Resultados: El número de ECAM fue alto (15) en la población de estudio. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo femenino y la existencia de disfunción del VI para

el grupo de ECAM ($p = 0,049$ y $p = 0,05$). La presencia de diabetes mellitus tipo II (3 vs. 195, $p = 0,039$), así como el sobrepeso (5 vs. 269, $p < 0,037$) fue significativamente menor en el grupo ECAM. A pesar de que el grado de control del colesterol LDL en ambos grupos fue adecuado, estas diferencias no fueron significativas (66,8 vs. 68,3%, $p = 0,721$).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con SCA, el porcentaje de ECAM al 6 mes del seguimiento fue alto (4,6%) respecto a lo esperado según las series habituales, siendo las diferencias en cuanto al sexo, la presencia de DM tipo 2, la existencia disfunción sistólica del VI (FEVI $< 50\%$) y sobrepeso estadísticamente significativas respecto al grupo sin ECAM.

825/40. IMPACTO DE LA CONSULTA DE CARDIO-ONCOLOGÍA EN EL MANEJO ANTICOAGULANTE Y EVENTOS CLÍNICOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Sara Ruiz Magaña, José Antonio Fernández Sánchez
y Juan Manuel Serrano Marcos

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La cardio-oncología es una disciplina emergente que busca optimizar el manejo cardiovascular de pacientes oncológicos. El objetivo es evaluar cómo la consulta de cardio-oncología influye en el tratamiento anticoagulante de pacientes oncológicos, analizando el uso de diferentes anticoagulantes y su relación con eventos clínicos.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo que incluyó pacientes derivados a consulta de cardio-oncología en nuestro centro desde enero 2020 hasta diciembre 2023 para optimización de tratamiento anticoagulante. Se registraron los esquemas de anticoagulación previos y posteriores a la consulta, clasificándolos en cuatro categorías: HBPM (heparina), ACOD (anticoagulantes directos), AVK (antivitamina K) o ningún tratamiento, analizándose los cambios realizados en consulta.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes con las siguientes indicaciones de anticoagulación: fibrilación auricular (72,7%), flutter auricular (2,3%), trombo en ventrículo izquierdo (9,1%), tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda (9,1%) y prótesis valvular (6,8%). Antes de la consulta, la distribución era: HBPM 19 pacientes (44,2%), AVK 13 (30,2%), ACOD 9 (20,9%) y ningún tratamiento 2 (4,7%). Tras valoración por cardio-oncología, la distribución fue: HBPM 4 pacientes (9,3%), AVK 6 (14%), ACOD 31 (72,1%) y ningún tratamiento 2 (4,7%). Tras la consulta, se redujo el número de pacientes con eventos hemorrágicos de 9 a 3, y eventos isquémicos de 3 a 0. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los eventos hemorrágicos o isquémicos ($p = 0,109$ y $p = 0,625$, respectivamente), aunque el riesgo relativo (RR) en eventos hemorrágicos fue 0,33 (IC95% [0,097-1,14]) y en eventos isquémicos 0,14 (IC95% [0,074-2,61]), lo que sugiere una tendencia favorable clínica que podría demostrarse con un mayor tamaño muestral. En el seguimiento, un total de 31 pacientes recibieron ACOD y 32 HBPM/AVK. Se registraron 3 eventos hemorrágicos con ACOD y 10 con HBPM/AVK, con significación estadística en la reducción del riesgo hemorrágico con ACOD ($p = 0,043$). Los eventos isquémicos fueron 0 y 3, respectivamente sin alcanzar significación ($p = 0,244$).

Conclusiones: La consulta de cardio-oncología permite optimizar el tratamiento anticoagulante en pacientes oncológicos con un aumento de prescripción de ACOD en relación a HBPM/AVK, presentando un menor riesgo de sangrado y tendencia clínica favorable a menor riesgo de eventos isquémicos. Estos resultados refuerzan la importancia de la valoración especializada en esta población.

825/41. ANÁLISIS DE LOS NIVELES DE COLESTEROL LDL EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DE PCSK9 DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

Esperanza Donoso Muñoz, Ana López Suárez,
María Ronquillo Japón, Carlos del Toro Esperón,
Javier Azcona Sousa, Juan Manuel Aragón González
y Marta Martín Vélez

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La dislipemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Los anticuerpos monoclonales inhibidores del PCSK9 (iPCSK9) han supuesto una revolución en el control del colesterol LDL (cLDL) en pacientes que no consiguen objetivos con los fármacos orales. Reducen la degradación de los receptores de LDL, llegando a bajar más del 60% cLDL. Analizamos las características de una cohorte de pacientes tratados con iPCSK9.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza los niveles de cLDL en pacientes tratados con iPCSK9 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) entre 2016-2024, con un análisis comparativo en función de la adherencia al tratamiento administrado.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes tratados con iPCSK9, el 79% hombres, con edad media al inicio del tratamiento de $66 \pm (59,45)$ años. 58 tenían enfermedad coronaria con tasa de reevento coronario del 36,2%. La indicación más frecuente fue la prevención secundaria (87,1%), siendo la enfermedad coronaria recurrente/multivaso lo más común (40,3%). El fármaco más prescrito fue alirocumab 75 mg/15 días (74,2%), encontrando modificaciones de dosis en el 14,5% y de fármaco en el 9,7%. La adherencia a tratamiento oral e inyectado fue similar (82,76% y 87,93%, respectivamente). Se comprobó la mejoría de cLDL con el tratamiento (1.º control $127,47 \pm [42,35]$ vs. $60,24 \pm [45,20]$ mg/dl, $p < 0,001$; último control $125,3 \pm [40,93]$ vs. $71,44 \pm [45,49]$ mg/dl, $p < 0,001$), estando en objetivo terapéutico el 54,5%. Se observa mejor control en los adherentes a hipolipemiantes orales (59 vs. 30% en objetivo), pero no encontramos diferencias estadísticamente significativas (1.º control $55,25 \pm [35,76]$ vs. $82,10 \pm [63,74]$ mg/dl, $p = 0,228$; último control $67,84 \pm [45,17]$ vs. $89 \pm [43,15]$ mg/dl, $p = 0,228$). Respecto a la adherencia a iPCSK9, observamos significación estadística al final del seguimiento (1.º control $58,76 \pm (44,33)$ vs. $68 \pm (51,77)$ mg/dl, $p = 0,676$; último control: $66,25 \pm (41,21)$ vs. $106,57 \pm (59,59)$ mg/dl, $p = 0,023$), entrando el 59,3% de adherentes frente al 14,3% de no adherentes en objetivo.

Conclusiones: Se evidencia la necesidad de optimizar el tratamiento de nuestros pacientes, ya que a solo un cuarto se le modifica el fármaco/dosis a pesar encontrarse un 45% de ellos fuera de rango terapéutico. La pérdida de adherencia a iPCSK9 a largo plazo podría ser la responsable de las diferencias entre grupos al final del estudio, siendo imprescindible el control del cumplimiento terapéutico oral e inyectado.

825/42. IMPACTO A CORTO PLAZO DE LA REPARACIÓN TRICUSPÍDEA PERCUTÁNEA SOBRE EL REMODELADO VENTRICULAR DERECHO

Rafael Iglesias López¹, Diana Ladera Santos¹,
Laura Calvo Gutiérrez¹, Laura Velarde Morales¹,
Flavia di Cosmo¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica Delgado Ortega¹,
Ana Rodríguez Almodóvar², María Dolores Mesa Rubio¹
y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Unidad de técnicas diagnósticas no invasivas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La terapia de reparación percutánea de borde a borde (TEER) ha demostrado ser una técnica segura y efectiva en pacientes con insuficiencia tricúspide (IT) grave sintomática. Sin embargo, los datos de su impacto sobre el remodelado ventricular derecho (VD) son limitados. Nuestro objetivo fue analizar su repercusión a corto plazo en la reducción de la regurgitación y el remodelado ventricular.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, prospectivo, en el que se incluyeron pacientes con IT grave sintomática intervenidos mediante TEER en nuestro centro desde el 1 de diciembre de 2021 hasta el 31 de enero de 2025. Se analizaron las características basales y la evolución de los parámetros ecocardiográficos a los 3 meses.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes (59% mujeres), con una edad media de 73 ± 11 años. De ellos, 17 (39%) presentaban basalmente IT grave, 16 (37%) masiva, y 11 (25%) torrencial. El procedimiento fue exitoso en 42 pacientes (96%). A los 3 meses, se observó una reducción significativa del grado de IT, aumentando la proporción de casos leves del 0 al 59%, y disminuyendo los grados graves del 39 al 3%, con un 3% de insuficiencia torrencial restante. Se evidenció una reducción significativa del diámetro basal del VD de 48 ± 10 a 44 ± 6 mm ($p = 0,007$) y del anillo tricúspide de 44 ± 7 a 38 ± 6 mm ($p = 0,000$), aunque el área y la fracción de acortamiento (CAF) no mostraron diferencias significativas. La presión venosa central (PVC) y la presión sistólica arterial pulmonar (PSAP) estimadas por ecocardiografía se redujeron significativamente. El desplazamiento sistólico del plano del anillo tricúspideo (TAPSE) mostró una reducción significativa de 20 ± 4 a 18 ± 4 mm ($p = 0,018$). Existió una mejoría del índice TAPSE/PSAP, aunque sin alcanzar la significación estadística ($0,50 \pm 0,14$ vs. $0,59 \pm 0,28$; $p = 0,089$).

Conclusiones: El tratamiento de la IT grave sintomática mediante TEER se asoció con una reducción significativa del grado de regurgitación a los 3 meses de seguimiento. Existió un remodelado del anillo y del VD favorable a corto plazo, a pesar de un empeoramiento del acortamiento longitudinal medido por TAPSE.

825/43. RELACIÓN ENTRE DIURÉTICOS Y LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Jesús Alberto Torres Zamudio, Rafael González Manzanares, José López Aguilera, Manuel Alejandro Díaz Andrade, Javier Herrera Flores, Nerea Aguayo Caño, Álvaro Roldán Guerra, Nouha Vanessa Yacub Briceño, Enrique Enrile Sánchez y Juan Carlos Castillo Domínguez

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICr) es multifactorial e indispensable para reducir eventos. Nuestro objetivo fue estudiar la evolución de la FEVI en la cohorte de pacientes del estudio REDICAE.

Métodos: El estudio REDICAE fue un ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, de fase II, abierto, con grupo control en el que se pretendía demostrar que la retirada de diuréticos en pacientes con ICr estables con tratamiento médico óptimo es segura (NCT05964738). Se consideró FEVI mejorada (FEVIm) cuando en aquellos pacientes con $FEVI < 40\%$, mejoró la $FEVI = 10\%$ quedando superior al 40%.

Resultados: Desde diciembre de 2022 hasta abril de 2024, de los 98 pacientes aleatorizados, 48 fueron asignados al grupo intervención y 50 al grupo control. La mediana de segui-

miento fue de 28 semanas. De los pacientes incluidos, el 75% eran hombres, la edad media fue 62 ± 9 años, la etiología isquémica 29% y un 98% de los diuréticos fueron de asa. La FEVI al inicio y al final, fueron de $32 \pm 8\%$ vs. $35 \pm 8\%$ y $48 \pm 10\%$ vs. $47 \pm 11\%$ en el grupo intervención y control, respectivamente, sin diferencias significativas ($p = 0,08$, $p = 0,9$). Durante el seguimiento, la media estimada de la FEVI fue de $43 \pm 2\%$ (IC95% 39, 47) en el grupo intervención y de $44 \pm 2\%$ (IC95% 40, 48) en el grupo control, sin diferencias significativas (diferencia de medias estimadas 1%, IC95% -4,2, 2,6; $p = 0,64$). De los 69 (70%) pacientes que tenían una $FEVI < 40\%$ al inicio, 59 (86%) terminaron el seguimiento y de ellos 33 (56%) alcanzaron una FEVIm, 19 (32%) vs. 14 (24%) en el grupo intervención y control, sin diferencias ($p = 0,99$). La mediana de supervivencia para la FEVIm fue de 166 días (IC95% 48, 284), sin diferencias significativas entre ambos grupos (HR 1,1, IC95% 0,6, 2,2; $p = 0,77$). En el análisis multivariante fueron significativos el sexo, el CA125 y el NT-proBNP. La consecución de FEVIm no fue significativa comparada con valores esperados ($p = 0,74$).

Conclusiones: La retirada de diuréticos no empeoró la FEVI ni tuvo implicaciones en la recuperación de la misma.

825/44. ANÁLISIS ELECTROCARDIOGRÁFICO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE FABRY Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA ASOCIADA A MUTACIONES SARCOMÉRICAS

José Gregorio Soto Rojas, Isabel García Olea, Carlos Federico Gómez Navarro y Ricardo Fajardo Molina

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Detrás de la hipertrofia ventricular (HVI) que solemos objetivar mediante ecocardiograma, se encuentran en ocasiones distintas fenocopias de patologías con pronóstico y tratamientos diferentes como la enfermedad de Fabry (EF). Nuestro objetivo es analizar electrocardiogramas en busca de hallazgos diferenciales.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento en Unidad de Cardiopatías Familiares. Recogemos datos de pacientes consecutivos con mutación patogénica o probablemente patogénica en GLA y mutaciones sarcoméricas. Analizamos datos del electrocardiograma, datos clínicos así como ecocardiográficos.

Resultados: Se recopiló información de 64 pacientes, 25 con EF y 39 con miocardiopatía hipertrófica sarcomérica (MHS) con edades y proporciones de sexo similares. Se diferenciaron dos grupos: portadores sin HVI significativa y pacientes con fenotipo de HVI. En los 21 pacientes portadores sin HVI significativa (10 con mutación en GLA y 11 con mutaciones sarcoméricas), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus electrocardiogramas (ECG). Posteriormente, se analizó a 43 pacientes con HVI (grosor miocárdico > 13 mm), 28 con MHS y 15 con Fabry, observando características demográficas similares (media de edad: 50 vs. 52,7 años; proporción de mujeres: 50 vs. 53%; grosor miocárdico: 19,2 vs. 15,5 mm). En el análisis de ECG, se destacó que los pacientes con Fabry mostraron menor intervalo PR y mayor anchura de QRS ($p = 0,07$, $p < 0,05$ a una cola). También presentaron mayor prevalencia de bloqueo de rama derecha (BRDHH), bloqueo incompleto de rama derecha (BIRD) y patrón de preexcitación ($p < 0,05$). Aunque no fue estadísticamente significativa

tivo, se observó una mayor frecuencia de onda Q lateral y repolarización precoz en el grupo Fabry. En cuanto a los datos de hipertrofia en el electrocardiograma, los pacientes con MHS mostraron mayor prevalencia de criterios de Gubner y Cornell, mientras que los pacientes con Fabry presentaron más alteraciones de la repolarización en V2-V4 ($p = 0,09$).

Conclusiones: Este estudio sugiere diferencias electrocardiográficas significativas entre pacientes con HVI significativa y EF frente a aquellos con MHS. El acortamiento del intervalo PR, el patrón de preexcitación y las alteraciones de repolarización podrían ser útiles para el diagnóstico diferencial y manejo clínico de estas patologías, mejorando la identificación de casos avanzados.

825/45. EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER A DIEZ AÑOS DE DIFERENCIA

María Inmaculada de León Zulategui,
Virginia Pérez Ramírez, Sara Ballesteros Pradas
y Francisco Javier Molano Casimiro

Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer. Nuestro objetivo con este estudio es estudiar la evolución del perfil clínico, del diagnóstico, tratamiento y pronóstico a diez años de diferencia.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico de dos cohortes de mujeres que ingresan en nuestro centro por SCA con diez años de diferencia (2009 y 2019).

Resultados: Incluimos un total de 401 mujeres. La probabilidad de cardiopatía isquémica previa se multiplicaba por 1,66 veces en 2009 frente a 2019. Siendo en este primer grupo más frecuente la revascularización incompleta. No encontramos diferencias significativas en el tipo de SCA que motivó el ingreso. Evidenciamos un aumento en la realización de pruebas no invasivas como la ecocardiografía en estos diez años (70,8 a 84,6%), sin encontrar diferencias significativas en la FEVI al alta. En cuanto al tratamiento en el momento agudo, en 2009 se hacía significativamente más fibrinólisis (5,8 vs. 1,7%) y menor número de cateterismos (56,5 vs. 76%). Además, era más probable la revascularización incompleta, aunque sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,065$). No hubo diferencias en la forma de revascularización (percutánea vs. quirúrgica), siendo más frecuente en ambas cohortes la percutánea. No encontramos diferencias significativas en relación con los eventos al mes (MACE) o muertes intrahospitalarias. Sin embargo, en 2009 la no realización de cateterismo se relacionó con mayor número de MACE ($p = 0,005$), asociación que no se mantuvo en 2019. Por otro lado, la prevalencia de muerte intrahospitalaria fue > 4 veces más frecuente si no se realizaba cateterismo en ambas cohortes.

Conclusiones: En nuestro centro, hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a los FRCV en ambas cohortes. En 2019 destaca el aumento en la incidencia de dislipemia y tabaquismo. De la misma forma que en 2009 destaca el peor control glucémico y la mayor incidencia de cardiopatía isquémica previa y, dentro de este grupo, la ausencia de revascularización. Además, en 2009 se realizaron menor número de cateterismos con respecto a 2019. Este hecho, se relacionó con mayor prevalencia de muerte intrahospitalaria y de MACE al mes. Por lo que, la realización de cateterismo precoz supondría un mejor pronóstico a corto y largo plazo.

825/46. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL USO DE BALÓN LIBERADOR DE PACLITAXEL EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

José Andrés del Valle Montero¹,
Miguel Ángel Montilla Garrido¹, Elena Izaga Torralba¹,
María Jessica Roa Garrido¹, Alba Abril Molina²
y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Cardiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: La intervención coronaria percutánea primaria con stents liberadores de fármacos se ha convertido en el gold estándar en el infarto agudo con elevación del ST (IAMCEST), sin embargo, los eventos relacionados con el stent persisten. En dicho contexto, la angioplastia con balones recubiertos de fármacos es una estrategia novedosa con evidencia creciente pero todavía escasa. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la angioplastia simple mediante el uso de balón liberador de paclitaxel en la arteria responsable de un IAMCEST en nuestro centro desde octubre de 2019 hasta septiembre de 2024.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó pacientes con IAMCEST sometidos a revascularización del vaso responsable exclusivamente mediante balones liberadores de paclitaxel. Se realizó seguimiento de trombosis, IAM y mortalidad cardiovascular y por todas las causas a 1 mes, 6 meses y 1 año, con mediana de seguimiento de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, 29 hombres (78,4%), con una edad media de 58 años. El 18,9% eran fumadores activos, 59,5% exfumadores y 21,6% nunca fumadores. Se identificó DM2 en 25 pacientes (67,6%), HTA en 17 (45,9%) y dislipemia en 21 (56,8%). 8 pacientes tenían cardiopatía isquémica crónica con revascularización previa. El 83,8% presentó IAMCEST en vaso nativo y el 16,2% IAMCEST por trombosis de stent previo. Los vasos más afectados fueron la ADA media (18,9%), la ADA proximal y la diagonal (10,8% cada una). Solo dos casos fueron bifurcaciones (Medina 1.0.0). Se realizó predilatación en 32 pacientes con balón semicompliante, 3 con balón no compliante y 2 *scoring balloon*. Se usaron 31 balones Sequent y 6 Prevail (diámetro medio de 3 mm, longitud 25 mm). El 5,4% presentó fenómeno no reflow, tratado con tirofiban y adenosina. Se logró flujo TIMI 3 en todos ellos. No hubo trombosis ni IAM en seguimiento a 1, 6 y 12 meses, solo una muerte de causa infecciosa.

Conclusiones: Los datos del estudio demuestran que la angioplastia simple mediante balón liberador de paclitaxel en la arteria responsable de IAMCEST es eficaz y segura, con una baja tasa de complicaciones inmediatas y sin eventos adversos a 1 año de seguimiento.

825/47. HOSPITALIZACIONES POR EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES A LO LARGO DE LA VIDA EN PACIENTES DE 75 AÑOS O MÁS CON SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO: DATOS DEL REGISTRO CICCOR

Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Martín Ruiz Ortiz¹,
Elías Romo Peña¹, Mónica Delgado Ortega¹,
Ana Rodríguez Almodóvar², Fátima Esteban Martínez³,
Manuel Anguita Sánchez¹, José López Aguilera¹,
María Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Unidad de técnicas diagnósticas no invasivas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Área de pruebas funcionales e imagen cardiaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Existe información limitada sobre la carga de morbilidad cardiovascular mayor en pacientes ancianos con síndromes coronarios crónicos (SCC) a lo largo de la vida. Nuestro objetivo fue investigar la incidencia acumulada de hospitalizaciones por eventos cardiovasculares mayores (ECM) a lo largo de la vida en pacientes de 75 años o más con SCC e identificar predictores clínicos de dichos eventos.

Métodos: Se incluyó en un estudio prospectivo a todos los pacientes ambulatorios consecutivos con SCC atendidos entre enero 2000 y diciembre 2008 en un hospital terciario, y se les realizó seguimiento hasta su fallecimiento. Se registraron todos los ECM que precisaron un ingreso (hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca [IC], infarto agudo de miocardio [IAM] e ictus/accidente isquémico transitorio [AIT]) y se calculó la incidencia acumulada de cada evento y la combinación de todos ellos, considerando la muerte sin ingreso como evento competitivo. Se buscaron predictores de eventos univariantes y multivariantes (Cox).

Resultados: De 421 pacientes incluidos, 414 habían fallecido al 31 diciembre-2024 constituyendo la muestra del estudio. La edad media fue 79 ± 4 años, 36% mujeres. Tras un seguimiento de 22 años (mediana 7 años, p25-75 de 4-11 años), 198 pacientes (48%) presentaron al menos un ECM (122 pacientes tuvieron 209 hospitalizaciones por IC, 49 pacientes sufrieron 58 IAM y 74 pacientes ingresaron por 81 episodios de ictus/AIT). Las incidencias acumuladas a los 5, 10 y 20 años fueron del 30%, 41% y 48% para cualquier evento. Diversas variables clínicas y de tratamiento se asociaron con la incidencia del primer evento. En el análisis multivariante, los predictores independientes de sufrir una hospitalización por ECM fueron la hipertensión (HR: 1,58 [IC95%: 1,15-2,18], $p = 0,005$), la diabetes (HR: 1,38 [1,03-1,85], $p = 0,031$), la IC previa (HR: 2,52 [1,59-4,01], $p = 0,000$) y la fibrilación auricular (HR: 1,68 [1,13-2,50], $p = 0,011$).

Conclusiones: En este estudio prospectivo y monocéntrico, casi la mitad de los pacientes de edad avanzada con SCC fueron hospitalizados por un evento cardiovascular importante a lo largo de su vida. La insuficiencia cardíaca fue el evento más frecuente. Diversas variables clínicas podrían ser útiles para estratificar el riesgo de eventos.

825/48. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA EV-BRD INDUCIDA POR EJERCICIO EN LA IDENTIFICACIÓN DE FIBROSIS MIOCARDICA EN LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO

Elena Sola García¹, Francisco José Bermúdez Jiménez², Carlos Federico Gómez Navarro³, José Ángel Urbano Moral¹, Rosa Macías Ruiz² y Juan Jiménez Jáimez²

¹Cardiología, Complejo Universitario de Jaén, Jaén. ²Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de miocardiopatía arritmogénica con afectación predominante del ventrículo izquierdo (MCAVI) se basa en criterios fenotípicos, genéticos e historia familiar. La detección de extrasístoles ventriculares con morfología de bloqueo de rama derecha (EV-BRD) inducidas por el ejercicio se ha propuesto como criterio menor para MCAVI, aunque no es específico de esta entidad. Nuestro objetivo fue evaluar su valor diagnóstico en la identificación de fibrosis miocárdica mediante realce tardío con gadolinio (RTG), y su asociación con eventos clínicos graves.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en tres grupos de pacientes: MCAVI ($n = 63$), miocardiopatía dilatada no arrit-

mogénica (MCD, $n = 20$) y controles sanos ($n = 20$). Se evaluaron parámetros clínicos y de ergometría, comparando la prevalencia de EV-BRD mediante pruebas estadísticas univariantes (Fisher y Wilcoxon) y aplicando modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de EV-BRD fue del 63,8% en MCAVI frente al 21,1% en MCD ($p < 0,001$). Su sensibilidad y especificidad para detectar fibrosis fueron del 60,98% y 66,67% respectivamente. En MCAVI, la presencia de EV-BRD se asoció de forma independiente con fibrosis (OR = 10,22; $p = 0,0258$). Además, cada incremento unitario en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en resonancia incrementó los odds de fibrosis en un 12,3%, describiéndose un fenotipo que, pese a presentar valores mayores de FEVI, presenta más fibrosis. Se observó una tendencia a una mayor incidencia de eventos arrítmicos en pacientes con EV-BRD, con diferencias post hoc entre subgrupos ($p = 0,042$).

Conclusiones: La presencia de EV-BRD durante la ergometría presenta un valor diagnóstico moderado para fibrosis en MCAVI con una sensibilidad del 61% y una especificidad del 67%, con una asociación significativa con mayor riesgo de fibrosis (OR = 10,22) y con tendencia a un incremento en la incidencia de eventos arrítmicos. Estos hallazgos respaldan el uso de EV-BRD inducidos por el ejercicio como marcador útil para la estratificación del riesgo.

825/49. ABLACIÓN SEPTAL EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA. EXPERIENCIA EN VIDA REAL EN UN CENTRO CON EXPERIENCIA

José Andrés del Valle Montero, Óscar Lagos Degrande, Manuel Luque Pérez y Antonio Enrique Gómez Menchero

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) supone una causa frecuente de insuficiencia cardíaca (IC) debido al aumento del gradiente en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), lo que provoca un movimiento sistólico anterior (SAM) de la válvula mitral. El tratamiento inicial para controlar los síntomas es farmacológico, pero la ablación septal representa una alternativa cuando el tratamiento médico no es efectivo en la reducción del gradiente. Este estudio en vida real tiene como objetivo describir las características clínicas y basales de los pacientes sometidos a ablación septal en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a ablación septal entre octubre de 2011 y enero de 2025 en nuestro centro. Se recopilaron datos demográficos (sexo, comorbilidades), síntomas limitantes (disnea, angina, síncope) y tratamiento farmacológico, así como los gradientes hemodinámicos intra y posprocedimiento.

Resultados: De los 37 pacientes incluidos en el estudio, 17 (45,9%) eran hombres y 20 (54,1%) mujeres. Dos (5,4%) presentaban MCH concéntrica, dos (5,4%) apical y 33 (89,2%) septal. El 70,3% de los pacientes tenían hipertensión arterial (HTA) concomitante. Los síntomas limitantes fueron predominantemente disnea (94,6%), seguido de angina (2,7%) y síncope cardiogénico (2,7%). La clase funcional de la NYHA predominante fue III (89,2%), con el 10,8% restante en clase II. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 100% de los pacientes recibieron bloqueadores beta, 5 (13,5%) antagonistas del calcio no dihidropiridínicos y 31 (83,8%) disopiramida, que no fue administrada en el resto por efectos secundarios. El pro-

cedimiento fue efectivo en 35 pacientes (94,6%), mientras que en 2 (5,4%) no se logró la reducción del gradiente. El gradiente hemodinámico preprocedimiento fue de $59 \pm 36,76$ mmHg y posprocedimiento de $26,61 \pm 21,18$ mmHg, alcanzando la troponina T ultrasensible un valor máximo medio de $2.802,55 \pm 1.228,84$ ng/ml.

Conclusiones: Los resultados muestran que la MCHO con afectación septal tiene una alta prevalencia en nuestros pacientes, los cuales presentan un control deficiente del gradiente en el TSVI con tratamiento farmacológico. La ablación septal, como tratamiento de segunda línea, resulta efectiva en la reducción del gradiente intraprocedimiento y debe considerarse una opción para pacientes que no responden a la terapia farmacológica.

825/50. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA: RESULTADOS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN LA VIDA REAL

José Andrés del Valle Montero, Óscar Lagos Degrande, Manuel Luque Pérez, Elena Izaga Torralba, María Jessica Roa Garrido y Antonio Enrique Gómez Menchero

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) es una enfermedad caracterizada por un engrosamiento del ventrículo izquierdo, que puede generar obstrucción al flujo sanguíneo y síntomas como disnea, angina y síncope. La ablación septal es una opción terapéutica para aquellos pacientes con síntomas refractarios al tratamiento médico. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de la ablación septal en vida real, analizando su eficacia y las complicaciones asociadas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a ablación septal entre octubre de 2011 y enero de 2025 en nuestro centro. Se recopiló datos sobre características basales, tratamiento farmacológico, gradientes pre y posablación y complicaciones asociadas.

Resultados: Analizamos a 37 pacientes sometidos a ablación septal, 20 (54,1%) eran mujeres y 17 (45,9%) hombres. El fenotipo más frecuente fue la hipertrofia de predominio septal (89,2%). En cuanto al tratamiento farmacológico, el 100% de los pacientes recibieron bloqueadores beta, y 31 (83,8%) asociaron disopiramida. Seis pacientes (16,2%) tenían marcapasos (MP) por trastornos de conducción, y dos (5,4%) presentaban implante de desfibrilador automático implantable (DAI). El procedimiento se realizó en un 100% de los casos por acceso radial. El gradiente medio basal antes de la ablación fue de $70,38 \pm 31,91$ mmHg, reduciéndose a $29,86 \pm 25,14$ mmHg tras la intervención. El gradiente post-Valsalva pasó de $100,97 \pm 34,62$ mmHg a $46,38 \pm 33,40$ mmHg. El procedimiento fue exitoso en 35 pacientes (95,6%). En dos casos no se logró la reducción del gradiente: uno debido a la falta de septales óptimas y otro por la presencia de insuficiencia mitral, derivándose este último a miectomía. En cuanto a las complicaciones, 4 pacientes (10,8%) presentaron bloqueo auriculoventricular completo (BAVc) permanente con necesidad de MP definitivo, y 7 pacientes (18,9%) BAVc transitorio. Además, hubo un caso de ictus y otro de taquicardia ventricular que requirió implante de DAI al alta. En el seguimiento se registraron 3 éxitos (8,1%), dos de causa cardiovascular.

Conclusiones: La ablación septal mostró una alta tasa de éxito (95,6%) en la reducción del gradiente obstructivo, con tras-

tornos de conducción como las complicaciones más frecuentes, requiriendo especial atención a los eventos cardiovasculares graves y una vigilancia estrecha posprocedimiento.

825/51. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA. IMPORTANCIA DE LA TITULACIÓN DE FÁRMACOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Antonia Cepas Sosa, Ana Belén Muñoz Villarreal y María Luisa Luque Serrano

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) ha cobrado mucha importancia el papel cada vez más activo del personal de enfermería en el abordaje de esta enfermedad, debido sobre todo a su colaboración en una mejor educación del paciente y familiares en los cuidados de esta enfermedad, así como en la titulación de fármacos modificadores del pronóstico de la enfermedad (ARNI, BB, iSGLT2 y ARM). El objetivo de este estudio es conocer el efecto en la titulación de fármacos tras la apertura de una consulta de enfermería especializada en una UIC de hospital terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC con FEVI reducida (ICFER) atendidos en UIC entre enero de 2018 a septiembre de 2020. Se compararon pacientes que fueron atendidos y seguidos por enfermería especializada en IC (EE-IC, Grupo 1) con aquellos que tuvieron un seguimiento clínico solo por su médico responsable (No EE-IC, Grupo 2). Se compararon los porcentajes de prescripción de tratamiento de fármacos modificadores del pronóstico de ICFER, antes y tras finalizar el periodo de seguimiento.

Resultados: Se analizaron 411 pacientes, de los cuales 85 fueron atendidos en EE-IC (20,7%, Grupo 1) y 326 (79,3%, No EE-IC, Grupo 2). Apenas había diferencias en las características basales entre grupos, salvo que en el Grupo 1 los pacientes había más proporción de IC de novo (71,7 vs. 50,9%; $p = 0,001$), y una mayor proporción de prescripción de ARM basal (85,9 vs. 78,8%; $p = 0,013$). En el grupo de pacientes atendido en EE-IC hubo una mayor prescripción de ARNI al final de seguimiento (+31,7 vs. +23,3%, $p < 0,001$), de BB (+2,4 vs. -5,8%, $p < 0,001$) iSGLT2 (+24,7 vs. +17,8%, $p < 0,001$) así como una mayor deprescripción de diuréticos de asa (-16,7 vs. -6,7% $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con ICFER atendidos en una consulta de EE-IC alcanzan porcentajes de prescripción más elevados de fármacos modificadores del pronóstico de enfermedad como son los ARNI, BB e iSGLT2, así como una mayor deprescripción de diuréticos de asa.

825/52. ESTRATEGIA INVERTED PROVISIONAL EN LESIONES DE TRONCO CORONARIO. MÁS QUE UNA TÉCNICA

Javier Herrera Flores, Jorge Perea Armijo, Javier Suárez de Lezo Tejeda, Ignacio Gallo Fernández, Álvaro Roldán Guerra, Cristina Urbano Sánchez, Francisco Hildago Lemes, Miguel Romero Moreno, Soledad Ojeda Pineda y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La revascularización percutánea de lesiones de ostium de la arteria circunfleja sin afectación de arteria descendente anterior (Medina 1.0.1 y 0.0.1) representa

un desafío debido a una mayor tasa de eventos en el seguimiento y su complejidad anatómica, por su contenido de fibras elásticas, carga de calcio y angulación. La técnica *inverted* provisional presenta buenos resultados en bifurcaciones, aunque su evidencia es escasa en este escenario. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y los resultados a medio y largo plazo obtenidos con la técnica *inverted* provisional en estas lesiones.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes consecutivos tratados mediante técnica *inverted* provisional en lesión del tronco coronario izquierdo Medina 1.0.1 y 0.0.1 entre 2017 y 2024. El evento primario fue revascularización de la lesión diana (RLD), infarto agudo de miocardio y mortalidad por cualquier causa.

Resultados: Un total de 30 pacientes fueron incluidos con una edad media de $72,03 \pm 10,35$ años, de los cuales 20 pacientes tuvieron una lesión 0-0-1 (66,7%) y 10 pacientes con lesión 1-0-1 (33,3%). Hubo un predominio de sexo masculino (73,3%) y un 40% de diabetes mellitus. En 46,7% tuvo dominancia izquierda o balanceada, 83,3% calcificación moderada-grave por angiografía y una circunfleja de gran tamaño, mayor a la descendente anterior (3,48 mm vs. 3,16 mm; $p < 0,01$). La tasa de éxito inmediato fue del 100% y, en el seguimiento, el evento combinado MACE ocurrió en 8 pacientes (26,7%) y RLD en 4 pacientes (13,3%), no habiendo diferencias según el tipo de bifurcación.

Conclusiones: La técnica *inverted* provisional fue segura y efectiva en lesiones de tronco coronario izquierdo con clasificación Medina 0.0.1 y 1.0.1. Dicha técnica puede ser razonable en pacientes dominancia izquierda o balanceada y circunfleja de gran tamaño, sin diferencias de eventos entre el tipo de bifurcación.

825/53. PREVALENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA HIPOCLOREMIA AL INGRESO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Nouha Vanessa Yacub Briceño, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Cabello Terrón, Jesús Alberto Torres Zamudio, Juan Diego Martín Díaz, Enrique Enrile Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Rafael González Manzanares y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Los trastornos hidroelectrolíticos son frecuentes en la insuficiencia cardiaca (IC). Aunque se conoce que la hiponatremia es un factor de mal pronóstico, existe escasa evidencia relacionada con la hipocloremia (HC). Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia e impacto pronóstico de la HC en la IC aguda.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados por IC aguda durante el primer trimestre de 2024. La HC se definió como cloro sérico = 98 mEq/l . Se analizaron las características clínicas y la incidencia de mortalidad y reingresos hospitalarios por IC durante un año de seguimiento, comparando pacientes con y sin HC.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes, que presentaron una edad media 70 ± 13 años, 45% fueron mujeres y el 37% tenían IC con fracción de eyección preservada. Un total de 33 (23,4%) pacientes presentaron HC al ingreso. Los pacientes con HC tenían un sodio al ingreso significativamente menor ($130 \pm 6 \text{ mEq/l}$ vs. $139 \pm 4 \text{ mEq/l}$ [$p < 0,001$]). No hubo diferencias en la kalemia, los niveles de NT-proBNP ni en el tratamiento durante el ingreso entre los subgrupos. La mortalidad hospitalaria fue del 5,6%, con una

tendencia no significativa a ser mayor (casi 4 veces) en el grupo de HC (12,1% frente a 3,7%; $p = 0,085$). La supervivencia global a largo plazo fue significativamente inferior en los pacientes con HC ($p = 0,003$), al igual que la supervivencia libre de reingresos por IC ($p = 0,03$). Estos hallazgos se mantuvieron estadísticamente significativos tras ajustar por la presencia de hiponatremia al ingreso en cuanto a la mortalidad (HR 2,3, IC95% 1,13-4,84], $p = 0,022$), pero no para el evento combinado (HR 1,69 [IC95% 0,90-3,18], $p = 0,105$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, la HC al ingreso se asoció con mayor riesgo de mortalidad y reingresos por descompensaciones durante el seguimiento.

825/54. DINÁMICA DEL CLORO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA E IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DURANTE EL SEGUIMIENTO

Nouha Vanessa Yacub Briceño, Martín Ruiz Ortiz, Manuel Cabello Terrón, Jesús Alberto Torres Zamudio, Enrique Enrile Sánchez, Juan Diego Martín Díaz, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Rafael González Manzanares y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La hiponatremia como factor pronóstico en la insuficiencia cardiaca (IC) ha sido ampliamente estudiada; sin embargo, estudios recientes sugieren que la hipocloremia (HC) también se asocia a peores resultados, incluyendo aumento de mortalidad y tasa de reingreso. El rol de las variaciones del cloro sérico durante la hospitalización es aún controvertido, pues los estudios difieren en su impacto pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte de pacientes hospitalizados por IC aguda durante el primer trimestre de 2024, en quienes se determinó niveles séricos de cloro al ingreso y al alta, así como otras variables clínicas, tratamiento e incidencia de eventos (mortalidad, reingresos por IC), los cuales fueron seguidos durante 1 año. Se identificaron 4 grupos: grupo 1 incluye individuos con HC al ingreso y al alta; grupo 2 normocloremia al ingreso y al alta; grupo 3 HC al ingreso con normocloremia al alta; y grupo 4 normocloremia al ingreso y HC al alta. Se analizó la dinámica del cloro y el impacto en la supervivencia en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes (edad media 70 ± 13 años; mujeres 46%). El grupo 1 representó un 11%, el grupo 2 52%, el grupo 3 10% y el grupo 4 27%. No hubo diferencias en edad, sexo, función renal (calculado por FG), FEVI, NT-proBNP y potasio al ingreso, ni en el tratamiento diurético recibido, a excepción de suero hipertónico. La mortalidad tras el ingreso fue del 28%, con una tendencia no significativa a ser mayor en el grupo 1 seguido del grupo 3; a su vez, el grupo de menor mortalidad fue el grupo 2 (57% y 31% frente a 22%, respectivamente; $p = 0,071$). La supervivencia global a largo plazo fue significativamente inferior en los grupos de pacientes con HC al ingreso, ($p = 0,013$), al igual que la supervivencia libre de reingresos por IC ($p = 0,17$).

Conclusiones: La HC al ingreso se asocia con mayor mortalidad reingreso por insuficiencia cardiaca durante el seguimiento, aunque el impacto sobre la mortalidad podría ser menor si se corrigen los niveles durante la hospitalización.

825/55. REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA DE BORDE A BORDE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Rafael González Manzanares¹, Soledad Ojeda Pineda¹, Fernando Carrasco Chinchilla², Jose D. Martínez Carmona², Tomás Benito González³, Isaac Pascual Calleja⁴, Luis Nombela Franco⁵, Ana M. Serrador Frutos⁶, Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ⁴Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁵Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Cardiología, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid.

Introducción y objetivos: Los pacientes con antecedente de cáncer presentan un mayor riesgo de insuficiencia mitral (IM) debido a la exposición a tratamientos cardiotóxicos, pero estuvieron infrarrepresentados en los ensayos clínicos sobre la reparación mitral percutánea de borde a borde (M-TEER). Nuestro objetivo fue Evaluar la eficacia y seguridad del procedimiento M-TEER en esta población.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y multicéntrico utilizando datos del registro español M-TEER. Se emparejaron pacientes con y sin diagnóstico oncológico previo en una proporción 1:1 mediante emparejamiento por puntuación de propensión (PSM). El objetivo primario fue un compuesto de mortalidad por cualquier causa o ingreso hospitalario no programado por insuficiencia cardíaca a medio plazo. Los objetivos secundarios fueron el grado de IM residual y la clase funcional NYHA al año.

Resultados: Un total de 1.237 pacientes (73 ± 11 años, 34% mujeres) se sometieron a M-TEER entre 2012 y 2022 en 14 centros de España. De ellos, 164 (13,3%) presentaban diagnóstico oncológico previo. Las neoplasias más frecuentes fueron mama (20,9%), leucemia/linfoma (19,6%) y colorrectal (12,3%). La etiología de la IM se asoció con el tipo de cáncer ($p < 0,001$). El PSM dio lugar a 163 pares. Los resultados periprocedimiento fueron similares entre los grupos. Tras una mediana de seguimiento de 24 meses (RI: 11–43), el objetivo primario se presentó en 80 pacientes (49,1%) del grupo oncológico y en 69 (42,3%) del grupo control (HR: 1,23; IC95%: 0,89–1,70; $p = 0,202$). Al año, no se observaron diferencias en el grado de IM residual ni en la clase funcional NYHA entre los grupos.

Conclusiones: Un diagnóstico de cáncer previo no se asoció con una mayor mortalidad a medio plazo, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca ni peores resultados funcionales o ecocardiográficos al año tras el M-TEER, lo que respalda su seguridad y viabilidad en el contexto de la cardio-oncología.

825/56. CARACTERÍSTICAS DE LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO

Gloria María Heredia Campos, Adriana Resua Collazo, Rafael González Manzanares, Jorge Perea Armijo, Ignacio Gallo Fernández, Amador José López Granados, Francisco José Hidalgo Lesmes, José López Aguilera, Soledad Ojeda Pineda y Manuel Crespín Crespín

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El trasplante cardíaco (TC) es el tratamiento de elección en la insuficiencia cardíaca avanzada. Sin embargo, es un recurso limitado, siendo muy importante el estudio exhaustivo de los candidatos para realizar una adecuada selección.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de práctica clínica real, en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a TC en nuestro hospital desde 1986 a 2024. Se recogieron las características de los pacientes antes del trasplante: variables clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas y terapéuticas.

Resultados: De 685 trasplantados cardíacos el 76,5% eran hombres, la edad era 53 años (43–59). Un 47,3% eran grupo A, 9,9% grupo B, 4,8% grupo AB y 38% grupo O. En cuanto a los FRCV y otras comorbilidades encontramos un 28,3% de HTA, 19% de DM, 36,4% de dislipemia, 28,3% de hiperuricemia, 14,9% de EPOC, 4,2% de enfermedad arterial periférica, 24,2% de insuficiencia renal, un 25,1% de elevación de enzimas hepáticas y 7,3% de infecciones. El 21,2% se había sometido a una cirugía extracorpórea. El 69,8% presentaban hipertensión pulmonar con los siguientes valores: PAPm 28 mmHg (19–37), PCP 21 mmHg (13–29), GTP 8 mmHg (5–11) y RVP 2UW (1–3). Respecto a la cardiopatía de base: 36,9% miocardiopatía (MCD) idiopática, 36% MCD isquémica, 8,5% valvulopatía, 3,8% MCD hipertrófica, 3,2% cardiopatía congénita, 3,1% restrictiva, 2,5% MCD familiar, 1,5% miocarditis, 1% retrasplante, 0,7% cardiotoxicidad, 0,6% amiloidosis, 0,4% MCD enólica, 0,3% MCD posparto y 0,1% fibrosis endomiocárdica y restrictiva posradioterapia. La mediana de FEVI fue del 20% (17–27). La NYHA fue I 6,9%, II 40%, III 53,1% y IV 53,1%. El 20,7% recibieron inotrópicos y el 22,3% amiodarona, el 22,3% eran portadores de DAI y el 11,1% de TRC. Se utilizó puente al trasplante balón de contrapulsación en 6,1%, ECMO VA en 4,4%, dispositivos de flujo continuo en 1,2% y pulsátil en 0,3%. En el momento del trasplante el 59,7% estaban en domicilio, el 23,7% en planta de hospitalización y el 16,6% en cuidados intensivos.

Conclusiones: El mayor conocimiento de las características de los receptores de TC nos permite seleccionar a los candidatos más aptos para conseguir un mayor beneficio de una terapia limitada por el número de donantes.

825/57. EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LOS DATOS ELECTRÓNICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INFARTO DE MIOCARDIO EN ENSAYOS CLÍNICOS DE CÁNCER

Rafael González Manzanares¹, Macey Murray², Duncan Gilbert² y Sharon Love²

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²MRC Clinical Trials Unit at University College London, Londres (Reino Unido).

Introducción y objetivos: La seguridad cardiovascular (CV) es un aspecto clave en los ensayos clínicos oncológicos. Los datos electrónicos del sistema de salud (Health System Data, HSD) pueden facilitar la detección de eventos CV reduciendo la carga de los estudios y haciéndolos más costo-eficientes. El algoritmo computacional SCORE-CVD-MI (SCVD) podría optimizar la identificación de infarto de miocardio (IAM) utilizando HSD de hospitalizaciones del sistema de salud británico (NHS HES-APC). El objetivo es evaluar la viabilidad de identificar eventos de IAM en un ensayo clínico oncológico utilizando HSD y el SCVD.

Métodos: Estudio de comparación de utilidad de datos (Data Utility Comparison Study) sobre IAM hospitalarios, comparando datos clínicamente revisados de un ensayo clínico aleatorizado en cáncer de próstata con datos enlazados de HES-APC, que recopila todas las hospitalizaciones del NHS. Los IAM de HES-APC se identificaron mediante dos métodos: códigos CIE-10 convencionales (cHES) y el algoritmo computacional SCVD. Utilizamos métodos estadísticos frecuentistas

convencionales (Kappa, Cox, etc.), salvo para el cálculo de la sensibilidad y especificidad, que utilizamos un modelo bayesiano (*latent class model*) con distribución a priori no informativa.

Resultados: Se incluyeron 6.901 participantes del ensayo con 44.405 episodios HES-APC (1A-B). Durante una mediana de seguimiento en el ensayo de 21,2 meses (5,7-65,9), se reportaron 91 IAM en 90 participantes (1,3%). El algoritmo SCVD identificó 84 (92,3%) de estos eventos, y cHES 83 (91,2%) (1C). La concordancia entre SCVD y el ensayo fue de moderada a alta (kappa: 0,793; IC95%: 0,770-0,817), y superior a la observada entre cHES y el ensayo (kappa: 0,722; IC95%: 0,700-0,745) ($p = 0,001$). El resultado fue consistente en el análisis de subgrupos según tratamiento (1D). La sensibilidad y especificidad del algoritmo SCVD fueron 0,99 (95% CrI: 0,99-0,99) y 0,95 (95% CrI: 0,88-0,99), respectivamente. Los análisis de tiempo al primer evento fueron comparables entre SCVD y el ensayo [HR (IC95%): 1,23 (0,93-1,64); $p = 0,148$] (1E).

Conclusiones: La identificación de IAM hospitalarios en un ensayo clínico oncológico utilizando datos de HES-APC fue factible y precisa. El algoritmo SCVD superó al enfoque convencional, ofreciendo un método prometedor y reproducible para la identificación de IAM en ensayos clínicos de cáncer y en pacientes oncológicos.

825/58. EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDIACO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS

Gloria María Heredia Campos,
Consuelo Fernández-Avilés Irache,
Rafael González Manzanares, Jorge Perea Armijo,
Ignacio Gallo Fernández, Amador José López Granados,
José López Aguilera, Manuel Anguita Sánchez,
Soledad Ojeda Pineda y Manuel Crespín Crespín

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Desde su inicio en la década de los 80 ha habido un cambio importante en las características de los receptores de trasplante cardíaco (TC), tanto en el tipo de cardiopatía, en el diagnóstico y en las opciones terapéuticas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de práctica clínica real, en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a TC en nuestro hospital. Se recogieron las características de los pacientes antes del trasplante: variables clínicas, ecocardiográficas, hemodinámicas y terapéuticas. Se clasificaron dependiendo del año del trasplante en 3 grupos: Grupo 1 1986-200, Grupo 2 2001-2012 y Grupo 3 2012-2024.

Resultados: El número de pacientes en el Grupo 1 fue 318, en el Grupo 2 191 y en el Grupo 3 176. No encontramos diferencias en la edad, el sexo, el IMC ni el grupo sanguíneo. Respecto a los FRCV y otras comorbilidades únicamente encontramos diferencias en la presencia de EPOC (22,37 vs. 10,5 vs. 6,3%; $p < 0,05$) y cirugía extracorpórea previa (27,7 vs. 21,5 vs. 9%; $p < 0,05$). Encontramos diferencias significativas en la cardiopatía de base ($p < 0,05$): MCD idiopática (40 vs. 38,7 vs. 29%), MCD isquémica (40,9 vs. 35,1 vs. 28,4%), valvulopatía (11,9 vs. 4,7 vs. 6,3%), MCD hipertrófica (0,9 vs. 3,1 vs. 9,7%), cardiopatía congénita (1,6 vs. 5,8 vs. 5,1%), restrictiva (0,3 vs. 5,8 vs. 5,1%), MCD familiar (0 vs. 0,5 vs. 9%), miocardiitis (0,9 vs. 0,5 vs. 3,4%), retrasplante (0,9 vs. 1,6 vs. 0,6%), cardiotoxicidad (0,6 vs. 0 vs. 1,7%), amiloidosis (0,3 vs. 0,5 vs. 1,1%), MCD enólica (0,3 vs. 0,5 vs. 0,6%), MCD postparto (0,3 vs. 0,5 vs. 0%) fibrosis endomiocárdica y restrictiva posradio-terapia (0 vs. 0 vs. 0,6%) y otros (0,6 vs. 2,6 vs. 0,6%). También encontramos diferencias en la prevalencia de HTP (76 vs.

71,7 vs. 57%; $p < 0,05$), de portadores de DAI (0,9 vs. 27,7 vs. 55,1%; $p < 0,05$) y TRC (0 vs. 14,1 vs. 27,8%; $p < 0,05$) así como en la NYHA ($p < 0,05$) I (0 vs. 0,5 vs. 0,6%), II (3 vs. 4,7 vs. 14,8%), III (34 vs. 44 vs. 46,6%) y IV (63 vs. 50,8 vs. 38%). Objetivamos diferencias en las asistencias puente a trasplante ($p < 0,05$): Balón de contrapulsación (3,8 vs. 13,6 vs. 2,3%), ECMO VA (0 vs. 2,1 vs. 14,8%), DAV continua (0 vs. 1,1 vs. 3,4%) y DAV pulsátil (0 vs. 0 vs. 1,1%). También encontramos diferencias significativas en la situación en el momento del trasplante ($p < 0,05$): en domicilio (52,5 vs. 69,6 vs. 62%), en planta de hospitalización (36,2 vs. 15,2 vs. 10,2%) y en unidad de cuidados intensivos (11,3 vs. 15,2 vs. 27,8%).

Conclusiones: Observamos una evolución en las características de los receptores de TC con un diagnóstico más preciso, un cambio en la elección de asistencias ventriculares puente a trasplante y en la indicación de DAI y TRC y una tendencia a trasplantar a pacientes en una situación menos avanzada, con NYHA más bajas y menos porcentaje de HTP.

825/59. CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA TRAS HEMORRAGIA GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER: DATOS REALES DEL REGISTRO PERSEO

Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Martín Ruiz Ortiz¹,
Jose Javier Sánchez Fernández², Alejandro Reina Moreno³,
Carlos del Toro Esperón⁴, Ana María Martínez Rodríguez⁵,
Ismael Arco Adamuz⁶, Andrea García García²,
Virginia Pérez Ramírez⁷ y Alejandro Recio Mayoral³

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

³Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

⁴Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁶Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁷Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo principal fue investigar la frecuencia, factores asociados e impacto en eventos de una estrategia de cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular (FA) y cáncer que sobreviven a un evento hemorrágico grave frente a los manejados médicamente.

Métodos: El registro PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia grave en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) fue un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a todos los pacientes consecutivos dados de alta vivos desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022, tras una hemorragia intracraneal o una hemorragia digestiva grave, que estuvieran previamente anticoagulados por FA, en todos los hospitales públicos andaluces con programa de cierre percutáneo de orejuela, y que pudieran ser elegibles tanto para CPOI como para tratamiento anticoagulante directo. Este análisis se centra en los pacientes con diagnóstico de cáncer en los 5 años previos. Se registró la frecuencia de CPOI en el seguimiento, las características diferenciales con aquellos pacientes manejados médicamente y el impacto de esta estrategia sobre los eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 1.403 pacientes, de los cuales 224 tenían un diagnóstico de cáncer en los 5 años previos. La mediana de edad fue de 82 años [p25-75, 76-86 años]. Se realizó un procedimiento CPOI en 15 (6,7%) en una mediana de tiempo de 9 [4-13] meses tras el alta. El cierre de orejuela se asoció de forma independiente con una edad más joven, insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular izquierda, leucemia y eventos hemorrágicos previos. Tras el procedi-

miento, los 15 pacientes tratados con la estrategia CPOI tuvieron una mejor supervivencia global, mejor supervivencia libre de eventos embólicos, de cualquier hemorragia y cualquier evento embólico o hemorrágico a los 18 meses, aunque todas las comparaciones fueron no significativas.

Conclusiones: En este grupo de pacientes, solo 6,7% fueron manejados con una estrategia CPOI. Varias características basales se asociaron de forma independiente con este enfoque. Aunque observamos numéricamente menos eventos en los pacientes tratados con CPOI, la potencia estadística fue insuficiente para obtener resultados concluyentes en este punto.

825/60. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA (A) ELEVADA QUE REALIZAN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Francisco Javier Escalona García¹, Ignacio Ferrer Luján¹, Vicente Jurado Vinteoño¹, Manuel Núñez Ruiz¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente³, Yolanda Prieto Valiente⁴, Carlos Delgado Barrios¹, Rafael Jesús Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Enfermería, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Fisioterapia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardiaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La lipoproteína (a) es un factor de riesgo cardiovascular emergente, con efectos independientes de los factores clásicos y fuerte base genética. Se estima una prevalencia del 25-30% en la población general, mayor en mujeres. Sin embargo, su comportamiento en pacientes con cardiopatía establecida sigue poco descrito. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre los niveles de lipoproteína (a) y variables clínicas y analíticas en pacientes que realizaron un Programa de Rehabilitación Cardiaca en un hospital terciario. **Métodos:** Se incluyeron 550 pacientes que completaron un programa de rehabilitación cardiaca entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se recogieron datos clínicos, ergometría basal y final, calidad de vida (SF-36) y perfil analítico en tres momentos: ingreso, alta y finalización del programa. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado y t de Student según el tipo de variable.

Resultados: La edad media fue de 58 ± 9 años, con un 22% de mujeres. Presentaban HTA (55%), DM (29%) y hábito tabáquico (52%). La mayoría tenía síndrome coronario agudo (90%) y enfermedad coronaria (93%). Un 14% fue intervenido quirúrgicamente, el 56% con cirugía coronaria. Los niveles de lipoproteína (a) fueron < 50 mg/dl en el 71,6%, $50-120$ mg/dl en el 23,2% y > 120 mg/dl en el 5,2%. La Lp(a) elevada (> 50 mg/dl) fue más frecuente en mujeres (40 vs. 25%, $p = 0,001$) y en pacientes intervenidos (18 vs. 11%, $p = 0,047$). No se asoció con edad, HTA, DM, tabaquismo, IMC, función renal ni dislipemia aterogénica. Al inicio no hubo diferencias en colesterol LDL, pero al finalizar el programa, los pacientes con lipoproteína (a) elevada presentaron mayores cifras (65 ± 28 vs. 52 ± 16 mg/dl, $p = 0,000$), menor descenso del colesterol LDL (30 vs. 39%, $p = 0,020$) y menos pacientes en objetivos terapéuticos (35 vs. 64%, $p = 0,000$). La mejoría en capacidad funcional, calidad de vida y parámetros clínicos fue similar entre los grupos.

Conclusiones: En nuestra muestra de pacientes, la lipoproteína (a) elevada es más prevalente en mujeres y pacientes

intervenidos de cirugía cardiaca. No se encontró relación con la DM, función renal ni parámetros de dislipemia aterogénica. En cambio, los valores de colesterol LDL tras tratamiento, disminución de sus cifras y consecución de objetivos fue menor.

825/61. IMPACTO DEL CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA EN LOS EVENTOS TRAS HEMORRAGIA GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS REALES DEL REGISTRO PERSEO

Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Jaime Nevado Portero², Alejandro Recio Mayoral³, Javier Torres Llergo⁴, Laura Jordán Martínez⁵, José Luis Delgado Prieto⁶, Alejandro Isidoro Pérez Cabeza⁷, Livia Gheorghe⁸ y Sara Ballesteros Pradas⁹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

³Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁶Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Regional, Málaga. ⁷Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁸Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁹Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo principal fue investigar el impacto de la estrategia de cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) sobre los eventos en el seguimiento en pacientes con fibrilación auricular (FA) anticoagulados que sobreviven a un evento hemorrágico grave frente a aquellos tratados médicamente en Andalucía.

Métodos: El registro PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia severa en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) fue un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico que incluyó a todos los pacientes consecutivos dados de alta vivos del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022, tras una hemorragia grave intracranial o gastrointestinal, previamente anticoagulados por FA, en todos los hospitales públicos andaluces con programa de CPOI, y que podían ser elegibles tanto para CPOI como para tratamiento anticoagulante directo. El objetivo principal fue un compuesto de ictus/ataque isquémico transitorio, embolia sistémica, hemorragia grave o clínicamente relevante no grave o mortalidad por todas las causas durante el seguimiento. El objetivo secundario fue la mortalidad por cualquier causa.

Resultados: Se incluyeron 1.403 pacientes procedentes de 15 hospitales. La mediana de edad fue de 81 años [p25-75, 76-87 años]. Se realizó un procedimiento CPOI en 114 pacientes (8,13%) en una mediana de 5 [2-10] meses tras el alta. Tras el procedimiento, los pacientes tratados con la estrategia CPOI tuvieron una mejor supervivencia tanto global (82 frente a 64%, $p = 0,002$) como libre del evento combinado (66 frente a 49%, $p = 0,016$) a los 24 meses de seguimiento en el análisis de Kaplan-Meier. Tras el ajuste multivariante este beneficio se mantuvo para la estrategia CPOI, con HR 0,65 [0,46-0,92], $p = 0,016$ para el evento combinado y HR 0,52 [0,32-0,86], $p = 0,011$ para la mortalidad.

Conclusiones: En este grupo de pacientes solo el 8,13% de ellos fueron manejados con una estrategia de cierre de orejuela. Esta se asoció con una incidencia significativamente menor del evento combinado y de muerte por todas las causas en el análisis univariado y multivariado en comparación con el manejo médico.

825/62. ¿IMPORTAN LAS CIFRAS DE TG EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA?

Manuel Núñez Ruiz¹, Vicente Jurado Vinteño¹, Francisco Javier Escalona García¹, Ignacio Ferrer Luján¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente³, Yolanda Prieto Valiente⁴, Rafael Jesús Hidalgo Urbano¹ y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Enfermería, Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Fisioterapia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Cardiología, Unidad de Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El colesterol LDL era el parámetro lipídico principal del riesgo cardiovascular. Sin embargo, los triglicéridos (TG) han mostrado un valor pronóstico independiente y adicional al LDL. El objetivo de este estudio fue analizar la presencia de TG elevados en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que ingresaron a rehabilitación cardíaca (RC), su relación con variables clínicas y analíticas, y su evolución con tratamiento.

Métodos: Se evaluaron 550 pacientes en RC entre enero de 2022 y septiembre de 2024. Se registraron factores de riesgo, capacidad funcional (medida por ergometría) y calidad de vida (mediante cuestionarios SF-36). Los TG elevados se definieron como > 150 mg/dl.

Resultados: La edad media fue de 58 ± 9 años, 22% mujeres, 55% con hipertensión (HTA), 29% diabetes (DM) y 52% fumadores. El 90% presentaba SCA y el 93% enfermedad coronaria. Durante el ingreso, el 34,1% tenía TG elevados, el 32,3% remanentes > 30 mg/dl y el 77,1% TG/HDL > 2. Los TG basales se asociaron con sexo (62% varones y 38% mujeres $p = 0,002$), cardiopatía isquémica precoz (22% no precoz vs. 42% precoz $p = 0,016$), arteriopatía periférica (32% sin vs. 57% con arteriopatía $p = 0,007$), IMC basal (29 vs. 28 $p = 0,0046$) y peor calidad de vida ($p = 0,009$). Además, se relacionaron con valores analíticos como glucemia, colesterol total, HDL, LDL y HbA_{1c}. Tras el programa de RC, el 18% mantuvo TG elevados, el 45% tuvo TG/HDL > 2 y el 12% remanentes > 30 mg/dl. Los TG basales se mantuvieron asociados con colesterol HDL y HbA_{1c} final, pero no con colesterol total ni LDL. Hubo una reducción significativa en los niveles de LDL ($p = 0,004$) y TG ($p = 0,000$). Sin embargo, un porcentaje considerable de pacientes mantuvo un perfil alterado de TG, con 32% aún elevados y 77% con TG/HDL > 2.

Conclusiones: En pacientes con SCA que ingresan a RC, los TG elevados son comunes y se asocian con factores como el sexo masculino, cardiopatía isquémica precoz y arteriopatía periférica. A pesar del tratamiento y cambios en estilo de vida, una proporción significativa de pacientes sigue presentando alteraciones en los niveles de TG.

825/63. VALOR PRONÓSTICO DE LOS PARÁMETROS DE ERGOESPIROMETRÍA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. EVOLUCIÓN A MEDIO PLAZO TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Ángela Gabaldón Mestre, Carlos del Toro Esperón, Ernesto Ruiz Pereira, Lidia Roder Barcos, Almudena Aguilera Saborido y Jesús Vallejo Carmona

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: A pesar de múltiples estudios que relacionan los parámetros de ergoespirometría con el pronóstico en la cardiopatía isquémica, en la bibliografía existente no hay una opinión uniforme respecto a cuál es el parámetro

que mejor predice la aparición de eventos en el seguimiento o difiere según la población estudiada. El objetivo principal fue establecer las variables de ergoespirometría y clínicas que se relacionan con el pronóstico en una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica tras un programa de RHC.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 100 pacientes con cardiopatía isquémica que habían concluido un programa de RHC entre 2019 y 2022 en nuestro centro. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, ecocardiográficas y de ergoespirometría tanto al inicio como al fin del programa y la relación con la variable dependiente MACE (reingresos, nueva revascularización y mortalidad por todas las causas durante el seguimiento).

Resultados: El 93% de los pacientes fueron hombres con media de edad 56 años (DE 10). El factor de riesgo más prevalente fue el tabaquismo (75%). Un 64% presentaron síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). La FEVI media fue del 43% (DE 7,7). El 21% presentaron un MACE en el seguimiento. De ellos 12 (57%) reingresaron por síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) y 5 precisaron nueva revascularización. Presentar un SCASEST o síndrome coronario crónico (SCC) frente a SCACEST (OR 3,7 [1,23-11,1]; IC95%; $p = 0,02$) se relacionó con MACE. El cociente respiratorio pico se asoció significativamente (RERpico_I: OR 0,007 [0,001-0,61]; IC95%; $p = 0,029$; RERpico_F: OR 0,002 [0,001-0,52]; IC95%; $p = 0,002$) con la variable dependiente.

Conclusiones: Valores disminuidos de RERpico se relacionaron de manera significativa con eventos en el seguimiento. Debutar con un SCASEST o SCC se relacionó con más eventos en seguimiento. El perfil de paciente de nuestra cohorte fue varón en edad laboral, por lo que creemos que los resultados no son extrapolables a mujeres, las cuales solo representaron un 7%.

825/64. SEGURIDAD Y EFICACIA DE ABLACIÓN CON CATÉTERES IRRIGADOS DE PUNTA FLEXIBLE EN LA TAQUICARDIA INTRANODAL MEDIANTE MAPEO ELECTROANATÓMICO-3D

Miriam Gordillo Sánchez-Jurado, Emilio José Amigo Otero, Ane Erkoreka Gasituaga, Iris María Esteve Ruiz, María Teresa Moraleda Salas, José Miguel Carreño Lineros, Álvaro Arece León y Pablo Moríña Vázquez

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La ablación es el tratamiento estándar para la taquicardia por reentrada intranodal (TIN). Los estudios sobre el uso de catéteres irrigados en la ablación de TIN son escasos. El objetivo del estudio es demostrar la eficacia y seguridad del uso de estos catéteres en la TIN apoyados con mapeo anatómico 3D.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes consecutivos sometidos a ablación de TIN entre octubre 2021 y mayo 2024.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes para ablación de TIN (90,2% primer procedimiento, 9,8% segundo), 29% varones, edad media $52,5 \pm 14,9$ años. 100% en ritmo sinusal al inicio; el 5,8% recibía fármacos antiarrítmicos (3 bloqueadores beta, 1 propafenona, 1 amiodarona y 1 flecainida). destacando ausencia de cambios significativos en el PR, punto de Wenckebach AV y periodo refractario efectivo nodal. TIN inducible en 96,7%, 62,3% requirió isoproterenol. Salto en conducción AV en 93,4%. TIN típica inducida más frecuentemente (91,8%); TIN lenta-lenta y TRIN rápida-lenta menos (3,3% cada una). El abordaje fue mediante mapeo 3D (Ensite X) usando un catéter de seno coronario decapolar y un catéter de punta flexible irrigado (velocidad 17 ml/min). Dos pacientes requirieron fluoroscopia: un marcapasos y un divertículo del seno coronario. Se alcanzó el éxito agudo (no

inducibilidad) en el 100%, el 54% presentaba posteriormente fisiología de doble vía nodal. En 4 pacientes se añadió la ablación del istmo cavotricuspidé para flutter auricular común. No hubo complicaciones intraprocedimiento, bloqueo AV ni alargamiento del PR. Dos pacientes se sometieron a implante de marcapasos por disfunción sinusal sintomática conocida previa procedimiento (tiempo hasta el implante: $32 \pm 43,8$ días). El seguimiento medio 9 [5-12] meses. Dos recurrencias, al día siguiente, reprocedimiento exitoso. Se reportaron palpitaciones en el seguimiento, sin taquiarritmias documentadas, 22,9% a 3 meses, 12,5% a 6 meses y 7,7% a 12 meses. No muerte cardiovascular ni visita a urgencias durante el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a ablación de TIN mediante catéter de punta flexible irrigado y mapeo electroanatómico-3D mostraron 100% tasa de éxito. Sin bloqueo AV ni alargamiento de PR y con tasas de recurrencia y complicaciones comparables a series de alto volumen publicadas, lo que demuestra su seguridad y éxito.

825/65. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE BORDE A BORDE EN LA INSUFICIENCIA MITRAL FUNCIONAL AURICULAR VERSUS VENTRICULAR

Laura Velarde Morales¹, Laura Calvo Gutiérrez¹, Rafael Iglesias López¹, Diana Ladera Santos¹, Fátima Esteban Martínez², Martín Ruiz Ortiz¹, Mónica Delgado Ortega¹, Elías Romo Peñas², Ana Rodríguez Almodóvar³ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Área de pruebas funcionales e imagen cardíaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Área de Cardiología, Unidad de técnicas diagnósticas no invasivas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En los últimos años se ha descrito una nueva entidad etiológica de insuficiencia mitral funcional denominada auricular (A-FMR) que a diferencia de la clásica o ventricular (V-FMR) la función y el tamaño del ventrículo izquierdo son normales. En ambos casos cuando es grave el tratamiento percutáneo de borde a borde (TEER) se ha postulado como una alternativa terapéutica. Escasos estudios, la mayoría multicéntricos comparan ambas etiologías tras la intervención y postulan una mejor evolución a la A-FMR. Nuestro objetivo es realizar una comparación en vida real para valorar el impacto de la TEER en ambas entidades con un estudio retrospectivo de un registro prospectivo y dedicado en un único centro.

Métodos: De los 220 pacientes sometidos a TEER por insuficiencia mitral grave en nuestro hospital entre noviembre de 2011 y enero de 2025 seleccionamos aquellos con FMR excluyendo las degenerativas y las mixtas. Se consideró A-FMR cuando la fracción de eyección del ventrículo izquierdo era $\geq 50\%$ y no existía dilatación ventricular (diámetro diastólico de VI ≤ 55 mm/m²). Si no cumplían estos criterios se consideraron V-FMR.

Resultados: Se incluyeron un total de 137 pacientes con una edad media de 66 ± 14 años, 70% hombres. Mediana de seguimiento de 26 meses. De ellos 116 (85%) fueron catalogados como V-FMR y 21 (15%) como A-FMR. Los pacientes con A-FMR fueron mayores, más frecuentemente mujeres, más frágiles y con menos enfermedad coronaria. No encontramos diferencias en la reducción de la insuficiencia mitral ni en la tasa de complicaciones agudas. A los 24 meses tras TEER la probabilidad de supervivencia libre de eventos fue similar en ambos grupos (51 vs. 46%, $p = 0,8$). Tampoco encontramos diferencias en la supervivencia global (71 vs. 74%, $p = 0,4$).

Conclusiones: TEER reduce de forma similar la insuficiencia mitral en ambos grupos. Tras 24 meses del procedimiento no encontramos diferencias en cuanto a reducción de eventos en pacientes con FMR independientemente de su etiología.

825/67. IMPACTO DEL GÉNERO EN LA EFICACIA DE LA REPARACIÓN PERCUTÁNEA MITRAL DE BORDE A BORDE

Laura Velarde Morales¹, Diana Ladera Santos¹, Rafael Iglesias López¹, Laura Calvo Gutiérrez¹, Ana Rodríguez Almodóvar², Martín Ruiz Ortiz¹, Fátima Esteban Martínez³, Mónica Delgado Ortega¹ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Área de Cardiología, Unidad de técnicas diagnósticas no invasivas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Área de pruebas funcionales e imagen cardíaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Hasta la fecha, no existen estudios que analicen el efecto del género en la reparación percutánea mitral de borde a borde. El objetivo del presente estudio fue investigar el efecto del sexo femenino sobre la eficacia de la reparación percutánea mitral de borde a borde en pacientes con insuficiencia mitral.

Métodos: Un total de 220 pacientes consecutivos (149 hombres y 71 mujeres) con insuficiencia mitral grave fueron tratados con reparación percutánea de borde a borde entre noviembre de 2011 y enero de 2025 en nuestro hospital, e incluidos en este estudio de cohorte, prospectivo y monocéntrico. Se compararon las características clínicas y ecocardiográficas basales, así como los resultados del procedimiento y la supervivencia tras el tratamiento, en función del sexo.

Resultados: En cuanto a las características basales, las mujeres eran de mayor edad, más frágiles y presentaban un mayor riesgo quirúrgico en comparación con los hombres. También mostraban una mayor prevalencia de enfermedad renal crónica. El diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) fue mayor en los hombres que en las mujeres (65 ± 10 vs. 59 ± 10 mm, $p = 0,000$). El seguimiento mediano (p25-75) de los pacientes fue de 27 (9-54) meses. La probabilidad de supervivencia global en el seguimiento mediano fue del 70% en hombres frente al 75% en mujeres, y la supervivencia libre de hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte fue del 53% frente al 52%, respectivamente, sin diferencias significativas entre ambos sexos.

Conclusiones: Las mujeres con insuficiencia mitral grave tratadas mediante reparación percutánea de borde a borde presentan un perfil de riesgo preintervención más elevado y mayor edad en comparación con los hombres. No obstante, la tasa de éxito del procedimiento, la supervivencia global y la supervivencia libre de insuficiencia cardíaca durante el seguimiento son similares en ambos sexos.

825/68. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA ABLACIÓN DEL NODO AURICULOVENTRICULAR TRAS LA ESTIMULACIÓN DE HIS EN PACIENTES CON ARRITMIAS AURICULARES DE DIFÍCIL CONTROL

Ane Erkoreka Gasituaga, Carlos Perea Alfaro, Irene Esteve-Ruiz, María Teresa Moraleda Salas, Álvaro Arce León, José Miguel Carreño Lineros y Pablo Moriña Vázquez

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La ablación del nodo auriculo-ventricular (AV) se está considerando una opción precoz en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) de difícil control y con limitaciones para su curación. Existe mayor interés por la estimulación fisiológica, pero persiste la preocupación por la seguridad a largo plazo de la estimulación permanente de His (EP-His). El objetivo del estudio es evaluar los resultados a largo plazo de los pacientes sometidos a ablación del nodo AV y EP-His, centrándonos en la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), la clase funcional (NYHA), los reingresos y los parámetros de estimulación.

Métodos: Este estudio observacional descriptivo incluye a pacientes con arritmias auriculares permanentes no controladas sometidos a EP-His y ablación del nodo AV, entre enero de 2019 y julio de 2020 con un seguimiento de 4 años.

Resultados: Duración media del estudio 47 meses, N = 36, todos recibieron EP-His seguida de ablación del nodo AV. Edad media 77 años, mujeres (69,4%), HTA (91,7%). La FEVI mejoró significativamente del 35% al 50% en los pacientes con una función inicial reducida ($p < 0,05$). Se observaron mejoras de la clase NYHA. Los umbrales permanecieron estables; 1,25 V@0,4 ms (0,95-2 V@0,4 ms) antes de la ablación del nodo AV y de 1,45 V@0,4 ms (0,75-2,5 V@0,4 ms), $p = 0,93$, a largo plazo. Las impedancias se mantuvieron estables, sin complicaciones con el marcapasos ni dislocación de electrodos. Tras la ablación; 80% de los pacientes presentaron escape ventricular; en el seguimiento, 45% presentó escape por encima de 30 lpm, con onda R de 1,4 mV (0,5-6,25). La medicación para el control de la frecuencia cardíaca (FC) disminuyó significativamente de 1,5 a 0,32 ($p < 0,05$), los ingresos hospitalarios por taquiarritmias descendieron notablemente. Se observaron tres muertes, atribuidas a insuficiencia cardíaca y cáncer, pero las conclusiones relativas a la mortalidad están limitadas por el pequeño tamaño de la muestra.

Conclusiones: La ablación del nodo AV y EP-His mejoran significativamente la NYHA y la FEVI, con beneficios mantenidos en el tiempo; menos visitas a urgencias y una reducción de fármacos para el control de la FC. Los parámetros de estimulación permanecen estables durante el seguimiento a largo plazo.

825/69. SEGUIMIENTO Y CONTROL A LARGO PLAZO DE NIVELES DE LDLC Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUEMIA DE BAJO RIESGO DADOS DE ALTA DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDIACA A ATENCIÓN PRIMARIA

Ignacio Arroyo Crespo¹, Pablo Antonio Toledo Frías², Carmen Rus Mansilla¹, Ana Vallejo Yuste¹ y Eduardo Moreno Escobar¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

²Unidad de Rehabilitación cardíaca, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica es esencial para reducir la morbimortalidad cardiovascular. Este estudio presenta los resultados de control lipídico y adherencia al tratamiento en nuestra unidad de rehabilitación cardíaca. El objetivo del estudio radica en observar el control lipídico y la adherencia al tratamiento entre el año y los dos años de ser dados de alta estos pacientes de la unidad de rehabilitación cardíaca a atención primaria para su seguimiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 241 pacientes con cardiopatía isquémica de bajo riesgo, con lesión angiográfica significativa $> 70\%$ dados de alta a atención primaria desde el 1/1/2022 hasta el 31/1/2023, tras realizar un programa de RHC. Se recogieron los resultados del perfil lipídico de la última analítica realizada entre los 6 meses tras el alta del programa y febrero de 2025.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de cLDL al alta del programa, 45 [35-54] mg/dl frente a 52 [42-67] mg/dl entre el año y los dos años del alta, $p = 0,0001$. El porcentaje de pacientes con cLDL < 55 mg/dl fue del 78,4% al alta del programa frente al 53% al año del alta. Posibles causas de mal control a largo plazo fue la no renovación de medicación en un 5,4% y una bajada en la intensidad de la terapia hipolipemiente en un 14,5% de pacientes. Predictores independientes estadísticamente significativos de mal control lipídico a largo plazo en el análisis multivariante fue no tener un control analítico al año (18% de los pacientes), tener cifras de cLDL y lipoproteína (a) basales más elevadas y el sexo femenino.

Conclusiones: La implementación de un programa estructurado de rehabilitación cardíaca en nuestra unidad ha mostrado resultados en cuanto al control lipídico superiores a los reportados en estudios europeos previos como el EUROASPIRE V. A pesar de ello, el control a largo plazo sigue siendo deficiente, por lo que es prioritario establecer circuitos de continuidad asistencial con atención primaria para mantener los objetivos de control lipídico logrados en los programas de rehabilitación cardíaca.

825/70. MANEJO DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES JÓVENES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO: EXPERIENCIA INICIAL CONJUNTA ENTRE CARDIOLOGÍA Y NEUROLOGÍA EN NUESTRO CENTRO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Joaquín Alberto Cano Nieto y Cristóbal A. Urbano Carrillo

Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: El foramen oval permeable (FOP) está presente en el 25% de la población, constituyendo la causa más frecuente de ictus en menores de 55 años. Su diagnóstico constituye un desafío y a menudo resulta necesario integrar diversas pruebas complementarias. Nuestro objetivo es analizar la eficacia de nuestro algoritmo diagnóstico-terapéutico y describir nuestra experiencia.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 64 pacientes con ictus criptogénico, FOP y cierre del mismo desde 2019 hasta noviembre de 2024, recopilando datos clínicos, ecocardiográficos y técnicos.

Resultados: El 57% eran hombres, con una edad media de 48 años, 15% de hipertensos, 3% de diabéticos, 38% de fumadores y un 0% de FA. El 13% tenían antecedentes de ictus recurrente y el 16% habían presentado migraña. En cuanto al diagnóstico, Neurología le realizó RMN cerebral, angioTC de TSA y DTC a todos los pacientes, con el DTC como cribado. En los que obtenían un resultado positivo en DTC (49%, de los que el 16% tuvieron patrón cortina y el 33% patrón ducha) con un score ROPE alto se les realizaba ETT y ETE para despistaje. Como datos de alto riesgo ecocardiográfico se describió aneurisma del septo interauricular en el 72%, válvula de Eustaquio prominente en el 39%, red de Chiari 8%, túnel largo 51% y paso de burbujas en el 80%. Los pacientes con DTC, ETT negativo y baja sos-

pecha no precisaron más estudios. En los pacientes jóvenes con ictus, FOP, ROPE elevado y características de alto riesgo se efectuó cierre con dispositivo Figulla en un 87% seguido de antiagregación con AAS y clopidogrel en el 88%. La tasa de complicaciones fue del 0%.

Conclusiones: El manejo del FOP en pacientes con ictus debe abordarse de forma multidisciplinar, siendo el trabajo conjunto entre Neurología y Cardiología fundamental. El DTC constituye la mejor técnica de cribado, debiendo completar el diagnóstico con ETT/ETE, que nos permitirán detectar características de alto riesgo (túnel largo, aneurisma del septo, válvula de Eustaquio prominente, etc.) y planificar el tratamiento. El cierre percutáneo es la técnica de elección en pacientes adecuadamente seleccionados, con alta tasa de éxito y muy baja de complicaciones.

825/71. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA TRAS HEMORRAGIA GRAVE EN PACIENTES ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL

Sara Corpas Pérez¹, Martín Ruiz Ortiz², Joaquín Alberto Cano Nieto³, Alejandro Recio Mayoral⁴, Alejandro Reina Moreno⁴, Jaime Nevado Portero⁵, Javier Torres Llergo⁶, Mauricio Urgiles Ortiz⁷, Jesús Aceituno Cubero⁸ y Ana Delia Ruiz Duthil¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

⁴Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

⁵Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

⁶Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

⁷Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

⁸Departamento de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Investigar la frecuencia de cierre de orejuela auricular izquierda tras una hemorragia intracraneal o digestiva grave en pacientes con fibrilación auricular (FA), alto riesgo embólico, tratados con anticoagulantes, atendidos en hospitales con programas de cierre percutáneo de orejuela auricular izquierda (OAI) de Andalucía.

Métodos: Todos los pacientes dados de alta vivos en los años 2021 y 2022 tras un sangrado intracraneal o digestivo grave, que previamente estuvieran anticoagulados por FA, en todos los hospitales públicos andaluces con programa de cierre de OAI, y que pudieran ser candidatos a este procedimiento o a tratamiento con anticoagulantes directos (ACOD), fueron incluidos en un estudio multicéntrico y retrospectivo. Se registró la frecuencia de cierre percutáneo de OAI en el seguimiento y se realizó un análisis comparativo de las características basales de aquellos pacientes tratados con cierre de OAI y los manejados médicamente.

Resultados: Entre una población de referencia de 7.119.044 habitantes, 1.403 fueron incluidos en el estudio. La mediana de edad fue 81 años (p25-75, 76-87 años) con un 51,6% de pacientes varones. Se realizó cierre percutáneo de OAI en 114 pacientes (8,13%) a una mediana de 5 (2-10) meses tras el alta. Tras ajustar por variables de confusión en un modelo multivariado, los predictores independientes asociados a una mayor frecuencia del cierre de OAI fueron el sangrado intracraneal previo, eventos previos de sangrado, la enfermedad valvular al menos moderada, la leucemia y el uso de aspirina al ingreso; y los asociados a una menor frecuencia de este procedimiento fueron: la edad ≥ 80 años, demencia, ten-

sión arterial no controlada al ingreso, uso previo de antagonistas de la vitamina K y tratamiento intervencionista del evento hemorrágico.

Conclusiones: En pacientes anticoagulados con FA que sobrevivieron a un sangrado grave en todos los hospitales públicos andaluces en 2021-2022, y que también eran elegibles para tratamiento con ACOD, solo el 8,13% se manejaron con una estrategia de cierre de OAI. Varias características clínicas basales se asociaron de forma independiente con una mayor o menor frecuencia de este procedimiento.

825/72. ESTUDIO RECARGA: LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PUNTO DE MIRA

Enrique Otero Chulián¹, Juan Manuel Lacal Peña², Francisca Francisco Aparicio³, Eduardo José Martínez-Morentín Laurenz⁴, Luisa Cabeza Letran³, Rafael Colmán Llamozas⁵ y Miriam Auxiliadora Martín Toro²

¹Cardiología, Centro Médico HLA La Salud, Cádiz. ²Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Cardiología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

⁴Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ⁵Cardiología, Clínica Colman, Cádiz.

Introducción y objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es el FRCV más prevalente y con mayor asociación con eventos cardiovasculares (CV). Las nuevas GPC de la ESC 2024 muestran un cambio conceptual con presión arterial (PA) elevada, para incidir en la importancia de la exposición continua de la misma sobre el desarrollo de enfermedad CV y no de manera binaria entre normotensión e HTA. Se considera PA elevada, en consulta, cifras entre 120-140/70-90 mmHg y HTA $> 140/90$ mmHg. El objetivo es determinar la prevalencia de HTA en consultas y el control de la misma tras ajuste terapéutico.

Métodos: Estudio de intervención multicéntrico monoprovincial, en el que se incluyeron de manera consecutiva a pacientes que acudían a consulta de rehabilitación cardiaca, durante el mes de enero de 2024, realizándose toma de PA y modificación del tratamiento en caso de debut o mal control de la misma, con revisión a los 6 meses.

Resultados: N = 120. 25% mujeres. Edad media: $65,5 \pm 9,3$ años. 3% diabéticos y 8% dislipémicos. 66% cardiopatía isquémica (CI), 3% valvulopatías, 3% IC y 18% otros. 51% (61) resultaron hipertensos, algunos conocidos y la gran mayoría de debut, con mayor prevalencia en el grupo etario 60-70 años (25), aunque el 100% (3) de los pacientes incluidos < 45 años eran hipertensos. La comorbilidad más frecuente asociada fue la CI (60%). A los seis meses, no se consiguió control tras ajuste terapéutico en el 3%, siendo el grupo etario 45-60 años el que mayor empeoramiento presentó en el seguimiento (14%) y entre 70-80 años el que peor alcanzó un control de PA (48%). El 60% de la muestra se mantuvo sin cambios respecto a la medición inicial y el 37% restante se consiguió mejorar el control. Los pacientes con CI presentaron el mayor control (89%). En relación a los tratamientos, se obtuvo control con un fármaco en el 16% de la muestra controlada, con 2: 17%, 3: 22% y > 3 : 45%.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes que acuden a nuestras consultas presentan HTA. La población más joven controló la PA en la totalidad de los casos, siendo los peores controlados entre 70-80 años. Además, los mejor controlados fueron los que habían tenido un evento CV previo. A destacar la necesidad de terapia combinada para alcanzar objetivos en la mayoría de los pacientes.

825/73. CORRELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA; ¿ES SOLO UNA COMORBILIDAD?

Nerea Aguayo Caño, Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Alberto Torres Zamudio, Manuel Anguita Sánchez y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico complejo que frecuentemente coexiste con otras comorbilidades, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La presencia de EPOC en pacientes con IC con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (IC-FEVIr) podría impactar negativamente en su pronóstico. Nuestro objetivo principal fue analizar las características clínicas basales de pacientes con IC-FEVIr, comparándolos según la presencia o no de EPOC, así como su pronóstico a medio-largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FEVIr. Se compararon pacientes con diagnóstico de EPOC (grupo 1) frente aquellos que no padecían EPOC (grupo 2). Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto en términos de mortalidad y reingresos por IC a medio-largo plazo.

Resultados: Se analizaron un total de 375 pacientes, de los cuales 71 pacientes pertenecían al grupo 1 y 304 pacientes al grupo 2. El grupo 1 presentó una edad media significativamente mayor ($70,8 \pm 9,2$ vs. $65,9 \pm 13,2$; $p < 0,001$). Se objetivó una mayor prevalencia de exfumadores en el grupo 1 ($64,8$ vs. $35,5\%$; $p < 0,001$), sin objetivarse diferencias en otros factores de riesgo cardiovascular. La tasa de IC de novo fue significativamente mayor en el grupo 2 ($p = 0,033$), evidenciándose además en este grupo una mayor tasa de mejoría de FEVI ($p = 0,044$). La etiología isquémica fue la más prevalente. No se evidenciaron diferencias con respecto a la FEVI, presentando el grupo 1 unos volúmenes telesistólicos del ventrículo izquierdo significativamente menores ($104,7 \pm 35,6$ vs. $118,2 \pm 50,3$, $p = 0,028$), con un TAPSE menor ($p = 0,047$) y una PSAP significativamente mayor ($p = 0,018$). No se hallaron diferencias en el tratamiento farmacológico, salvo una mayor prescripción de inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina en el grupo 1 ($46,5$ vs. $32,2\%$; $p = 0,023$). Con una mediana de supervivencia de 40 meses, el grupo 1 tuvo una mayor tasa de reingresos ($50,7$ vs. $35,2\%$; $p = 0,014$) y mortalidad por IC significativamente mayor ($33,8$ vs. $18,4\%$; $p = 0,006$) que el grupo 2.

Conclusiones: La coexistencia de EPOC e IC-FEVIr supone una condición clínica frecuente, con implicaciones pronósticas relevantes. Nuestros hallazgos sugieren que la presencia de EPOC en pacientes con IC-FEVIr se asocia con un incremento significativo en el riesgo de reingresos y mortalidad por IC.

825/74. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE ALIROCUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INTOLERANCIA A ESTATINAS

Guillermo Villar Ochoa, Sebastián Rufián Andújar, María José Romero Reyes y Francisco Javier Molano Casimiro

Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La dislipemia es un factor de riesgo clave en la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La reducción del colesterol LDL (cLDL) es fundamental en la

prevención secundaria, pero la intolerancia a estatinas limita el tratamiento en muchos pacientes. Los inhibidores de PCSK9, como alirocumab, han demostrado ser eficaces en la reducción del cLDL y eventos cardiovasculares en estudios clínicos. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de alirocumab en la reducción del cLDL, la tolerabilidad del tratamiento, la adherencia a largo plazo y la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con intolerancia a estatinas.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 26 pacientes con intolerancia a estatinas tratados con alirocumab. El 65,4% recibía 150 mg y el 34,6% 75 mg de alirocumab. Se analizaron la reducción del cLDL, la proporción de pacientes que alcanzaron objetivos de cLDL < 70 mg/dl y < 55 mg/dl, la adherencia al tratamiento, la tolerabilidad y la incidencia de eventos cardiovasculares. El tiempo de seguimiento tuvo una mediana de 59,5 meses (RIQ: 25 a 70 meses).

Resultados: El 73,1% de los pacientes alcanzaron niveles de cLDL < 70 mg/dl y el 42,3% lograron niveles < 55 mg/dl. La reducción del cLDL se mantuvo estable a largo plazo. alirocumab fue bien tolerado, con una alta adherencia al tratamiento y sin efectos adversos significativos reportados. La incidencia de eventos cardiovasculares fue baja, sin casos de infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV) o muertes cardiovasculares. Se documentaron 4 pacientes con angina inestable, de los cuales 3 requirieron revascularización. No hubo diferencias significativas en la reducción del cLDL ($p = 0,50$) ni en el logro de objetivos de cLDL < 55 mg/dl ($p = 1,0$) entre hombres y mujeres.

Conclusiones: Alirocumab demostró ser una estrategia eficaz y bien tolerada para la reducción del cLDL en pacientes con intolerancia a estatinas. La reducción del cLDL se mantuvo a largo plazo con una alta adherencia al tratamiento y baja incidencia de eventos cardiovasculares, lo que respalda su uso en la prevención secundaria cardiovascular.

825/77. VALIDACIÓN EXTERNA DEL SCORE RAISE PARA EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE SOMETIDOS A SUSTITUCIÓN VALVULAR TRANSCATÉTER

Álvaro Roldán Guerra, Ignacio Gallo Fernández, Gloria María Heredia Campos, Martín Ruiz Ortiz, Mónica Delgado Ortega, José López Aguilera, Jesús Alberto Torres Zamudio, Nerea Aguayo Caño, Lucas Javier Barreiro Mesa y María Dolores Mesa Rubio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) es más frecuente en pacientes con estenosis aórtica grave, asociándose con peor pronóstico. El score RAISE se ha propuesto con el objetivo de identificar precozmente ATTR en este contexto, con un área bajo la curva de 0,85. Nuestro objetivo fue determinar la distribución del score RAISE y validar su capacidad discriminativa para ATTR en una cohorte prospectiva de pacientes con estenosis aórtica grave remitidos para TAVI en vida real.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de un hospital terciario. Se reclutaron pacientes con estenosis aórtica grave e indicación de TAVI desde marzo de 2021 hasta febrero de 2025. En todos ellos se realizó una gammagrafía con ^{99m}Tc -DPD, diagnosticándose ATTR si captaba en grados de Perugini 2-3 en ausencia de paraproteína en suero y orina. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíti-

cas y ecocardiográficas. En todos los individuos se calculó el score RAISE.

Resultados: Se analizaron 341 pacientes, de los cuales 14 (4,1%) fueron diagnosticados de ATTR. La edad media fue de 79 ± 6 años y 168 individuos (49,3%) eran mujeres. El voltaje según índice Sokolov-Lyon fue de media $2,15 \pm 0,9$ mV, siendo menor de 1,9 mV en 85 ocasiones (24,9%), y encontramos 36 casos de bloqueo de rama derecha (11,2%). 19 pacientes (5,6%) presentaban síndrome del túnel carpiano. El grosor medio del septo fue 14 ± 5 mm, y la relación E/A fue mayor de 1,4 en 30 casos (8,8%). Los niveles medios de troponina ultrasensible I fueron $465 \pm 5.350,35$ ng/ml. 216 pacientes presentaron RAISE 0 o 1, de los cuales 5 (2,3%) fueron diagnosticados de ATTR; mientras que 125 sumaron RAISE igual o mayor de 2, encontrando 9 (7,2%) casos de ATTR en este grupo ($p = 0,044$). Comprobamos la capacidad discriminativa del score para ATTR mediante el análisis de curva ROC, mostrando un área bajo la curva de 0,69 (IC95% 0,554-0,825, $p = 0,016$).

Conclusiones: En nuestra población, la puntuación RAISE predijo significativamente ATTR en pacientes con estenosis aórtica grave. A nuestro conocimiento, presentamos la primera validación externa del score RAISE en una muestra reclutada prospectivamente. Nuestros resultados sugieren menor capacidad discriminativa para ATTR que la descripción original.

825/78. PREVALENCIA DE AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA EN PACIENTES REMITIDOS PARA TAVI Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES. ESTUDIO AMYLOCOR

Álvaro Roldán Guerra, Ignacio Gallo Fernández, Gloria María Heredia Campos, Martín Ruiz Ortiz, Mónica Delgado Ortega, José López Aguilera, Jesús Alberto Torres Zamudio, Nerea Aguayo Caño, Lucas Javier Barreiro Mesa y María Dolores Mesa Rubio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) y la estenosis aórtica grave (EAO) son entidades frecuentes en pacientes de edad avanzada y su coexistencia no es infrecuente. La prevalencia de ATTR en pacientes con EAO oscila entre el 8% y el 16%. En los últimos años se ha observado un descenso de la misma, coincidiendo con una mayor implantación percutánea de válvula aórtica (TAVI) en pacientes más jóvenes. Actualmente, la prevalencia real de la EAO-ATTR en nuestro medio sigue siendo desconocida. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de ATTR en pacientes con EAO grave remitidos para TAVI en nuestra población y describir sus características diferenciales respecto a aquellos con EAO aislada.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con EAO remitidos para TAVI. Se realizaron gammagrafía DPD-Tc99 y análisis de sangre y orina para estudiar la presencia de ATTR. El reclutamiento comenzó en marzo de 2021 y finalizó en febrero de 2025. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas y ecocardiográficas y se compararon entre individuos con y sin ATTR.

Resultados: Se analizaron 341 pacientes, de los cuales 14 (4,1%) fueron diagnosticados de ATTR. Los pacientes con EAO-ATTR eran significativamente mayores que aquellos sin ATTR ($83,5 \pm 7$ años vs. 79 ± 6 años, $p = 0,009$). Encontramos mayor proporción de tabaquismo en EAO-ATTR (42,9 vs. 19,3%, $p = 0,031$) y de patrón deseudoinfarto en el ECG (50 vs. 10,3%, $p =$

0,001). Los pacientes con EAO-ATTR tenían una FEVI significativamente inferior ($50,1\% \pm 16,1$ vs. $62,4 \pm 14,1\%$, $p = 0,002$), además de menor strain del VI ($-11,4 \pm 5,8$ vs. $-18,3 \pm 5,2$, $p = 0,001$) y de strain de la pared libre del VD ($-16 \pm 6,9$ frente a $-20,9 \pm 7,8$, $p = 0,044$). En cuanto a biomarcadores, los pacientes con EAO-ATTR mostraron niveles notablemente superiores de troponina I de alta sensibilidad (93 [28-192] ng/l vs. 22 [11,9-50,25] ng/l, $p = 0,025$) y NT-proBNP (3.967 [2.747-21.526] pg/ml vs. 1.561 [665-4.287] pg/ml, $p = 0,008$).

Conclusiones: La prevalencia de EAO-ATTR en nuestro estudio fue inferior a la reportada anteriormente. Esta menor prevalencia puede deberse a una población más joven remitida para TAVI. Los pacientes con EAO-ATTR presentan peores parámetros ecocardiográficos y niveles más elevados respecto a biomarcadores analíticos.

825/79. RESULTADOS DEL USO DE VERICIGUAT EN INSUFICIENCIA CARDIACA: PERSPECTIVAS DESDE NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

Beatriz Calvo Bernal, Fernando Candanedo Ocaña, Rocío Sánchez Vaca, Candela Carla González Vicario, Pablo González Pérez y Francisco Camacho Jurado

Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: Vericiguat actúa en la vía óxido nítrico-guanilato ciclasa soluble-GMPc demostrando beneficio clínico en diversos estudios en pacientes con insuficiencia cardiaca y fracción de eyección reducida (IC-FEr). El objetivo es analizar los resultados, perfil de seguridad y datos de seguimiento de vericiguat.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó pacientes que iniciaron vericiguat entre septiembre/2021 y febrero/2024. Realizamos un análisis descriptivo de variables clínicas y analíticas comparándolas antes y después su inicio en un seguimiento a los 3 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, 42 alcanzan seguimiento a los 3 meses y 30 al año. 74,5% eran varones y la edad media 71,7 años. La etiología de IC más frecuente (58,8%) fue isquémica, la FEVI media 30,9%. Todos los pacientes estaban con tratamiento médico óptimo (TMO) (96,1% iSRAA, 94,1% BB, 84,3% ARM, 80,3% iSGLT2). El 58,8% se encontraba en clase funcional (CF) NYHA II y 39,2% NYHA III. La mediana de NT-proBNP fue 3.247 pg/ml. 90,2% había tenido al menos un episodio de descompensación con necesidad de diurético oral y/o intravenoso los 6 meses previos. A los 3 meses, el 46,9% alcanza dosis máxima. Al año el 58,8% continuó tratamiento, un 80% a dosis máxima. 7 pacientes habían suspendido el fármaco a los 3 meses y 12 al año. El 15,7% fallece en una mediana del tiempo desde el inicio del fármaco de 398 días y la causa más frecuente fue cardiovascular. El efecto adverso más frecuente fue la hipotensión (13%). No hubo diferencias en las cifras hemoglobina ni tasa de filtrado glomerular al año ($p = 0,164$ y $p = 0,070$ respectivamente). Durante el seguimiento no se observó diferencias en la CF NYHA a los 3 y 12 meses ($p = 0,017$ y $p = 0,097$ respectivamente) ni en el valor de NT-proBNP al año ($p = 0,471$). Observamos mejoría de la FEVI al año de seguimiento (30,4 vs. 34,3%; $p = 0,032$). Se redujo de forma estadísticamente significativa la media de descompensaciones de IC a los 3 meses (1,55 vs. 0,5; $p < 0,001$) y al año (1,9 vs. 0,96; $p < 0,025$).

Conclusiones: Vericiguat es una opción terapéutica segura y bien tolerada en pacientes con IC-FEr y TMO. Se objetiva reducción significativa de las descompensaciones y una mejoría discreta de la FEVI en el seguimiento.

825/81. IMPLANTE DE MARCAPASOS A EDAD PRECOZ: IMPLICACIONES DE LA GENÉTICA EN PACIENTES CON Y SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL

José Gregorio Soto Rojas, Isabel García Olea, Eva González Llamas, Carlos Federico Gómez Navarro y Ricardo Fajardo Molina

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las alteraciones del ritmo (AR) como bloqueo aurículo ventricular avanzado (BAV) o disfunción sinusal severa (DSS) sintomática, en pacientes jóvenes son poco usuales y en ocasiones subyacen mutaciones patogénicas. Nuestro objetivo es comparar poblaciones con y sin cardiopatía al momento del implante y evaluar el impacto del análisis genético en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes < 60 años con implante de marcapasos por BAV o DSS (excluyendo causas reversibles o secundarias) seguidos en consulta de marcapasos. En todos se solicitó estudio genético como parte del estudio etiológico durante los últimos 4 años. Identificamos una población sin cardiopatía estructural al implante (Población A), y la comparamos con otra población con cardiopatía estructural (grosor parietal de ventrículo izquierdo > 15 mm y/o fracción de eyección < 45%) (Población B). Analizamos datos demográficos, ecocardiográficos y necesidad de *upgrade*.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (Grupo A n = 17; Grupo B n = 6). Al comparar características basales, el grupo A presentaba menor edad (43,7 vs. 51,8 años p < 0,05), con una prevalencia de HTA 29 vs. 50%, y cardiopatía isquémica 5,9 vs. 0%. Respecto a antecedentes familiares (AF), se compararon AF de BAV (58,8 vs. 50%), de MSC (35,6 vs. 50%) y miocardiopatía (17,6 vs. 50%) sin encontrar diferencias significativas. En el grupo A la genética fue positiva en el 47%, encontrándose la mutación más frecuente en LMNA (62,5%), EMD (25%) y DSP (12,5%). Por otra parte en el grupo B la genética fue positiva en 83,3% encontrando más frecuentemente PRKAG2 (66,8%), también LMNA (16,6%) y MYH7 (16,6%). El tipo de marcapasos implantado fue fisiológico en un 15% en el grupo A vs. 33,3% en B. Durante el seguimiento se realizó *upgrade* a DAI/DAI-TRC en 29,4 vs. 33,3%; con una incidencia de TV de 11,8 vs. 50% en ambos grupos, sin diferencias significativas.

Conclusiones: Dos poblaciones con AR a edad precoz con y sin cardiopatía estructural al implante, presentan una incidencia significativa de variantes patogénicas (más prevalente en presencia de cardiopatía) y en ocasiones mutaciones genéticas similares. La necesidad de *upgrade* es elevada en ambos grupos, siendo la genética una herramienta fundamental para la estratificación del riesgo en esta población.

825/82. ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A UNA MAYOR ESTANCIA DE PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA

Paula Marín Andreu¹, Diego Félix Arroyo Moñino¹, Aurora Fera Mera¹, María Rivadeneria Ruiz² y Juan Carlos García Rubira¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Imagen, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La ventilación mecánica invasiva (VMI) es una de las técnicas más utilizadas en pacientes críticos cardíacos. Su uso conlleva un mayor riesgo de complicaciones, mortalidad y estancias más prolongadas. El objetivo de nuestro trabajo fue investigar qué factores se asocian a

una mayor estancia en una Unidad de Cuidados Coronarios (UCC) en pacientes que requieren VMI.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una UCC entre enero de 2018 y marzo de 2025 que requirieron VMI. Se llevó a cabo un análisis estadístico mediante ANOVA así como regresión múltiple para tratar de determinar qué factores se podrían asociar a una mayor estancia en UCC.

Resultados: Se analizaron 388 pacientes, 70,9% de los cuales eran hombres. La edad media fue de 67 años (± 12 años). La estancia media fue de 10,7 días ($\pm 10,1$ días). El motivo más frecuente de IOT fue la PCR (55%), seguido de insuficiencia respiratoria y shock cardiogénico. Dentro de los antecedentes personales, únicamente la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) se asoció a una mayor estancia, suponiendo una media de 5,2 días más de ingreso la presencia de este factor. Dentro de los motivos de ingreso, las arritmias ventriculares (9 pacientes) se asociaron de forma significativa con una mayor estancia en UCC (> 12 días, p < 0,005) con respecto a otros motivos de ingreso. Frente a ello, el motivo de intubación no se asoció significativamente con la duración de la estancia. Finalmente, hubo un total de 3 factores que se asociaron de forma significativa a una mayor estancia: el fracaso en la extubación (aumento promedio de 3,2 días la estancia), la presencia de infección (aumento promedio de 5,2 días la estancia) y la necesidad de traqueostomía (aumento de la estancia de 19,3 días).

Conclusiones: En nuestra muestra, la estancia media en UCC de los pacientes intubados fue de 10,7 días. La presencia de EAP, las arritmias ventriculares como causa de ingreso, el fracaso de la extubación, la presencia de infecciones y la necesidad de traqueostomía se asociaron significativamente a una mayor estancia.

825/83. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA REPARACIÓN PERCUTÁNEA DE BORDE A BORDE DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE GRAVE EN UNA SERIE CON RIESGO ANATÓMICO INTERMEDIO EVALUADO POR EL SCORE GLIDE

Flavia di Cosmo¹, María Dolores Mesa Rubio¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Fátima Esteban Martínez², Mónica Delgado Ortega¹, Diana Ladera Santos¹, Rafael Iglesias López¹, Laura Calvo Gutiérrez¹, Laura Velarde Morales¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Área de pruebas funcionales e imagen cardíaca, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El tratamiento percutáneo de borde a borde (TPBB) de la insuficiencia tricuspídea (IT) grave ha demostrado ser seguro y eficaz, aunque el éxito del procedimiento está condicionado por las características anatómicas de la válvula. Recientemente, el GLIDE score ha estratificado el riesgo anatómico, relacionándose con el éxito del procedimiento. Nuestro objetivo fue examinar las características anatómicas según el GLIDE score, tasa de éxito del procedimiento y resultados a medio plazo en una población en vida real con IT grave tratados con TPBB.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y prospectivo en el que se incluyeron todos los casos de IT = grave sintomáticos tratados con TPBB entre diciembre-2021 y enero-2025. Se registraron características clínicas y ecocardiográficas basales, incluyendo el GLIDE score (bajo riesgo anatómico = 1; alto = 4), así como tras procedimiento, al alta y a los 3 meses. Se analizó mortalidad y supervivencia libre de eventos a la mediana de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes (59% mujeres), edad media 73 $\pm$ 11 años y comorbilidades frecuentes. Tenían IT

masiva o torrencial el 61% de los casos, con mecanismo funcional en el 73%. El GLIDE score medio fue de $1,5 \pm 0,9$ y el 52% tenía un GLIDE score = 2. El éxito del procedimiento (IT = moderada) se alcanzó en el 96%, con una mejoría significativa de la gravedad de la IT respecto a la basal ($p < 0,005$). La mediana de seguimiento fue de 17 meses [p25-75:11-27]. A los 3 meses, el 91% de los pacientes tenía una reducción de al menos dos grados en la gravedad de la IT ($p < 0,0005$). Solo el 9% de ellos permanecieron en clase NYHA III-IV ($p = 0,002$). Se observó una reducción significativa en la tasa de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (IC) tras la intervención (de 77 a 38 ingresos/100 pacientes/año, razón de incidencias 0,50 [IC95% 0,29-0,86], $p = 0,008$). La probabilidad de supervivencia global y libre de eventos a los 17 meses fue, respectivamente, del 86% y 72%.

Conclusiones: La TPBB demostró ser segura y eficaz para el tratamiento de la IT grave sintomática, con una mejoría significativa en la clase funcional y reducciones en las hospitalizaciones por IC a medio plazo, a pesar de un índice GLIDE intermedio, en una cohorte prospectiva de la vida real.

825/84. EVOLUCIÓN DE TROMBOS INTRACAVITARIOS CON UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA

Diana Ladera Santos, Lucas Barreriro Mesa, Luis Carlos Maestre Luque y Manuel Anguita Sánchez

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La aparición de trombos intracavitarios es una potencial complicación de diversas patologías. Actualmente, no existe un consenso sobre la terapia anticoagulante para su tratamiento, con resultados hasta ahora contradictorios. Nuestro objetivo fue describir la eficacia y seguridad de los anticoagulantes de acción directa (ACOD) en la resolución de trombos auriculares y ventriculares.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, prospectivo, donde se incluyeron todos los casos de trombos intracavitarios diagnosticados en nuestro centro desde mayo de 2022 hasta marzo de 2025. Estos pacientes recibieron un protocolo de anticoagulación con ACOD, bien apixabán 5 mg/12 horas o edoxabán 60 mg/24 horas, realizándose ecocardiogramas mensuales de control. En caso de persistencia a los 2 meses de seguimiento, se reemplazaba la terapia anticoagulante por dabigatrán a dosis altas de 150 mg/12 horas.

Resultados: Durante este periodo se detectaron 23 trombos intracavitarios, 3 intraauriculares y 20 intraventriculares. La edad media fue de 58 ± 14 años, con un predominio del sexo masculino (74%). Todos los pacientes con trombos en el ventrículo izquierdo (VI) tenían antecedentes de disfunción ventricular izquierda, en su mayoría grave y de etiología isquémica. 20 pacientes recibieron apixabán y 3 recibieron edoxabán (según dosis ajustadas). Con una mediana de seguimiento de 2 meses (RIC: 1-3 meses), el 78% presentó resolución del trombo intracavitario, considerando que 4 pacientes fueron diagnosticados en el último mes. En 2 pacientes el trombo persistió tras 2 meses de seguimiento, por lo que se cambió a dabigatrán 150 mg/24 horas, tras lo cual se produjo su desaparición al mes. En otro paciente hubo que extraer el trombo de forma quirúrgica por complicaciones embólicas. Se constataron embolismos sistémicos en 2 casos, aunque no se detectaron complicaciones hemorrágicas. Por otro lado, se confirmó el fallecimiento de dos sujetos por causas extracardíacas, fuera del periodo de estudio.

Conclusiones: El tratamiento con ACOD en pacientes con trombos intracavitarios parece ser eficaz para su resolución a corto plazo, con tasas de complicaciones bajas en compara-

ción con la terapia clásica con antagonistas de la vitamina K (AVK). Sin embargo, se necesita evidencia más robusta para confirmar estos hallazgos.

825/85. RESULTADO EN LA TITULACIÓN DE INHIBIDORES DE LA NEPRILISINA TRAS LA RETIRADA DE DIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Enrique Enrile Sánchez, Jesús Alberto Torres Zamudio, Juan Carlos Castillo Domínguez, José López Aguilera, Rafael González Manzanares, Manuel Anguita Sánchez, Manuel Crespín Crespín, Manuel Cabello Terrón, Nouha Vanessa Yacub Briceño y Juan Diego Martín Díaz

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Los inhibidores de la neprilisina (ARNI), en particular el sacubitrilo/valsartán, se han convertido en un pilar fundamental en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF). En ocasiones su titulación se puede ver dificultada por la presencia concomitante de diuréticos. El objetivo de este subanálisis será evaluar el efecto de la retirada de diuréticos en la titulación de ARNI.

Métodos: El estudio REDICAE es un ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, fase II, abierto, con grupo control en el que se pretendía demostrar que la retirada de diuréticos en pacientes con HFrEF estables con tratamiento médico óptimo es segura (NCT05964738). Para el análisis, debemos conocer que la posología de ARNI fue cada 12 horas. Las dosis representadas corresponden con la equivalente a un comprimido.

Resultados: Desde diciembre de 2022 hasta abril de 2024, de los 98 pacientes aleatorizados, 48 pacientes fueron asignados al grupo intervención y 50 pacientes al grupo control. La mediana de seguimiento fue de 28 semanas. De los pacientes incluidos, el 75% eran hombres, la edad media fue 62 ± 9 años y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo $33 \pm 8\%$. Un total de 77 (79%) pacientes recibieron ARNI durante el seguimiento. La furosemida (92%) fue el diurético principalmente empleado, con una dosis media de 37 ± 9 vs. 38 ± 16 mg (diferencia de medias 1 mg, IC95% -5, 6, $p = 0,8$). Las dosis iniciales de ARNI fueron 120 ± 66 vs. 135 ± 65 mg (diferencia de medias 15 mg, IC95% -15, 46; $p = 0,32$), en el grupo retirada de diuréticos y mantenimiento de diuréticos, respectivamente. La dosis de ARNI alcanzada al final del seguimiento fue de 149 ± 51 vs. 157 ± 43 mg (diferencia de medias 8 mg, IC95% -20, 37; $p = 0,6$) en el grupo intervención y control, respectivamente. Las dosis medias estimadas para el modelo fueron de 75 vs. 85 mg (diferencia de medias estimadas 10 mg, IC95% -7, 24; $p = 0,25$).

Conclusiones: La retirada de diuréticos en pacientes estables con HFrEF no supuso una mayor dosis de ARNI ni incremento de la misma.

825/86. IMPACTO DEL SEXO SOBRE EL PERFIL DE PACIENTE Y PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD CORONARIA CON NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Aurora Fera Mera, Diego Félix Arroyo Moñino, Paula Marín Andreu y Juan Carlos García Rubira

Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La ventilación mecánica (VM) es una de las técnicas de soporte vital más utilizadas en pacientes en estado crítico. Clásicamente los hombres tienen una

mayor tasa de mortalidad cardiovascular que las mujeres. El objetivo de nuestro estudio es analizar si existen diferencias entre las características basales al ingreso de los pacientes que necesitan VM invasiva (VMI) en función del sexo en nuestra UCC, así como las complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria que presentan.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una UCC entre enero de 2018 y marzo de 2025 que requirieron VMI. Se analizaron características basales, motivo de ingreso e intubación, así como la evolución y complicaciones durante el ingreso en función del sexo.

Resultados: Se incluyeron 388 pacientes, 275 (70,9%) hombres. La edad media fue de 67,6 años (DE 12,2). La dislipemia fue significativamente más prevalente en mujeres (62,5 vs. 50,4%), mientras que la EPOC (15,3 vs. 5,3%), la cardiopatía isquémica (CI) (30,7 vs. 19,5%) y la insuficiencia cardiaca (IC) (25,5 vs. 12,4%) fueron más frecuentes en los hombres. En cuanto a las causas de intubación orotraqueal, la más frecuente fue la parada-cardiorrespiratoria (55,2%). No hubo diferencia significativa en cuanto al motivo de IOT entre hombres y mujeres. La media de días en UCC fue de 10,68 (mínimo 1-máximo 78, DE 10,2) y de IOT fue de 5,43 días (mínimo 1-max 64, DE 6,53). No hubo diferencias en cuanto a días de estancia en UCC o de intubación entre hombres y mujeres. En cuanto a las complicaciones, un 33,5% sufrieron alguna infección y un 7,3% necesitaron terapia renal sustitutiva. La mortalidad intrahospitalaria fue del 46,5% (180 pacientes) y fue significativamente mayor en las mujeres (57,5 vs. 42%). Los hombres se revascularizaron con más frecuencia frente a las mujeres (44,9 vs. 31,9%).

Conclusiones: En cuanto a diferencias entre sexos, la dislipemia fue más prevalente en las mujeres; mientras que los antecedentes de EPOC, CI e IC fueron más frecuentes en los varones. Los hombres se revascularizaron más, y la mortalidad intrahospitalaria fue mayor en las mujeres.

825/88. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS AÓRTICA BIOLÓGICA SIN SUTURA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS

Enrique Enrile Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, Rafael González Manzanares, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Manuel Anguita Sánchez, Juan Diego Martín Díaz, Manuel Cabello Terrón, Nouha Vanessa Yacub Briceño y Jesús Alberto Torres Zamudio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El tratamiento de elección en pacientes con estenosis aórtica grave de bajo riesgo es la sustitución valvular quirúrgica. En los últimos años se han desarrollado bioprótesis aórticas sin sutura que facilitan la técnica de implante y reducen el tiempo de clampaje aórtico. Una de las complicaciones más temidas de las prótesis aórticas es la endocarditis infecciosa (EI). Nuestro objetivo fue el análisis clínico y pronóstico de los pacientes portadores de prótesis sin sutura Perceval que han presentado una EI en su evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con estenosis aórtica grave e implante de prótesis sin sutura Perceval en nuestro centro desde enero del 2018 hasta marzo de 2025. Se identificaron los casos con EI y se compararon las características clínicas y diagnóstica, así como la incidencia de eventos (complicaciones, intervención, mortalidad) durante el seguimiento.

Resultados: Desde enero del 2018 hasta marzo del 2025 se han implantado en nuestro centro un total de 99 prótesis Perceval. En este periodo 7 pacientes han desarrollado un episodio de EI (incidencia del 7%). La edad media de los pacientes fue de 66 ± 5 años siendo el 71% varones. Se pudo identificar el germen responsable en 6 pacientes: 3 casos por *S. coagulans* negativo, 2 casos por Enterococos y 1 por *C. albicans*. El ecocardiograma identificó vegetaciones en el 100% de los casos con una longitud media de 11 mm. Se identificaron, además, abscesos periprotésicos en 3 los 7 pacientes. Todos los pacientes presentaron complicaciones graves en la fase activa, destacando insuficiencia cardiaca (71%), complicaciones neurológicas (29%), persistencia de la sepsis (29%) y embolismos periféricos (29%). Todos los pacientes fueron intervenidos durante la fase activa (100%) siendo la cirugía urgente en 5 pacientes y electiva en los otros 2. Dos pacientes fallecieron durante la fase activa (mortalidad precoz 29%).

Conclusiones: La EI en pacientes portadores de prótesis aórtica biológica sin sutura es una complicación muy frecuente, que se acompaña de complicaciones graves y con una mortalidad en la fase activa muy elevada.

825/89. AFECTACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ACROMEGALIA. ¿ES TAN INFRECUENTE LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA?

Isabel García Olea José Gregorio, Soto Rojas, Carlos Federico Gómez Navarro, Jose Manuel García Torrecillas, Manuel Blanca Padilla y Rebeca Reyes García

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La acromegalia es una enfermedad endocrina poco frecuente con un curso clínico insidioso y una evolución progresiva, que frecuentemente conduce a un diagnóstico tardío. La afectación cardiovascular (CV) constituye una de las principales causas de morbilidad. Entre el 40% y el 80% de los pacientes presentan algún grado de alteración CV atribuible a la enfermedad. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es la manifestación más prevalente. Otras complicaciones frecuentes incluyen la disfunción diastólica y la HTA. En contraste, la miocardiopatía dilatada (MCD) secundaria a acromegalia es una entidad muy infrecuente, descrita anecdóticamente en la literatura. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de afectación CV en pacientes diagnosticados de acromegalia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con acromegalia tratados en Unidad de Endocrinología de un hospital terciario. Se analizaron datos clínicos, epidemiológicos así como antecedentes cardiológicos y de enfermedad cardiovascular, centrándonos en datos ecocardiográficos y realizando *screening* de aquellos sin ecocardiografía durante el seguimiento.

Resultados: La población consta de 24 pacientes con acromegalia en seguimiento. La edad media es de $57 \pm 13,9$ años, el 54% eran varones con IMC medio de $29,6 \pm 6$. El 50% de los pacientes tenían HTA, el 41% DM tipo 2, un 20% reportaban tabaquismo. El 66% (16) de los pacientes tenían algún ecocardiograma realizado en su historia previa. Se realizaron 6 ecocardiogramas a propósito del estudio. Encontramos HVI > 12 mm en el 33% de la población con un grosor medio de $11,9 \pm 1,6$, en 3 pacientes (12,5%) encontramos una FEVI $< 50\%$ con diagnóstico compatible con miocardiopatía dilatada. Uno de los casos falleció antes de poderse completar estudio etiológico. En uno de los casos se realiza un panel genético encontrando mutación patogénica en gen TTN. El tercer caso mostró coronarias normales, sin variantes genéticas patogénicas, con diagnóstico de MCD secundaria a acromegalia.

Conclusiones: En nuestra serie hasta un 33% de los pacientes con acromegalia no tenían un ecocardiograma, a pesar de la importancia de las manifestaciones CV. Tras completar el estudio, encontramos una HVI significativa en el 33% de pacientes y una prevalencia de miocardiopatía dilatada del 12%, donde al menos un caso parece atribuible a la propia enfermedad.

825/90. ALBUMINURIA, MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR INFRAUTILIZADO

Eva González Llamas, José Ángel Becerra Gajón, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La albuminuria es un marcador establecido de la progresión de la enfermedad renal crónica. En los últimos años se ha objetivado que es un marcador de incremento de mortalidad cardiovascular, asociándose a un mayor riesgo de enfermedad coronaria, ictus, insuficiencia cardíaca, arritmias y enfermedad microvascular. En la actualidad existen varios tratamientos farmacológicos que reducen su aparición y están asociados a reducción de eventos cardiovasculares, sin embargo, el cribado de albuminuria en la población con riesgo cardiovascular es escaso. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia de la albuminuria en pacientes ingresados en una planta de Cardiología y evaluar cómo influye en su pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en planta de hospitalización de Cardiología de un hospital terciario durante 8 meses. Se evaluaron características clínicas, demográficas, así como la mortalidad hospitalaria y los reingresos por eventos cardiovasculares en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 242 pacientes, edad media 67,3 años. La prevalencia de HTA fue del 38%, DM 34% y ERC 21,9%. Los motivos principales de ingreso en Cardiología fueron SCA 52,89% seguido de IC 47,1%. De estos, solo el 23% de los pacientes presentaban ERC en el grupo de SCA y el 21% en el grupo de IC. El porcentaje de pacientes tratados con iSGLT2 fue 27% y con finerenona < 1%. Los niveles medios de albuminuria fueron de 155 mg/dl, objetivándose en un 25% albuminuria sin diagnóstico previo de ERC en el grupo de SCA y un 29% en los pacientes con IC. La presencia de albuminuria se asoció de forma significativa a los reingresos precoces y a las visitas a urgencias ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio, sugieren la alta prevalencia de albuminuria en los pacientes con eventos cardiovasculares independientemente de la presencia de ERC, siendo necesario incluir este marcador de forma rutinaria en los controles analíticos para el cribado de nuestros pacientes. Actualmente disponemos de terapias que permiten reducir los niveles de albuminuria pero los datos de nuestro estudio muestran que están siendo infrautilizadas para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

825/91. ASOCIACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO Y LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES DURANTE EL SEGUIMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Paula Marín Andreu¹, María del Carmen López Flores¹, Antonio Pablo Rivas García¹, Luis López Flores², Margarita Montero Parrilla¹ y Manuel Almendro Delia¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Electrofisiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de tako-tsubo (TKS) se caracteriza por una disfunción transitoria del ven-

trículo izquierdo (VI). Aunque tradicionalmente se ha considerado una condición benigna, se han observado tasas significativas de complicaciones y mortalidad durante el seguimiento, y su tratamiento a largo plazo sigue sin estar claramente definido. El objetivo de este estudio fue investigar las diferencias en la aparición de eventos cardiovasculares (MACE) según el tratamiento recibido al alta y durante el seguimiento en una cohorte de pacientes con TKS.

Métodos: Se utilizaron datos del registro nacional multicéntrico sobre síndrome de tako-tsubo (RETAKO). Se recopilaban las características basales y el tratamiento con IECA/ARA II, bloqueadores beta y estatinas al alta y durante el seguimiento. Se definió MACE como la recurrencia de TKS, reingresos relacionados con causas cardiovasculares y/o muerte durante el seguimiento. Se compararon los tratamientos recibidos al alta y durante el seguimiento con la ocurrencia de MACE, seguido de un análisis de regresión logística binaria ajustado por edad, sexo y factores de riesgo principales.

Resultados: Se analizaron un total de 1.573 pacientes, con una edad media de 71 años, siendo el 86,6% mujeres. Al alta, el 57,2%, 60,6% y 50% de los pacientes recibieron prescripción de bloqueadores beta, IECA/ARA II y estatinas, respectivamente; mientras que durante el seguimiento, el 15,8%, 17,7% y 15,1% continuaron con bloqueadores beta, inhibidores de la ECA/ARA II y estatinas, respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de MACE entre los grupos tratados con bloqueadores beta e inhibidores de la ECA/ARA II al alta. Sin embargo, en el análisis multivariado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de MACE durante el seguimiento entre los grupos de tratamiento, una vez ajustado por las variables incluidas en el modelo.

Conclusiones: El tratamiento con IECA/ARA II, bloqueadores beta y estatinas no se asocia con la ocurrencia de eventos cardiovasculares durante el seguimiento en una cohorte de pacientes con TKS. Aunque se observó una tendencia hacia la significación en la reducción de MACE con bloqueadores beta e inhibidores de la ECA/ARA II al alta, lo que sugiere un posible beneficio inicial de estos tratamientos, dicho beneficio parece disminuir durante el seguimiento.

825/92. ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES MEDIANTE CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS PULSADOS: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Marta Alcalá Ramírez del Puerto, Candy Ceballos Gómez, Leopoldo Fernández Ruz, Jaime González Lozano y Gabriel Ballesteros Derbenti

Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: La ablación con campo pulsado (*pulsed field ablation* o PFA) marca una nueva era en el tratamiento de la fibrilación auricular, realizando electroporación selectivamente en el miocardio y reduciendo así el daño sobre estructuras adyacentes. Nuestro objetivo es analizar la experiencia inicial en nuestro centro evaluando eficacia, seguridad, principales complicaciones y aspectos técnicos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de 98 pacientes con fibrilación auricular en los que se realiza ablación de venas pulmonares mediante PFA desde marzo de 2024 hasta la actualidad, recopilando datos clínicos y técnicos.

Resultados: El 62% eran hombres, con una edad media de 63 años, un 51% de hipertensos, 17% de diabéticos y 20% de obesos. El 29% eran fumadores, el 27% padecían apnea del sueño, el 56% presentaban FA paroxística y el 44% persistente, con cardiopatía estructural en el 39%. Solo el 3% se habían realizado una ablación previa. En todos los pacientes se utilizaron 2 accesos por vena femoral derecha, usando sedación con midazolam, propofol y fentanilo en el 99% y tan solo en un 1% anestesia general. La duración media de la intervención fue de 98 minutos y el tiempo de escopia medio de 12,5 minutos. En el 41% se llevó a cabo cardioversión eléctrica intraprocedimiento. Solo un 1% desarrolló parálisis frénica, destacando como otras incidencias en el 62%, contracciones involuntarias en el 7%, hipotensión en el 7% y bradicardia en un 6%, todas rápidamente resueltas. La técnica de cierre fue punto en Z en el 82% y sistema Perclose ProGlide en el 18%. Presentaron recurrencias precoces el 16% y un 2% desarrollaron complicaciones leves a nivel de los accesos vasculares. Se logró el éxito agudo en el 99%.

Conclusiones: La ablación con campo pulsado constituye un procedimiento novedoso, seguro, rápido y eficaz que permite disminuir el daño extracardiaco gracias a su selectividad en el tejido miocárdico, así como el tiempo por procedimiento. Aunque se alza como una prometedora alternativa a la crioablación, se necesitan más estudios con poblaciones más amplias y mayor duración, prestando especial atención a la tasa de recurrencias, complicaciones y nivel de sedación empleado.

825/93. ANÁLISIS EN VIDA REAL DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ICOSAPENTO DE ETILO

Rocío Sánchez Vaca¹, César Jiménez Méndez¹, Ana María Martínez Rodríguez², Ana Pérez Asensio¹, Magdalena Carrillo Bailén² y Miriam Auxiliadora Martín-Toro³

¹Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

²Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

³Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: El tratamiento con icosapento de etilo (IE) ha demostrado reducir los niveles de triglicéridos (TG) y de los eventos cardiovasculares, posiblemente multifactorial. El objetivo de este estudio fue evaluar el tratamiento con IE en una cohorte de vida real.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de tres centros. Se incluyeron los pacientes tratados con IE entre septiembre 2023-marzo 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. La efectividad se evaluó como la reducción en los niveles de TG y del resto del perfil lipídico. La adherencia se definió como la retirada = 75% de los envases prescritos. Se recogieron posibles reacciones adversas (RA) en el seguimiento. Para el análisis estadístico se utilizó IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyeron 250 pacientes (edad media 66 ± 10 años, 21,2% mujeres). El 76,8% eran hipertensos, el 58,8% diabéticos y el 83% dislipémicos. El 61,6% eran fumadores y el 12,8% consumían alcohol. El 94,8% tenía cardiopatía isquémica previa, el 24,8% enfermedad renal crónica y el 12,8% fibrilación auricular. En cuanto al tratamiento previo, el 92,8% recibían estatinas de alta intensidad, el 64% ezetimiba, el 8% ácido bempedoico, el 10,4% inhibidores de PCSK9, el 10,8% ésteres etílicos de ácidos grasos omega-3 y un 12,4% fibratos. El 17,6% inició IE durante la hospitalización. Tras un seguimiento de 363 ± 65 días, el 83,6% presentó buena adhe-

rencia. IE redujo los niveles de TG en un 26% (TG pre-IE 252 ± 137 mg/dl vs. TG post-IE 187 ± 110 mg/dl), el colesterol total (CT) en un 14% (CT pre-IE 140 ± 41 mg/dl vs. CT post-IE 120 ± 32 mg/dl) y el LDL en un 16% (LDL pre-IE 58 ± 30 mg/dl vs. LDL post-IE 49 ± 26 mg/dl). IE redujo un 59% los niveles de proteína C reactiva (PRC pre-IE 10,9 ± 8 mg/l vs. PCR post-IE 4,42 ± 3 mg/l). En cuanto a seguridad, se reportó 1 caso de fibrilación auricular *de novo* (0,4%), 2 de disgeusia (0,8%) y 1 hemorragia significativa (0,4%). Durante el seguimiento, 32 pacientes (12%) sufrieron eventos cardiovasculares mayores y 6 fallecieron (2,4%).

Conclusiones: El tratamiento en vida real con IE se asoció a una mejora del perfil lipídico e inflamatorio, mostrando un perfil de seguridad favorable. Son necesarios más estudios en vida real con grupo control para evaluar los beneficios en eventos cardiovasculares en el seguimiento.

825/94. DIFERENCIAS PRONÓSTICAS DE LA ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS BIOLÓGICA AÓRTICA SEGÚN EL TIPO DE PRÓTESIS

Enrique Enrile Sánchez, Juan Carlos Castillo Domínguez, Rafael González Manzanares, José López Aguilera, Manuel Crespín Crespín, Manuel Anguita Sánchez, Juan Diego Martín Díaz, Manuel Cabello Terrón, Nouha Vanessa Yacub Briceño y Jesús Alberto Torres Zamudio

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una complicación temida en los pacientes portadores de prótesis valvulares. Actualmente existe poca información respecto a la influencia del tipo de prótesis en el pronóstico de dichos pacientes. Nuestro objetivo fue el análisis clínico y pronóstico de los casos de EI sobre prótesis aórtica biológicas en pacientes atendidos en nuestra institución en los últimos 15 años.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de EI en nuestro centro desde 2010 hasta 2025.

Resultados: Nuestra serie se compone de 39 pacientes con EI, siendo 21 portadores de prótesis biológica quirúrgica convencional (grupo I), 10 portadores de TAVI (grupo II) y 7 portadores de prótesis *suturless* Perceval (grupo III). La incidencia de EI en el grupo I fue del 1,6%, en el grupo II del 0,78% y del 7% en el grupo III. La edad media de los pacientes del grupo II fue superior (80 ± 4 vs. 73 ± 4 años del grupo I y 66 ± 5 del grupo III, $p < 0,001$). No hubo diferencias respecto al sexo, cardiopatía de base, episodios previos de EI, la puerta de entrada o los casos de EI nosocomiales. La sensibilidad del ecocardiograma transtorácico fue similar en ambos grupos, así como la tasa de complicaciones graves durante la fase activa (68% en el grupo I, 60% en el grupo II y 100% en el grupo III). No hubo diferencias en cuanto a tasa de embolismos, insuficiencia cardiaca grave, complicaciones neurológicas, fallo renal agudo, abscesos o aneurismas micóticos. Hubo un mayor grado de sepsis persistente en los pacientes del grupo III (29 vs. 14% del grupo I y 10% del grupo II, $p < 0,001$). La tasa de cirugía (electiva o urgente) durante la fase activa fue superior en el grupo III (36% en el grupo I, 10% en el grupo II y 100% en el grupo III, $p < 0,001$). La mortalidad precoz fue significativamente superior en el grupo II (40 vs. 21% y 29% respectivamente, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con EI sobre TAVI son de mayor edad, se intervienen menos en la fase activa y presentan un pronóstico más desfavorable respecto al resto de prótesis biológicas aórticas.

825/95. VARIABLES ASOCIADAS CON LA ESTIMULACIÓN POR MARCAPASOS TRAS IMPLANTE DE TAVI

Adrián Garrido Vital, José Antonio Panera de la Mano, César Jiménez Méndez, Sebastián Mariscal Vázquez, Ana Ruiz Barrios, Jesús Rivera del Amo, Alberto Villar Ruiz, Tarek Alejandro Grez Gutiérrez, Rafael Vázquez García y Livia Gheorghe

Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: El implante de marcapasos tras el implante de una prótesis aórtica percutánea (TAVI) es una de las principales complicaciones del procedimiento. Sin embargo, son escasos los datos de seguimiento en estos pacientes. Este estudio analiza las variables asociadas con una mayor estimulación del marcapasos (MCP) tras implante de TAVI en el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico que incluyó a los pacientes sometidos a TAVI. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y relacionados con el procedimiento, así como variables relacionadas con el seguimiento. Se analizó el subgrupo de pacientes con implante de marcapasos tras TAVI y el porcentaje de estimulación.

Resultados: Se incluyeron un total 443 pacientes, 54% (242) mujeres, edad media $79 \pm 5,7$ años; de los cuales 76 pacientes (18%) requirieron implante de MCP, la mayoría por bloqueo auriculoventricular (BAV) completo (14,7%). 30% tenían QRS ancho previo al implante y 13% presentaban BAV de primer grado. Se analizaron los pacientes con mayor estimulación ventricular $> 50\%$ ($n = 50$) y estimulación $< 50\%$ ($n = 26$). La insuficiencia mitral previa al implante y en el seguimiento se asoció con una mayor estimulación en el seguimiento ($p = 0,003$). Además, los reingresos por insuficiencia cardíaca (IC) se asociaron así mismo con una mayor estimulación por el marcapasos ($p = 0,043$). No se encontró asociación entre el grado de estimulación con otras variables previamente relacionadas con el implante de MCP, como las alteraciones previas en el ECG o aspectos relacionados con el procedimiento (necesidad de posdilatación, tamaño de prótesis, tipo de prótesis).

Conclusiones: La insuficiencia mitral previa y el reingreso por IC se asociaron con una mayor dependencia de marcapasos en nuestra cohorte. Es necesario investigar los mecanismos subyacentes que expliquen esta asociación, con el fin de mejorar el seguimiento de estos pacientes y optimizar la selección de candidatos.

825/96. ASOCIACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO Y LA RECUPERACIÓN TARDÍA DE LA FRACCIÓN DE YECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Margarita Montero Parrilla¹, Luis López Flores², María del Carmen López Flores¹, Paula Marín Andreu¹, Antonio Pablo Rivas García¹ y Manuel Almendro Delia¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Electrofisiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Recientemente se ha demostrado en el síndrome de tako-tsubo la asociación entre una recuperación tardía de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), definida como más de 10 días desde el diagnóstico, con un peor pronóstico. Actualmente no hay estudios que relacionen el tratamiento intrahospitalario recibido y esta recuperación tardía. El objetivo de este trabajo fue valorar la asociación entre dicho tratamiento con la recuperación tardía de la FEVI.

Métodos: Se obtuvieron los datos del Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de tako-tsubo (RETAKO) entre 2012 y

2023. Se registraron las características basales y el tratamiento intrahospitalario, así como la recuperación tardía de la FEVI en el seguimiento. Se realizó un análisis univariante con chi cuadrado y posteriormente se comprobaron los resultados con un análisis multivariante controlado por los principales factores de riesgo cardiovascular y la presencia de shock durante la estancia hospitalaria empleando una regresión binomial.

Resultados: Se analizaron 1.573 pacientes, mayoritariamente mujeres (86,6%). La edad media fue de $71 \pm 11,68$ años. Un 13,5% de los pacientes eran obesos, 64,5% hipertensos, 19,6% diabéticos, 34,5% tenía dislipemia y 87,5% fumadores. Del total, 194 (12,3%) presentaron shock (cardiogénico u otra causa) durante su estancia hospitalaria. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la recuperación de la FEVI en aquellos que recibieron estatinas, que se asoció con una recuperación precoz de esta (OR 0,71 (0,55-0,91)). La ventilación mecánica invasiva (OR 1,94 (1,16-3,25)), ventilación mecánica no invasiva (OR 1,53 (1,02-2,31)) y soporte vasoactivo (OR 2,17 (1,42-3,29)) se asociaron con una recuperación tardía. Estas diferencias se evidenciaron tanto en el análisis univariante como multivariante. No se apreciaron diferencias en dicha recuperación entre los tratados con IECA/ARA II, bloqueadores beta o BCIAo.

Conclusiones: El tratamiento intrahospitalario con estatinas se asoció con la recuperación precoz de la FEVI, mientras que la VMI, VMNI y el soporte vasoactivo se asociaron con una recuperación tardía. Estos resultados pueden relacionarse con la fisiopatología de la enfermedad al implicar un aumento de catecolaminas en el manejo invasivo (ventilación y vasoactivos) y un posible efecto regulador del metabolismo lipídico por las estatinas. Hacen falta más estudios para confirmar estos hallazgos.

825/97. CRIBADO DE AMILOIDOSIS CARDIACA EMPLEANDO EL SCORE ECOCARDIOGRÁFICO IWT

Santiago Fernández-Gordón Sánchez¹, Fernando Gavilán Domínguez¹, José López Aguilera², María José Valle Caballero³, Pedro Cabeza Láinez⁴, Ana Manovel Sánchez⁵, Ana María González González⁶, María Luisa Peña Peña¹, José Manuel García Pinilla⁷ y María Dolores Mesa Rubio²

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

³Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

⁴Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

⁵Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

⁶Cardiología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

⁷Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La ecocardiografía es una herramienta fundamental del diagnóstico de sospecha de la amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR). La Sociedad Europea de Cardiología propone una puntuación = 8 en el score ecocardiográfico IWT (Increased Wall Thickness) para facilitar el diagnóstico de esta entidad. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y la aplicación de la puntuación IWT como cribado en una población con hipertrofia ventricular izquierda.

Métodos: Estudio multicéntrico prospectivo de pacientes consecutivos de 12 unidades de imagen cardíaca de Andalucía con hipertrofia ventricular izquierda = 12 mm no explicada. Se calculó la puntuación IWT y se descartó amiloidosis cardíaca por transtirretina en los pacientes con puntuación IWT = 8 puntos.

Resultados: Se incluyeron 583 pacientes (63% varones, edad media 70 ± 15 años). Los diagnósticos previos más frecuentes

fueron estenosis aórtica (21%), miocardiopatía restrictiva (14%) y cardiopatía hipertensiva (12%). Los síntomas más frecuentes fueron disnea y dolor torácico (37% y 15%) de los pacientes respectivamente). En el electrocardiograma el 3,4% de los pacientes tenían patrón de seudoinfarto y el 7,4% hipertrofia ventricular izquierda. En el ecocardiograma transtorácico el grosor del septo interventricular medio fue $14,8 \pm 2,7$ cms, predominando la hipertrofia concéntrica (71%) y la septal asimétrica (20%). El 79% de los pacientes tenían FEVI preservada y el 13% tenían derrame pericárdico. La puntuación IWT fue positiva (= 8) en 54 pacientes (9,3%), de los que 31 fueron diagnosticados de amiloidosis cardiaca por transtirretina (uno de ellos presentó la mutación Val50Met en el gen TTR) y 4 de amiloidosis AL.

Conclusiones: La puntuación IWT en pacientes no seleccionados con hipertrofia ventricular izquierda = 12 mm no explica permite sospechar el diagnóstico de amiloidosis cardiaca por transtirretina que se confirma en más de la mitad de los casos, aunque la amiloidosis AL debe ser incluida en el diagnóstico diferencial.

825/98. LIMITACIONES DE LA CLASIFICACIÓN SCACEST/SCASEST: EVALUACIÓN DEL PARADIGMA OMI/NOMI EN UNA COHORTE ESPAÑOLA

José Antonio Fernández Sánchez, Laura Pertejo Manzano, Vicente Alcalde Martínez, Joaquín Sánchez Gila y Eduardo Molina Navarro

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: En los últimos años, ha surgido un nuevo enfoque en la clasificación del SCA conocido como infarto de miocardio con oclusión o sin oclusión arterial (OMI/NOMI) que busca paliar el 25-35% de pacientes con diagnóstico de SCASEST que finalmente presentan una oclusión de arteria coronaria. La inteligencia artificial (IA) podría tener un rol importante para este cometido.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo para analizar la experiencia con la clasificación OMI/NOMI y una aplicación desarrollada con IA (PMcardio). El objetivo principal fue evaluar a los pacientes ingresados por SCASEST y determinar qué porcentaje de ellos serían reclasificados como OMI. Como objetivo secundario, se evaluó la sensibilidad del modelo en pacientes admitidos bajo el protocolo de Código Infarto.

Resultados: Con respecto al objetivo principal, se incluyeron 42 pacientes con diagnóstico de SCASEST en un periodo de 1 mes. El 20% presento una oclusión total o subtotal de una arteria coronaria aguda en la coronariografía. Las arterias coronarias implicadas fueron la CD (55,5%), seguida de la DA (20%) y la Cx (20%). En este subgrupo de pacientes, la aplicación identificó correctamente como OMI a 5 de ellos (55,5%), lo que habría reducido la tasa de falsos negativos al 8,9%. En los 33 pacientes restantes (78,6%), que no presentaban oclusión aguda, la aplicación tuvo una precisión del 91%, con un 9% de falsos positivos. En consecuencia, el modelo mostró un aumento de la sensibilidad diagnóstica con una disminución en la especificidad. Para el segundo objetivo, se analizaron retrospectivamente 59 pacientes consecutivos con diagnóstico de SCACEST sometidos a ICP primaria en un periodo de tres meses. La aplicación presentó la misma tasa de verdaderos positivos (75%) y sensibilidad (97,8%) que el manejo habitual, aunque el porcentaje de falsos positivos se redujo del 23,7% al 6,77% tras la reclasificación de 10 pacientes. Si la toma de decisiones se hubiera basado exclusivamente en la aplicación, se habrían activado 49 Códigos Infarto (11 menos), sin comprometer la sensibilidad.

Conclusiones: El paradigma OMI/NOMI podría proporcionar una visión más precisa para identificar a los pacientes que requieren reperfusión emergente. La IA podría desempeñar un papel clave en esta transición.

825/99. ESTIMULACIÓN HISIANA VS. ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA: ECG DE ULTRAALTA FRECUENCIA COMO HERRAMIENTA PARA GUIAR LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA Y EVALUAR DIFERENCIAS

Manuel Luque Pérez, José Andrés del Valle Montero, Félix Rosa Longobardo, Iris María Esteve Ruiz, Pablo Moriña Vázquez y Antonio Gómez

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La estimulación hisiana (HBP) y del área de rama izquierda (LBBAP) surgen como alternativas fisiológicas en la terapia de resincronización cardiaca (TRC). Sin embargo, comparar su efectividad y optimizar el lugar de estimulación sigue siendo un reto. El electrocardiograma de ultra-alta frecuencia (UHF-ECG) permite una evaluación precisa de la activación ventricular, facilitando guiar el procedimiento.

Métodos: Analizamos una muestra de 57 pacientes sometidos a TRC entre octubre-2023 y noviembre-2024, siendo la indicación principal de estimulación la miocardiopatía asociada a BRIHH (26,3%), seguido de la etiología isquémica (19,3%) y BRIHH tras implante de TAVI (19,3%). Como técnica se usó HBP en 43,9% y LBBAP en 56,1% de los pacientes. El procedimiento se realizó guiado mediante UHF-ECG en tiempo real para valorar la sincronía ventricular y confirmando el buen resultado de la técnica.

Resultados: La edad media de la muestra fue $72,6 \pm 10,6$ años, siendo un 54,4% hombres. En cuanto a comorbilidades, el 75,4% eran hipertensos, 64,9% dislipémicos, 33,3% diabéticos y el 33,3% padecían ERC (eGF < 60). Un 60,7% recibieron implante de marcapasos y el 39,3% DAI-TRC. La FEVI media al implante era $44,1 \pm 14\%$, con DTDVI $53,1 \pm 9,6$ mm y clase NYHA de 1-2. Tras la resincronización, comparamos los resultados obtenidos mediante ECG-UHF, obteniendo una reducción estadísticamente significativa tanto de la anchura del QRS (ms) ($p < 0,001$) como del área del QRS (μ Vs) ($p < 0,001$) mediante HBP y LBBAP. Por otro lado, comprobamos que no hay diferencias estadísticamente significativas en la anchura del QRS ($p = 0,728$) ni en el área ($p = 0,528$) obtenida por ambas técnicas.

Conclusiones: El uso de ECG de ultra alta frecuencia permite guiar de forma precisa la terapia de resincronización cardiaca mediante estimulación hisiana o del área de la rama izquierda. En nuestra muestra, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros eléctricos analizados entre ambas técnicas, lo que sugiere una eficacia comparable en términos de sincronía ventricular. Estos hallazgos respaldan el uso del UHF-ECG como herramienta útil tanto para la selección como para la validación del resultado del implante en tiempo real.

825/100. EVALUACIÓN DEL IMPACTO FUNCIONAL Y CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR: ANÁLISIS DEL SF-36 Y FEVI

Juan Manuel García Medina, Rafaela Luque López, Asunción García Merino, Manuel Crespín Crespín, Ángela Heredia Torres, Manuel Anselmo Ruiz, María del Carmen de la Torre Sáez, Mercedes Azores Águila, María Dolores Castro Muñoz y José López Aguilera

Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardíaca crónica es una patología de elevada prevalencia y morbimortalidad, cuya gestión integral requiere un enfoque multidisciplinar centrado en la mejora de la calidad de vida y parámetros clínicos. Este estudio analiza los cambios en la percepción de salud mediante el cuestionario SF-36 y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Métodos: Incluimos a 22 pacientes que son derivados para inclusión en programa de rehabilitación cardíaca tras haber ingresado por una ICFeR (insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida). A dichos pacientes les hemos aplicado el test SF-36 tanto al inicio del programa como al final. Se incluyeron 16 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 60,4 años, distribuidos equitativamente entre etiología isquémica y no isquémica.

Resultados: El SF-36, que evalúa ocho dimensiones del estado de salud, mostró una mejoría media de 14,6 puntos tras la intervención ($p < 0,001$). La FEVI también experimentó una mejora significativa, con un incremento medio de 21,3 puntos porcentuales en los pacientes con datos completos ($p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mejora del SF-36 según el sexo ($p = 0,768$) ni según la etiología ($p = 0,599$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la intervención fue eficaz para mejorar tanto la calidad de vida percibida como la función cardíaca objetiva, independientemente del sexo o etiología. No obstante, la limitada muestra y la ausencia de ciertos valores en algunos pacientes podrían haber reducido la potencia del análisis. Futuros estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo permitirán validar estos hallazgos y explorar en mayor profundidad los factores asociados a una mejor recuperación funcional.

825/102. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

Antonio Pablo Rivas García¹, Margarita Montero Parrilla¹, Paula Marín Andreu¹, Luis López Flores², María del Carmen López Flores¹ y Manuel Almendro Delia¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

²Electrofisiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de tako-tsubo (STK) se caracteriza por una disfunción transitoria típicamente del ventrículo izquierdo con afectación de los segmentos apicales. Ha sido considerado como una entidad benigna por la recuperación de la función ventricular. No obstante, presenta unas tasas de complicaciones y mortalidad que en algunas series se asemejan al síndrome coronario agudo, en especial en aquellos pacientes que desarrollan shock cardiogénico, una condición crítica con alta morbimortalidad. El objetivo de este análisis fue comparar, dentro de una cohorte de pacientes con STK, si existían diferencias en las características clínicas y ecocardiográficas entre aquellos pacientes que desarrollaron shock cardiogénico frente los que no lo desarrollaron durante su ingreso.

Métodos: Se obtuvieron los datos del Registro nacional multicéntrico sobre síndrome de tako-tsubo (RETAKO) desde 2012 hasta 2023. Comparamos las características basales, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales, desencadenantes y variables ecocardiográficas de los pacientes con STK que desarrollaron shock cardiogénico durante el ingreso y los que no lo hicieron.

Resultados: Se analizaron un total de 1.573 pacientes, de los cuales 156 presentaron shock cardiogénico durante el ingreso, con una edad media de 69 años, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con mayor presencia de varones (25 vs. 12,1%), diabetes (25,6 vs. 19%), enfermedad arterial periférica (14,1 vs. 7,9%), EPOC/asma (32,7 vs. 20,4%) e insuficiencia cardíaca (27,6 vs. 18,6%) en aquellos pacientes que desarrollaron shock cardiogénico durante el ingreso, así como desencadenantes físicos y tratamiento oncológico activo a su ingreso. No obstante, la presencia de cardiopatía isquémica previa y los desencadenantes psicológicos fueron menos frecuentes de forma estadísticamente significativa en los pacientes que presentaron shock cardiogénico.

Conclusiones: La menor frecuencia de cardiopatía isquémica y desencadenantes psicológicos en pacientes con shock cardiogénico sugiere un rol menos determinante en su desarrollo, mientras que factores como ser varón, tener diabetes o enfermedad arterial periférica aumentan el riesgo de esta complicación en el síndrome de tako-tsubo. Identificar estos patrones mejora la comprensión de esta patología compleja y podría ayudar a predecir qué pacientes están en mayor riesgo de evolucionar hacia el shock cardiogénico.

825/103. AFECTACIÓN CARDIACA EN LA LIPODISTROFIA FAMILIAR PARCIAL TIPO 2. DATOS EN VIDA REAL EN UN ÁREA HOSPITALARIA CON ALTA INCIDENCIA DE ESTA ENFERMEDAD

Marina Fernández Aragón¹, Carlos Perea Alfaro¹, Ana Manovel Sánchez¹ y Pilar Rodríguez Ortega²

¹Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

²Endocrinología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La lipodistrofia familiar parcial 2 (LDPF2) es una rara enfermedad genética de baja prevalencia. De herencia AD, por mutaciones en el gen LMA, codificante de las láminas A y C. La mayoría de las variantes localizadas en hot spot que codifican la arginina en posición 482. Fenotípicamente, caracterizados por déficit de tejido adiposo en miembros y trastornos metabólicos como hiperTG y DM. La ECVA es la más frecuente, siendo infrecuente miocardiopatía hipertrófica, valvulopatías o trastornos del ritmo. El objetivo es describir características fenotípicas y genotípicas, asociación con cardiopatía y evolución tras el diagnóstico.

Métodos: Estudio monocéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes LDPF2 en Hospital Juan Ramón Jiménez. Analizamos principales comorbilidades, variantes mutacionales, FRCV, patologías cardiovasculares y seguimiento tras diagnóstico. Variables expresadas como media y DE.

Resultados: Muestra de 29 pacientes, con media edad 49 ± 10 años, 21 mujeres y 8 hombres. Un 57,1% DLP con hipertrigliceridemia el 51,4%, HTA 45,7%, DM2 34,3%, obesidad con IMC > 30 22,9%, ERC 14,3% y EPOC 8,5%. En nuestra serie, el 8,6% tienen cardiopatía isquémica FEVI preservada ($> 50\%$) 71,4%. El 17,1% presentaban clínica neurológica, siendo la distrofia muscular la más frecuente. En cuanto a las mutaciones de LMNA, la más prevalente fue p.Arg482Trp (16 pacientes, 45,7%), relacionándose 2 de ellos con MCD FEVI moderadamente deprimida e implante DAI-TRC con múltiples ingresos en cardiología; otro con disfunción grave isquémica e implante DAI-TRC. Una paciente fallecida por causa no cardíaca. La mutación en el exón R28W p.Arg28Trp (6 pacientes, 17,1%) provocó en 2 disfunción isquémica con implante de

DAI-TRC en 1 de ellos y en el resto HVI moderada. 1 paciente con mutación en p.Leu85Val con MCD disfunción grave e implante DAI-TRC y alta carga familiar de cardiopatía. Otro con p.Arg25Cys con MCR e implante DAI-TRC. Otro con LDPF2 con genética negativa. Los pacientes con mutación en p.Arg190Trp, Arg482Gln, p.Asn231Lys o p.Gly523Arg no presentan cardiopatía.

Conclusiones: Se sabe que la LDPF2 se relaciona con mutaciones en el gen LMA. De ellas, la más relacionada con cardiopatía fue la mutación p.Arg28Trp, dando lugar MCD con implante DAI-TRC. Siendo importante su sospecha si hipertrofia muscular, miocardiopatía, resistencia a la insulina y DLP.

825/104. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CARDIÓPATAS

José Alberto Becerra Mejías¹, Guadalupe Gil Fernández², Luis Miguel Lara Godoy³, María Yuste Domínguez⁴, Julio Carmona Blesa⁵ y Francisco José Rodríguez Velasco²

¹Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Plasencia (UEX), Cáceres. ²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz. ³Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz. ⁴Servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz. ⁵Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Cáceres.

Introducción y objetivos: Diversos estudios han demostrado la efectividad de los programas de rehabilitación cardíaca (RC) para mejorar significativamente la enfermedad cardiovascular y optimizar la composición corporal de los pacientes cardíopatas. Estos programas, que combinan ejercicio supervisado, educación para la salud y apoyo psicosocial, han mostrado reducir factores de riesgo cardiovasculares y mejorar parámetros como la masa magra y la grasa corporal. El objetivo del presente estudio fue determinar el impacto que la RC tiene específicamente en la composición corporal de los pacientes cardíopatas que participan en estos programas.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo longitudinal con pacientes incluidos en un programa de RC de 9 semanas, desarrollado en el Servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca del Hospital Universitario de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud). Se llevaron a cabo sesiones de RC supervisadas y se recopilaron variables sociodemográficas de los participantes. La composición corporal fue evaluada al inicio (T0) y al finalizar el programa (T1) mediante un analizador de bioimpedancia TANITA del grupo de investigación GIBIPSO. El nivel de significación estadística se estableció en $p = 0,05$.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 109 pacientes cardíopatas (94 hombres) con una edad media de $60,45 \pm 7,69$ años. Se obtuvieron diferencias pre(T0)-post(T1) estadísticamente significativas en [calidad muscular] (media T0 = 52,53, media T1 = 53,03, $p = 0,021$), en [% de masa muscular esquelética] (media T0 = 30,26, media T1 = 30,57, $p \leq 0,001$) y en [sarcopenia] (media T0 = 8,59, media T1 = 8,64, $p = 0,008$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la RC tuvo un impacto positivo en la composición corporal de los pacientes, evidenciándose mejoras en la calidad muscular, un aumento en la masa muscular esquelética y una reducción en los indicadores asociados a la sarcopenia.

825/105. VARIABLES ASOCIADAS CON LA MORTALIDAD EN EL SEGUIMIENTO TRAS EL IMPLANTE DE TAVI

José Antonio Panera de la Mano¹, César Jiménez¹, Adrián Garrido Vital¹, Sebastián Mariscal Vázquez¹, Juan Ignacio Lubián Esplugues¹, Mauricio Urgiles Ortiz¹, Alejandro Barbero Rodríguez², Rafael Vázquez García¹, Livia Gheorghe¹ y Alberto Fernández Caldevilla¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) es el procedimiento de elección para el tratamiento de la estenosis aórtica grave degenerativa en pacientes > 75 años o con riesgo quirúrgico elevado. Sin embargo, los datos del seguimiento a largo plazo en vida real son escasos.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a implante de TAVI en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y relacionados con el procedimiento así como variables relacionadas con eventos en el seguimiento. Se analizaron los eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 443 pacientes, edad media $79,2 \pm 5,7$; 54% mujeres. El 23% de los pacientes habían presentado insuficiencia cardíaca (IC) previo al implante de TAVI y el 35% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. En el seguimiento fallecieron 44 pacientes (10%). La mortalidad fue mayor en pacientes con mayor edad, diabetes, con antecedentes de cardiopatía isquémica previa, con un peor perfil de la IC (peor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), clase funcional, ingreso previo por IC y congestión en el momento del implante). En el seguimiento, los reingresos por todas las causas tras el implante de TAVI se asociaron también con una mayor mortalidad, especialmente los reingresos debidos a IC. Además de los nuevos eventos coronarios.

Conclusiones: Los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica y datos de IC previo al implante de TAVI se asociaron con una mayor mortalidad tras el implante de la misma. Es necesario identificar el perfil de mayor riesgo de los pacientes sometidos a TAVI e implementar medidas para mejorar su pronóstico.

825/106. IMPACTO DEL SEXO FEMENINO EN LA FRECUENCIA Y EFECTIVIDAD DEL CIERRE DE LA OREJUELA DE LA AURÍCULA IZQUIERDA DESPUÉS DE HEMORRAGIAS GRAVES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR: DATOS DE VIDA REAL DEL REGISTRO PERSEO

Aurora María Martínez Ballesta¹, Martín Ruiz Ortiz², Ana María Martínez Rodríguez³, Lucas Javier Barreiro Mesa², Alejandro Recio Mayoral⁴, Carlos del Toro Esperón⁵, Sara Ballesteros Pradas⁶, Susana Pérez Córdoba⁷, Leticia Mateos de la Haba⁸ y Laura Jordán Martínez¹

¹Cardiología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. ²Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Cardiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ⁶Cardiología, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

⁷Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

⁸Cardiología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue analizar el impacto del sexo femenino en la frecuencia y efectividad del cierre percutáneo de orejuela izquierda (LAAC) en pacientes

anticoagulados por fibrilación auricular (FA) que sobreviven a una hemorragia grave en Andalucía.

Métodos: El registro PERSEO (Prevención de eventos embólicos tras una hemorragia grave en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular) fue un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a todos los pacientes consecutivos dados de alta vivos entre enero 2021 y diciembre 2022, tras una hemorragia intracraneal o digestiva grave, que estaban anticoagulados previamente para FA, en todos los hospitales públicos andaluces con programa de LAAC, que podían ser candidatos a LAAC o a anticoagulantes directos. Analizamos características basales, frecuencia de LAAC y eventos en el seguimiento en todos los pacientes y en aquellos tratados con LAAC, analizando la diferencia entre sexos.

Resultados: De una población de referencia de 7.119.044 habitantes en 15 hospitales, se incluyeron 1.403 pacientes (mediana de edad 81 [p25-75, 76-87] años, 48,4% mujeres). Se realizó LAAC en 114 pacientes (8,1%) a una mediana de 5 [2-10] meses tras el alta. Las mujeres presentaban diferencias significativas en variables basales clave. La frecuencia de LAAC fue similar a los varones (7,2 vs. 9,0%, $p = 0,226$), incluso después de ajustar por factores de confusión (OR 0,88; IC95%: 0,54-1,43; $p = 0,608$). Tras una mediana de seguimiento de 19 [8-26] meses, la supervivencia global y la supervivencia libre de cualquier evento embólico o hemorrágico fue del 69% y 53%, sin diferencias significativas entre sexos. Tras el LAAC, la supervivencia global y la supervivencia libre de cualquier evento embólico o hemorrágico fue 87% y 67% en la mediana de seguimiento (17 [9-23] meses), sin diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones: En pacientes anticoagulados por FA que sobrevivieron a una hemorragia grave en todos los hospitales públicos con programa LAAC en Andalucía en 2021-2022, candidatos a ACOD, no encontramos ningún sesgo de sexo en la utilización de la estrategia LAAC ni diferencias significativas en los resultados entre sexos.

825/108. CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN EVALUADOS EN UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Ernesto Ruiz Pereira¹, Helena Llamas Gómez¹,
María Luisa Peña Peña¹, Alejandro Adsuar²,
José Miguel Borrego Domínguez²
y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de Marfan es una colagenopatía hereditaria, asociada a variantes del gen FBN1, caracterizada por dilatación aórtica, luxación del cristalino y anomalías esqueléticas. Dado el riesgo elevado de eventos aórticos agudos, las guías actuales recomiendan umbrales quirúrgicos menores, aunque la expresión fenotípica es variable. Presentamos la evolución clínica, aórtica y quirúrgica de una cohorte de pacientes con Marfan.

Métodos: Estudio observacional, analítico, ambispectivo de pacientes con diagnóstico clínico y/o genético de Marfan, evaluados entre 1999 y 2025, con seguimiento mediano de 9,8 años (RIQ 4,3-13,9). Se analizaron variables clínicas, genéticas, medidas aórticas, eventos y cirugías cardiovasculares.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes (49% varones), con edad mediana al diagnóstico de 26 años (RIQ 9-46). El 45% fueron casos índice; 10% tenía antecedentes de muerte súbita familiar < 40 años. El 98% presentaba mutaciones en FBN1: 43% truncantes, 39% missense con pérdida de cisteína, 16%

missense no relacionadas con cisteína. Un 18% presentaban hipertensión, 43% luxación del cristalino, 43% anomalías esqueléticas (score sistémico = 7) y 33% prolapso valvular mitral. El 41% recibía bloqueadores beta, 15% IECA/ARA-II y 19,6% ambos. La raíz aórtica mostró una media de $40,3 \pm 9,1$ mm (Z-score mediana +2,2, RIQ 1-3,4) y la aorta ascendente $33,3 \pm 7,7$ mm, (Z-score +0,8, RIQ 0,12-1,8). 15 pacientes (29,4%) requirieron intervención aórtica: 5 pacientes (9,8%) por disección aórtica (4 tipo A quirúrgicas, 1 tipo B endovascular); y 10 cirugías electivas por aneurisma (19,6%). Todas las cirugías incluyeron abordaje valvular y aórtico, mediante técnica de Yacoub (50%), Bentall (36%) y David (14%); 3 incluyeron reparación mitral (6%). Hubo un fallecimiento (2%) por insuficiencia cardíaca. El prolapso mitral se asoció significativamente con historia familiar de aortopatía (RR 1,6; $p = 0,016$), mayor score sistémico (+2,2; $p = 0,032$), mayor diámetro de aorta ascendente (+4,7 mm; $p = 0,048$) e, independientemente, a intervención aórtica (RR 4,8; $p = 0,032$).

Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes con síndrome de Marfan de nuestra cohorte requirió intervención aórtica, destacando la importancia del seguimiento multidisciplinar y la cirugía preventiva. El prolapso valvular mitral se asoció a un fenotipo más grave y mayor riesgo de progresión aórtica, lo que podría ayudar a identificar pacientes con peor pronóstico desde etapas tempranas.

825/109. DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LOS DIFERENTES ENDOTIPOS DE LA ANGINA SIN ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CORONARIA Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Miguel Barranco Gutiérrez, Isabel Lourdes Merino González,
Rosa María Cardenal Piris, Carmen Federero González,
Alba Abril Molina, Agustín Guisado Roca,
Mónica Fernández Quero y Francisco José Díaz Fernández

Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El ANOCA (angina sin enfermedad obstructiva coronaria) continúa siendo una entidad infra-diagnosticada. En los últimos años se han realizado numerosos estudios que evalúan la mejoría sintomática cuando se realiza un diagnóstico específico y un tratamiento personalizado. Este estudio tiene como objetivo realizar un diagnóstico más concreto dentro de esta entidad, para poder seleccionar un tratamiento dirigido y mejorar así la calidad de vida de nuestros pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico conformado por una cohorte de 39 pacientes reclutados desde agosto del 2023 hasta marzo del 2025, a los que se les realizó una coronariografía por dolor torácico (77%), angina inestable (20%) o IAMSEST (3%). En todos ellos se comprobó la ausencia de lesiones coronarias significativas, tras lo cual se llevó a cabo el test de provocación de espasmo coronario y el estudio de índices funcionales para el diagnóstico diferencial de los diferentes endotipos del ANOCA. Todos ellos completaron el cuestionario de calidad de vida (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) basal, al primer, sexto y al año.

Resultados: De los 39 pacientes de nuestra cohorte el 59% eran varones, con una edad media de 62 años y con la presencia de diferentes factores de riesgo. El endotipo más frecuente fue el dolor torácico no cardíaco (28%) seguido de la enfermedad microvascular (25,6%), vasoespasmo epicárdico (15,4%), disfunción endotelial (17,9%), endotipo mixto (10,3%) y espasmo microvascular (2,6%). El SAQ tuvo una puntuación media basal de $66,6 \pm 13,2$, al primer mes $71,77 \pm 10,8$, al sexto mes $71,77 \pm 16,6$ y al año $70,4 \pm 18,7$, con una diferencia significativa entre la puntuación basal y al primer mes ($p = 0,025$), manteniéndose

en el seguimiento al año. Comparando los distintos endotipos, esta mejoría sintomática se mantiene en todos ellos excepto en el endotipo mixto, que de forma basal tiende a presentar peor calidad de vida y que mantiene en el seguimiento.

Conclusiones: La realización del estudio funcional y test de vasoespasma en pacientes con ANOCA permite el diagnóstico diferencial de los diferentes endotipos de ANOCA y con ello aplicar un tratamiento dirigido a su enfermedad, lo que hace que mejore la calidad de vida de forma significativa durante el seguimiento.

825/110. ¿CONOCEMOS TODAS LAS VARIABLES PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES TRAS EL IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA PERCUTÁNEA?

José Antonio Panera de la Mano¹, César Jiménez¹, Adrián Garrido Vital¹, Sebastián Mariscal Vázquez¹, Manuel Jesús Tey Aguilera¹, Mauricio Urgiles Ortiz¹, Alejandro Barbero Rodríguez², María Ángeles Bernal Jiménez¹, Rafael Vázquez García¹ y Livia Gheorghe¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, Cádiz.

Introducción y objetivos: El implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) es el procedimiento de elección para el tratamiento de la estenosis aórtica grave degenerativa en pacientes > 75 años o con riesgo quirúrgico elevado. Sin embargo, los datos del seguimiento a largo plazo en vida real son escasos.

Métodos: Análisis retrospectivo y unicéntrico de los pacientes sometidos a implante de TAVI en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos, ecocardiográficos y relacionados con el procedimiento así como variables relacionadas con eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 443 pacientes, edad media 79,2 años $\pm$ 5,7, 54% mujeres. El 23% de los pacientes habían ingresado por episodio de insuficiencia cardíaca (IC) previo al implante de TAVI. En el seguimiento fallecieron o ingresaron por IC 57 pacientes, 12,8%, (44 pacientes fallecieron (10%) y 25 ingresaron por IC (5%). Los pacientes más mayores, diabéticos, con fibrilación auricular y mayor carga de comorbilidades (según la escala Charlson), polifarmacia y dependencia (escala Katz) presentaron unas tasas más altas de muerte/reingreso por IC en el seguimiento. Los pacientes con un peor perfil de la IC (peor fracción de eyección, clase funcional durante el seguimiento, ingreso por IC previo y congestión en el momento del implante) y antecedentes de cardiopatía isquémica también presentaron un pronóstico más desfavorable.

Conclusiones: Es necesario identificar los pacientes con un peor pronóstico tras el implante de TAVI e implementar medidas para mejorar su pronóstico. La IC, la cardiopatía isquémica y variables geriátricas como la dependencia, la comorbilidad y la polifarmacia se asocian con una evolución más desfavorable en esta población.

825/111. CARACTERIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS AGUDA EN LA ÚLTIMA DÉCADA Y RELACIÓN CON LA PANDEMIA POR COVID-19

Manuel Cabello Terrón¹, Juan Márquez Morínigo², Juan Diego Martín Díaz¹, Nouha Vanessa Yacub Briceño¹, Enrique Enrile Sánchez¹, Diana Ladera Santos¹, Laura Velarde Morales¹, Laura Calvo Gutiérrez¹, Rafael Iglesias López¹ y Rafael González Manzanares¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba.

Introducción y objetivos: La miocarditis aguda es una patología que afecta predominantemente a personas jóvenes y suele tener un curso clínico benigno. Durante la pandemia COVID-19 se reportó un incremento de los casos de miocarditis. De forma paralela, en los últimos años, se ha incrementado la disponibilidad de pruebas diagnósticas no invasivas para el diagnóstico de esta patología (troponina ultrasensible, resonancia magnética) con mayor precisión. El objetivo de este estudio fue comparar la incidencia, los métodos diagnósticos y las formas de presentación de esta enfermedad durante los últimos 10 años, así como analizar los cambios acontecidos antes y después de la pandemia COVID-19.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, en el que se analizaron todos los ingresos con diagnóstico de miocarditis aguda no complicada en nuestro centro desde el año 2015. Se agruparon los casos según la fecha de diagnóstico (antes o después de la pandemia COVID-19).

Resultados: Se incluyeron 152 hospitalizaciones por miocarditis. La incidencia se mantuvo estable en el periodo estudiado ($p = 0,584$), aunque se observó una mayor frecuencia de casos durante los meses de invierno en comparación con otras estaciones ($p = 0,006$). La mayoría fueron varones con una edad media de 27 ± 12 años, baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y sin antecedentes de cardiopatía en más del 85% de los casos. No se encontraron diferencias relevantes entre ambos grupos. El dolor torácico fue la norma de presentación más común (97,4%), sin diferencias estadísticamente significativas entre los periodos pre y post-COVID-19 ($p = 0,057$). En lo referente al diagnóstico, se objetivó un incremento en la utilización de técnicas de imagen, como el ecocardiograma transtorácico ($p < 0,001$) y la resonancia magnética cardíaca ($p < 0,001$).

Conclusiones: En conclusión, la incidencia de miocarditis se mantuvo estable en los últimos años, sin encontrar diferencias en el número de ingresos ni en las características de los pacientes ingresados antes o después de la pandemia por COVID-19. No obstante, se evidenció un aumento del uso de técnicas de imagen para su diagnóstico.

825/112. DEL GENOTIPO AL FENOTIPO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Ernesto Ruiz Pereira¹, Helena Llamas Gómez¹, María Luisa Peña Peña¹, Alejandro Adsuar², José Miguel Borrego Domínguez² y José Francisco Díaz Fernández¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción y objetivos: El síndrome de Marfan es una colagenopatía hereditaria asociada a variantes del gen FBN1, con amplia heterogeneidad fenotípica. El tipo de variante puede influir en la expresión clínica, destacando las mutaciones truncantes y aquellas que afectan al aminoácido cisteína. Presentamos una cohorte de pacientes con Marfan, analizados según su genotipo.

Métodos: Estudio observacional, analítico, ambispectivo de pacientes con síndrome de Marfan evaluados entre 1999 y 2025, con mediana de seguimiento de 9,8 años (RIQ 4,3-13,9). Se analizaron variables demográficas, clínicas, diámetros aórticos, eventos y cirugía cardiovascular; estratificando por genotipo: variantes truncantes (TR), missense con pérdida de cisteína (MPC) y missense sin afectación de cisteína (MNC).

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes (49% varones), mediana de edad 26 años (RIQ 9-46). El 45% eran casos índice. Un

18% presentaban hipertensión, 43% luxación del cristalino, 43% anomalías esqueléticas (score sistémico = 7) y 33% prolapso mitral. La raíz aórtica media fue de $40,3 \pm 9,1$ mm y la aorta ascendente mediana de 33 mm (RIQ 29-36). Durante el seguimiento, 15 pacientes (29,4%) fueron intervenidos: 5 por disección aórtica (9,8%) y 10 electivos (19,6%). Un paciente falleció (2%). El 98% presentaba mutaciones en FBN1: TR en 22 pacientes (43%), MPC en 20 (39%) y MNC en 8 (16%). La distribución por sexos y porcentaje de casos índice fue similar entre grupos. Los pacientes con MNC tendieron a diagnosticarse más tardíamente (MNC 41, MPC 24, TR 28 años; $p = 0,147$) y a mayor prevalencia de hipertensión (MNC 37%, MPC 5%, TR 22%; $p = 0,096$). El score sistémico fue similar entre grupos (40-50%). Las variantes MPC se asociaron significativamente a mayor luxación del cristalino (MPC 70%, MNC 25%, TR 27%; $p = 0,01$). Aunque los diámetros aórticos completos fueron similares, TR y MPC mostraron tendencia no significativa a mayor frecuencia de disecciones aórticas (TR 13,6%, MPC 10%, MNC 0%) e intervenciones aórticas (TR 43%, MPC 25%, MNC 12,5%; $p = 0,066$), respectivamente.

Conclusiones: El genotipo en FBN1 influye en la expresión clínica del Síndrome de Marfan. En nuestra cohorte, las variantes MPC se asociaron con mayor luxación del cristalino; mientras que TR, principalmente, y MPC, mostraron tendencia a diagnóstico más precoz, mayor riesgo de eventos y necesidad de cirugía.

825/113. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR CADENAS LIGERAS Y POR TRANSTIRRETI

Álvaro Roldán Guerra¹, José López Aguilera¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Nerea Aguayo Caño¹, Cristina Urbano Sánchez¹, Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Gloria María Heredia Campos¹, Cristina Pericet Rodríguez², Mónica Delgado Ortega² y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario de Puertollano, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La amiloidosis es una enfermedad sistémica compleja con un amplio espectro de tipos y presentaciones clínicas que es debida al acúmulo de proteínas patológicas mal plegadas en el intersticio de los tejidos. La amiloidosis cardíaca (AC) provoca una miocardiopatía restrictiva de la que se conocen dos tipos fundamentales según la proteína involucrada: por depósito de cadenas ligeras (AC-AL) y de transtirretina (AC-TTR). Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico diferencial de la AC según su tipo y el impacto pronóstico a medio plazo en nuestro medio.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de un hospital terciario de una cohorte de paciente diagnosticados de AC entre 2013 y 2025. El diagnóstico de AC y su tipo se definió según los criterios del grupo de trabajo de miocardiopatías de la Sociedad Europea de Cardiología. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas, ecocardiográficas, radiológicas y anatomopatológicas. Se realizó un análisis comparativo de las mismas entre AC-AL y AC-TTR. Se actualizó seguimiento hasta abril de 2025 y se evaluó el pronóstico en términos de reingresos por IC y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 112 pacientes, de los cuales 29 (25,9%) fueron diagnosticados de AC-AL y 83 (74,1%) AC-TTR. Los pacientes con AC-TTR al diagnóstico presentaban mayor edad media ($77,8 \pm 9$ años vs. $64,9 \pm 10,3$ años, $p < 0,001$) con menor porcentaje de mujeres (23,8 vs. 41,4%, $p = 0,015$) y con mayor proporción de fibrilación auricular (53 vs. 20,7%, $p =$

0,018). Este grupo precisó mayor tasa de estimulación cardíaca permanente (27,7 vs. 6,9%, $p = 0,02$). Respecto a hallazgos electrocardiográficos, hubo mayor proporción de bajo voltaje al diagnóstico en AC-AL (30,3 vs. 62,1%, $p = 0,004$). No encontramos diferencias en cuanto a síntomas de debut ni en variables ecocardiográficas ni analíticas. Con una mediana de seguimiento de 41 meses, los pacientes con AC-TTR tuvieron mayor supervivencia que los pacientes con AC-AL (62,1 vs. 38,2%, $p = 0,026$) sin diferencias en reingresos por insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: En nuestra población, la AC-TTR se asoció al diagnóstico con mayor edad, mayor porcentaje de FA y menor proporción de bajo voltaje en el electrocardiograma, además de mayor tasa de implante de marcapasos. La AC-AL tiene peor pronóstico en términos de mortalidad que la AC-TTR a medio plazo.

825/114. IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA ESC PARA EL DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS CARDIACA EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Juan Diego Martín Díaz¹, Álvaro Roldán Guerra¹, José López Aguilera¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Nerea Aguayo Caño¹, Cristina Urbano Sánchez¹, Cristina Pericet Rodríguez², Mónica Delgado Ortega¹, María Dolores Mesa Rubio¹ y Manuel Anguita Sánchez¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario de Puertollano, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La combinación de gammagrafías con difosfonato (DPD) con captación Perugini grado 2/3 con ausencia de proteínas en suero y orina con inmunofijación más dosificación de cadenas ligeras libres, permite hacer un diagnóstico de amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR) sin biopsia en órgano diana. Este algoritmo de la ESC para identificación no invasiva de amiloidosis cardíaca TTR supone una revolución diagnóstica cuyo impacto pronóstico es analizado en el presente estudio.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes diagnosticados de ATTR durante 2013/2025 en un hospital terciario. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas, ecocardiográficas, radiológicas y anatomopatológicas. El algoritmo diagnóstico de la ESC descrito, pese a su publicación posterior, fue introducido en nuestro centro ya en 2020. Se realizó un análisis comparativo entre variables estratificando por diagnóstico de ATTR anterior o posterior a 2020, analizando el pronóstico mediante mortalidad cardiovascular, necesidad de marcapasos definitivo o reingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes con ATTR diagnosticados en nuestro centro, en 37 de ellos el diagnóstico se hizo antes de 2020, con un retraso medio de hasta 12 meses con respecto a los diagnosticados tras la introducción del algoritmo diagnóstico en 2020 ($28,7 \pm 28,3$ vs. $16,5 \pm 29,7$, $p = 0,045$), sin diferencias entre subgrupos en concentración de biomarcadores NT-proBNP, o datos ecocardiográficos izquierdos (tamaño del septo interventricular, FEVI). La función ventricular derecha mediante TAPSE medida en pacientes diagnosticados posteriormente al año 2020 ($16,3 \pm 4,3$ vs. $18,8 \pm 4,5$ mm, $p = 0,019$) fue superior al subgrupo de amiloidosis identificado antes de ese año. Existió también mayor proporción de alteraciones de conducción entre los diagnosticados pre-2020 (94,6 vs. 73,3%, $p = 0,023$). Tras 30 meses de seguimiento, los pacientes diagnosticados antes de 2020 tienen menor supervi-

vencia con respecto a los diagnosticados tras 2020 (27,3 vs. 90,6%, $p = 0,004$).

Conclusiones: En nuestro centro, el nuevo algoritmo diagnóstico no invasivo de la ESC para amiloidosis cardiaca ha permitido la identificación de esta cardiopatía en estadios más precoces, generando un impacto positivo en su pronóstico.

825/115. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA QUE SON SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER (TAVI)

Álvaro Roldán Guerra¹, José López Aguilera¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Nerea Aguayo Caño¹, Cristina Urbano Sánchez¹, Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Gloria María Heredia Campos¹, Cristina Pericet Rodríguez², Mónica Delgado Ortega¹ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario de Puertollano, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) es una enfermedad que se debe al acúmulo de amiloide entre los cardiomiocitos. La prevalencia de ATTR es mayor en pacientes con estenosis aórtica grave (EAO) con indicación para implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI), oscilando entre el 4 y el 16% según las series. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico diferencial de la ATTR según si el paciente presentaba estenosis aórtica asociada (ATTR-EAO) o no (ATTR).

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico de un hospital terciario de una cohorte de paciente diagnosticados de ATTR entre 2013 y 2025. Los pacientes con ATTR-EAO procedían de un estudio de cribado sistemático local para la detección de ATTR en pacientes con EAO. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas, ecocardiográficas y grado de captación en gammagrafía 99mTc-DPD.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes diagnosticados de ATTR, de los cuales 11 (13,3%) se sometieron a TAVI por EAO asociada y 72 (86,7%), no. No hubo diferencias en cuanto a la edad al diagnóstico ($80,9 \pm 6$ años vs. $77,4 \pm 9,3$ años, $p = 0,233$) ni en la distribución por sexos (varones 81,8 vs. 80,5%, $p = 0,921$). Debido al estudio de cribado sistemático de ATTR en pacientes con EAO grave, se diagnostica antes el depósito de amiloide desde el inicio de los síntomas que en pacientes con ATTR sin valvulopatía asociada ($4,2 \pm 3,8$ meses vs. $25 \pm 30,8$ meses $p = 0,029$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a síntomas de debut, fibrilación auricular ni implante de marcapasos. Con respecto a parámetros electrocardiográficos, los pacientes con ATTR-EAO presentaban menor proporción de alteraciones de la conducción (54,5 vs. 87,3%, $p = 0,007$), sobre todo a expensas de bloqueo de rama derecha (0 vs. 31,8%, $p = 0,036$), no evidenciándose diferencias en la presencia de patrón de bajo voltaje o seudoinfarto. Además, presentaban mejor función del VD medida por TAPSE (20 ± 4 mm vs. 17 ± 5 mm, $p = 0,049$) sin otras diferencias en parámetros electrocardiográficos, ecocardiográficos, analíticos, ni acerca del grado de captación en la gammagrafía.

Conclusiones: En nuestra población, la ATTR-EAO se asoció a menor proporción de alteraciones de la conducción a expensas de bloqueo de rama derecha y a mejor función del VD que los pacientes con ATTR.

825/116. MARCAPASOS TARDÍO POST-TAVI. CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y ELECTROCARDIOGRÁFICAS. ¿HAY ALGÚN FACTOR PREDICTOR?

Emilio José Amigo Otero, Ane Erkoreka Gasituaga, María Jessica Roa Garrido, Miriam Gordillo Sánchez-Jurado, María Teresa Moraleda Salas, Pablo Moríña Vázquez y Antonio Enrique Gómez Menchero

Cardiología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La tasa de implante de marcapasos post-TAVI varía según series entre un 5-35%. Un porcentaje de esos pacientes desarrolla alteraciones posalta.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente las diferencias entre los pacientes en los que se implantó un MP tardíamente vs. los pacientes con implante intrahospitalario y los pacientes que desarrollaron trastornos eléctricos sin implante de MP.

Resultados: Se implantó una TAVI a 259 pacientes en nuestro centro desde mayo/20 a julio/24. De ellos, 166 fueron elegibles para el estudio. A 62 se le implantó un marcapasos definitivo (27%) siendo 7 de ellos tras el alta y de los 104 pacientes restantes, 65 (62,5%) desarrollaron algún trastorno del NAV o prolongación del QRS. La media de días al implante fue de 32 días y la causa de reingreso más frecuente fue BAVc (57,1%). Todas las válvulas fueron autoexpandibles y no hubo diferencias entre ellas. Al comparar los pacientes que se implantaron MP en ingreso vs. tardío, los pacientes con implante tardío de marcapasos presentaban previo a la TAVI significativamente más bloqueo incompleto de rama derecha (BIRD, 28,6 vs. 3,6%; $p = 0,011$) y más BRD post implante (28,6 vs. 1,8%; $p = 0,004$) así como una mayor profundidad de implante de TAVI (seno coronario izquierdo 8,2 vs. 5,7 mm; $p = 0,013$ y seno no coronario 6,3 vs. 4,5 mm; $p = 0,048$). Al compararlos con aquellos pacientes que no requirieron implante de MP pero sí desarrollaron trastornos eléctricos, los pacientes que se implantó una TAVI tardía tenían más BRD y BIRD previo (28,6 vs. 4,6%; $p = 0,018$) y también un implante más profundo (SCI 8,2 vs. 4,2; $p < 0,001$ y SNC 6,2 vs. 3,6 mm; $p = 0,004$).

Conclusiones: La presencia de BIRD y una mayor profundidad de implante de la TAVI deben alertarnos sobre un riesgo aumentado de alteración de la conducción tardía que puede llevar al implante de MP. La limitación es el pequeño tamaño muestral y harán falta estudios prospectivos que corroboren los resultados.

825/117. IMPACTO DE LA RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON DISPLASIA ARRITMOGÉNICA EN EL DESARROLLO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Aurora María Martínez Ballesta, Alba Lomas Yeste y Juan Jiménez Jáimez

Cardiología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La actividad física (AF) de alta intensidad y deporte de competición está desaconsejado en pacientes con displasia arritmogénica (DA). Esta restricción puede llevar a que tengan miedo a toda AF y favorecer el sedentarismo, aumentando los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Nuestro objetivo es analizar la reducción de AF tras el diagnóstico de DA y su impacto en el desarrollo de FRCV.

Métodos: 72 pacientes consecutivos con DA entre 1996 y 2021 en dos hospitales de tercer nivel con unidad de cardiopatías familiares. Mediante acelerometría recopilamos da-

tos de AF diaria durante 4 semanas, las horas diarias de inactividad, AF ligera, moderada y vigorosa. Con entrevista recogimos el tiempo medio de AF en los 5 años previos al diagnóstico y en los últimos 3 meses. Por historia clínica obtenemos características basales y prevalencia de FRCV. Mediante t de Student para muestras emparejadas se compara el nivel de AF previo y posterior al diagnóstico. t de Student para muestras independientes para analizar la diferencia entre AF según cada FRCV.

Resultados: La AF se redujo 122 minutos de media desde los 5 años previos al diagnóstico de DA respecto a los últimos 3 meses. La media de minutos (') de AF fue menor en todos los grupos con presencia de cada FRCV, sin significación estadística. Media de AF en diabéticos 312' menor que en no diabéticos. Normotensos 292' más de AF que los hipertensos. Pacientes con cLDL < 100 mg/dl 43' más de AF que aquellos con cLDL > 100 mg/dl. Pacientes con cHDL > 50 mg/dl, 135' más de AF; aquellos con Tg > 150 mg/dl 134' menos de AF que aquellos con Tg < 150. Pacientes con insuficiencia renal crónica 300' menos de AF que aquellos con función renal normal. Los no fumadores 103' más de AF que los fumadores. Alcohólicos 291' menos de AF que los que no. Paradójicamente, pacientes con enfermedad coronaria realizaron una media de AF ligeramente superior, probablemente porque recibieron formación sobre hábitos de vida saludables.

Conclusiones: Observamos asociación entre restricción de la actividad física de alta intensidad y aumento del sedentarismo, estando asociado a un aumento de los FRCV, planteando la conveniencia de favorecer la AF segura en pacientes con DA.

825/118. EVOLUCIÓN DEL INGRESO DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE TAVI. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL MOMENTO DE ALTA Y CORRELACIÓN CON EL D-PACE SCORE

Ane Erkoreka Gasituaga, Emilio José Amigo Otero, María Jessica Roa Garrido, Miriam Gordillo Sánchez-Jurado, María Teresa Moraleda Salas, Pablo Moriña Vázquez y Antonio Enrique Gómez Menchero

Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La escala recientemente publicada D-PACE Score estratifica los pacientes a los que se les implanta una TAVI según riesgo (bajo/medio/alto) de desarrollo de trastornos de conducción en base a unos criterios electrocardiográficos y valvulares.

Métodos: Analizamos retrospectivamente nuestra cohorte de pacientes a los que se les implanta una TAVI en nuestro centro de 2020 a 2024. Analizamos datos sobre la evolución de la estancia hospitalaria y la relación del D-PACE Score con el riesgo de desarrollar trastornos de conducción.

Resultados: De mayo/20 a julio/24 se implantaron 259 TAVI en nuestro centro. 166 fueron elegibles para el estudio. A 62 se le implantó un marcapasos definitivo (27%). El total de TAVI implantadas por año aumenta progresivamente y desde hace 3 años, el porcentaje de MP implantados desciende. La indicación principal fue BAV alto grado ya sea persistente o transitorio (64,8%). La media de ingreso hospitalario es menor cada año. La media de estancia hospitalaria fue mayor en pacientes que recibían MP (8,7 días vs. 6,3; p = 0,045). El D-PACE score fue significativamente mayor en los pacientes que recibieron MP (7,1 vs. 4,9; p < 0,001). De estos, de los que no tuvieron indicación directa de MP por BAV alto grado o HV patológico (18,29%), solo 1 pertenecía a bajo riesgo y tuvo un HV patológico. Entre los pacientes que no recibieron MP, los pacientes

con un DPACE-Score de bajo riesgo (33, 31,7%) tuvieron significativamente un ingreso más corto (4,3 vs. 7,2 días; p < 0,001) siendo además seguro, sin reingresos por trastorno avanzado de la conducción.

Conclusiones: La mejora tecnológica de las prótesis y de la técnica de implante ha permitido una menor tasa de implante de marcapasos, como refleja nuestra serie. La escala D-PACE Score en nuestra experiencia parece predecir correctamente aquellos pacientes que se podrían beneficiar de un alta precoz. Hacen falta estudios prospectivos para corroborar los hallazgos.

825/119. IMPACTO PRONÓSTICO DE LOS REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA

Álvaro Roldán Guerra¹, José López Aguilera¹, Cristina Urbano Sánchez¹, Nerea Aguayo Caño¹, Lucas Javier Barreiro Mesa¹, Jesús Alberto Torres Zamudio¹, Gloria María Heredia Campos¹, Cristina Pericet Rodríguez², Mónica Delgado Ortega¹ y María Dolores Mesa Rubio¹

¹Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Cardiología, Hospital Universitario de Puertollano, Puertollano, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: La amiloidosis cardiaca por transtirretina (ATTR) es una enfermedad que se debe al acúmulo de la proteína mal plegada entre los cardiomiocitos. Se asocia a peor pronóstico, siendo sus principales complicaciones a largo plazo desde el punto de vista cardiovascular el desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC) y la necesidad de marcapasos. Nuestro objetivo fue analizar el impacto pronóstico que tienen los reingresos hospitalarios por IC en la evolución de los pacientes con ATTR.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico de un hospital terciario de una cohorte de paciente diagnosticados de ATTR entre 2013 y 2025 según los criterios del grupo de trabajo de miocardiopatías de la Sociedad Europea de Cardiología. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, analíticas, ecocardiográficas, radiológicas y anatomopatológicas. Se realizó un análisis comparativo según el número de reingresos durante el seguimiento (0-1 vs. 2) hasta abril de 2025. Se evaluó el pronóstico en términos de mortalidad cardiovascular.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes diagnosticados de ATTR. La edad media al diagnóstico de ATTR fue de 80 ± 8 años, siendo 16 (19,3%) de los pacientes mujeres. Los pacientes con ATTR y = 2 reingresos por IC presentaban al diagnóstico mayor prevalencia de fibrilación auricular (76,5 vs. 47%, p = 0,03) y peor función del ventrículo derecho medida por TAPSE (15,3 ± 3,2 vs. 18,3 ± 4,7 mm, p = 0,021), además de mayor prevalencia de moteado en ecocardiograma (88,2 vs. 61,5%) que los pacientes con 0-1 reingresos por IC. No hubo diferencias en cuanto a síntomas de debut, alteraciones del electrocardiograma, niveles de biomarcadores ni captación en la gammagrafía. Con una mediana de seguimiento de 48 meses, los pacientes que reingresaron al menos en 2 ocasiones presentaron mortalidad cardiovascular significativamente superior (82,3 vs. 31,8%, p = 0,001).

Conclusiones: En nuestra población, los pacientes con ATTR y 2 o más ingresos por IC durante el seguimiento desde el diagnóstico presentaban en mayor proporción fibrilación auricular, peor función del ventrículo derecho y más prevalencia de patrón moteado en ecocardiograma respecto a los pacientes con 0-1 reingresos por IC. Este grupo tiene peor pronóstico en términos de mortalidad cardiovascular.